کوریکولوم جامع آموزش سلامت در مدارس

۱

از پیش دبستان تا پایان متوسطه دوم

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر آموزش و ارتقای سلامت

وزارت آموزش و پرورش
معاونت تربیت بدنی و سلامت
دفتر سلامت و تندرستی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



به نام خدا

برنامه جامع درسی
آموزش سلامت در مدارس
جلد اول

تهیه و تنظیم:
دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر حسن ضیاءالدینی، دکتر سیامک عالی خانی، دکتر سید تقی یمانی، دکتر محمد اسلامی، دکتر محمد کیاسالار، سحر موسوی نصب

با تشکر از:
دکتر علی اکبر سیاری، دکتر ایرج حریرچی، دکتر سید محمد هادی ایازی، دکتر مهرزاد حمیدی، دکتر حمید کفاش، دکتر سعید قدمی، دکتر ناصر کلانتری، دکتر زهرا عبدالهی، دکتر محمد صادق نیت، دکتر محمد مهدی گویا، دکتر احمد کوشا، دکتر احمد حاجبی، دکتر منصور کیایی، دکتر حمید صمدزاده، ملک آفاق شکرالهی، اکرم پیگرد

فهرست

مقدمه ۷

فصل اول: جامعه‌ای در خطر
نیاز به آموزش جامع سلامت در مدارس ۱۱

شش گروه از رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان امروز ۱۲
آسیب‌های عمدی و غیرعمدی ۱۴
آسیب‌های غیرعمدی ۱۵
حوادث ناشی از وسایل نقلیه ۱۶
آتش‌سوزی ۱۷
غرق‌شدگی ۱۸
ضربه مغزی ۱۹
سایر آسیب‌های غیرعمدی ۲۱
آسیب‌های عمدی ۲۲
آمادگی در مقابل بلایای طبیعی ۲۲
خشونت بین‌فردی ۲۳
خودکشی ۲۴
مصرف دخانیات ۲۵
مزاحمت در دنیای مجازی ۲۶
مصرف الکل و مواد مخدر ۲۸
الکل ۲۸
مواد مخدر ۲۹
رفتارهای جنسی پرخطر ۲۹

اچ‌آی‌وی / ایدز ۳۰
سایر بیماری‌های مقاربتی ۳۱
بارداری ناخواسته ۳۱
الگوهای تغذیه‌ای ناسالم و بیماری‌زا ۳۲
کم‌تحرکی ۳۴
برنامه هماهنگ سلامت در مدارس ۳۵
آموزش جامع سلامت در مدارس ۳۸
خدمات سلامت مدارس ۴۲
محیط سالم و ایمن در مدارس ۴۳
تربیت بدنی ۴۴
خدمات تغذیه ۴۶
خدمات مشاوره‌ای، روانشناسی و اجتماعی ۴۷
ارتقای سلامت کارکنان مدارس ۴۸
مشارکت خانواده و اجتماع ۴۹
آموزش جامع سلامت در مدارس ۵۰
چتر میکزهیت برای آموزش جامع سلامت ۵۰
اجرای برنامه درسی آموزش جامع سلامت در مدارس ۵۸
حمایت از معلمان با صلاحیت ۵۸
انتخاب برنامه‌های آموزشی و ارزیابی استاندارد ۵۹
توجه به نیازهای مخاطبان خاص ۶۰
ادغام مفاهیم سلامت با آموزه‌های دیگر ۶۰
به‌کارگیری معیارهای آموزش موثر سلامت ۶۰

فصل دوم: [تامین] خدمات بهداشتی و محیط سالم در مدرسه ۶۳
حفظ و ارتقای سلامت و ایمنی

خدمات بهداشتی مدارس ۶۳
تامین‌کنندگان خدمات بهداشتی مدارس ۶۴
معلمان ۶۴
مربیان بهداشت ۶۵
محرمانه بودن پرونده سلامت دانش‌آموزان ۶۷
مشارکت اجتماعی در خدمات بهداشتی مدارس ۶۹
مرکز بهداشتی مستقر در مدرسه ۷۰
خدمات سلامت روان در مدرسه ۷۴
تجویز دارو در مدرسه ۷۴
مراقبت‌های اورژانسی در مدارس ۷۶
محیط سالم و ایمن مدرسه ۷۹
معلمان حامی مدرسه‌های سالم و ایمن ۷۹
مشارکت دانش‌آموزان ۸۰

مشارکت والدین، مشارکت اجتماعی ۸۱
شرایط محیطی موثر بر آموزش ۸۲
مساحت مدرسه ۸۳
نور و روشنایی مطلوب ۸۴
انتخاب رنگ‌های مناسب ۸۵
دمای متناسب و تهویه هوا ۸۵
رفع آلودگی صوتی ۸۷
رعایت نظافت و بهداشت ۸۷
سایر مشکلات محیطی ۸۸
دسترسی مطلوب ۸۹
محیط عاطفی مثبت ۹۰
امنیت عاطفی ۹۱
پذیرش تفاوت‌ها ۹۲
محیط ایمن مدرسه ۹۳
مسؤولیت‌های معلمان ۹۴
توصیه‌های ایمنی ۹۴
گزارش‌دهی حوادث ۹۶
حمل و نقل ایمن ۹۷
ایمنی زمین‌های بازی ۹۸
آمادگی برای مقابله با سوانح و بلایا ۹۹
محیط ایمن مدرسه ۱۰۰
ویژگی‌های یک محیط ایمن ۱۰۰
مقابله با خشونت در مدرسه ۱۰۱
ضرورت گزارش‌دهی موارد سوءاستفاده از کودکان ۱۰۲
مدرسه عاری از دخانیات ۱۰۴
تغذیه سالم ۱۰۴
بوفه مدرسه ۱۰۵
برنامه ویژه توزیع شیر در مدرسه ۱۰۵
مطالعه سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت مدارس ۱۰۶
فهرست منابع فصل اول ۱۰۷
فهرست منابع فصل دوم ۱۱۲

مقدمه

به من بگویی، از یاد می‌برم
نشانم بدهی، به یاد می‌آورم
درگیرم کنی، یاد می‌گیرم

بخش اول این کتاب، آموزش جامع سلامت در مدرسه، خود شامل ۴ فصل است و شما را با مبانی و چارچوب برنامه درسی آموزش سلامت آشنا می‌کند.
در فصل اول این بخش، شما با ۶ گروه از رفتارهای پرخطر که به طور مستقیم بر زندگی دانش‌آموزان تاثیر می‌گذارند، آشنا می‌شوید و سپس راهکارهای آموزش سلامت و مولفه‌های هماهنگ‌سازی برنامه‌های آموزش سلامت را از نظر می‌گذرانید.
فصل دوم، شما را برای ایفای نقش خدماتی‌تان در حوزه آموزش سلامت آماده می‌کند و رهنمودهایی برای ایجاد محیط آموزشی سالم و ایمن در اختیارتان می‌گذارد.
فصل سوم، شما را با شیوه طراحی و اجرای راهکارهای آموزشی در برنامه جامع آموزش سلامت آشنا می‌کند و معیارهایی برای ارزیابی عملکرد دانش‌آموزان، معلمان، مربیان بهداشت و برنامه‌های آموزش سلامت در اختیارتان می‌گذارد.
فصل چهارم، در نهایت، به توصیف و ارائه راهکارها و دستورالعمل‌ها می‌پردازد و ابزارها و فناوری‌هایی را معرفی می‌کند که شما می‌توانید از آنها برای آموزش سلامت در مدرسه بهره بگیرید.

بخش دوم کتاب، محتوای سلامت، دربرگیرنده دانش و اطلاعات روزآمد در ۱۰ حوزه سلامت است: سلامت عاطفی و معنوی (فصل پنجم)، سلامت اجتماعی و خانوادگی (فصل ششم)، رشد و تکامل (فصل هفتم)، تغذیه (فصل

هشـــتم)، تربیت بدنی و بهداشت شـــخصی (فصل نهم)، الکل، دخانیات و سایر مواد مخدر (فصل دهم)، بیماری‌های مزمن و مســـری (فصل یازدهم)، سلامت مصرف‌کنندگان کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی (فصل دوازدهم)، بهداشت محیط زیســـت (فصل سیزدهم) و اصول ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها (فصل چهاردهم).

بخش سوم کتاب، راهکارهای فوق‌العاده برای آموزش سلامت، به شرح موثرترین راهکارهای آموزشـــی برای کمک به دانش‌آموزان به منظور یادگیری مفاهیم ســـلامت و تســـلط بر مهارت‌های زندگی می‌پردازد. در فصل پانزدهم، راهکارهـــای فوق‌العاده‌ای برای آموزش ســـلامت در همه ســـطوح تحصیلی بر مبنای موارد ۱۰گانه [که در «بخش دوم» اشاره شد] ارائه می‌شود.

بخش چهارم کتاب، راهنمای برنامه آموزشی «میکز هیت[1]» برای ۱۲سال تحصیلی متوالی، مشتمل بر یک برنامه درسی در حوزه موارد ۱۰گانه سلامت اســـت که در بخش معیارهای آموزش سلامت بیشترین اثربخشی و بازدهی را داشـــته اســـت. راهنمای برنامه آموزشی، در فصل شـــانزدهم، در همین راستا می‌توانـــد مورد اســـتفاده قرار بگیرد و یا بر مبنای بخش‌های آموزشـــی خاص، بازتعریف و بازسازی شود.

ضمیمه کتاب، معیارهای ملی آموزش ســـلامت و تکنیک‌های تدریس، شیوه‌ای گام‌به‌گام برای تدریس معیارهای هشت‌گانه آموزش سلامت است که به معلمان کمک می‌کند آموزه‌های ســـلامت را بر حســـب مقطع تحصیلی (دو سال اول تحصیلی، سال‌های سوم تا پنجم، سال‌های ششم تا هشتم، سال‌های نهم تا دوازدهم) تعریف و تدریس نمایند.

---

۱) عنوان «میکز هیت» از ترکیب نام مبدعان این برنامه (لیندا میکز و فیلیپ هیت) برگرفته شده است.

بخش اول

آموزش جامع سلامت در مدرسه

فصل اول: **جامعه‌ای در خطر**
نیاز به آموزش جامع سلامت در مدارس

فصل دوم: **[تامین] خدمات بهداشتی و محیط سالم در مدارس**
حفظ و ارتقای سلامت و ایمنی

فصل سوم: **برنامه درسی جامع آموزش سلامت در مدرسه**
یک طرح آموزشی برای تحقق معیارهای ملی آموزش سلامت

فصل چهارم: **راهکارها و فناوری‌های آموزشی**
تشویق و ترغیب دانش‌آموزان به یادگیری

فصل اول

جامعه‌ای در خطر

نیاز به آموزش جامع سلامت در مدارس

برای آینده یک جامعه، شـاید هیچ چیزی مهم‌تر و حیاتی‌تر از آموزش نباشد. هر آموزگاری این پتانسـیل را دارد که بر زندگی دانش‌آموزانش تاثیر بگذارد. بسـیاری از دانش‌آموزان در معرض خطرهایی هستند که شاید توان آموزشی آنها را تقلیل دهد. بعضی از دانش‌آموزان در معرض خطر تغذیه ناسالم، خواب ناکافی و عدم امنیت هستند. برخی دیگر با خشونت خانگی در کانون خانواده خود دسـت و پنجه نرم می‌کنند. برخی دیگر در معرض خطر اعتیاد به سیگار و مـواد مخدرند و بسـیاری نیز درگیر کنترل و درمان بیماری خود هسـتند؛ بیماری‌هایی مانندآسم، بی‌اشتهایی عصبی و افسردگی.

معلمان کاربلد، نسـبت به وضعیت سـلامت شـاگردان خود دغدغه و آگاهی دارند. آنها خود را نسـبت به حفظ و ارتقای سـلامت دانش‌آموزانشـان متعهد می‌دانند. معلمان باید [برای دانش‌آموزان خود] نقش الگوهایی مثبت در زمینه زندگی سالم را ایفا کنند و برای ایجاد پویایی و رقابت در کلاس درس، مشوق خوبی باشـند. کلاس درس، جایی است که دانش‌آموزان می‌توانند مهارت‌های زندگـی را در آنجا به صورت عملی بیاموزنـد تا در زندگی خود به کار ببندند. امروزه آموزگاران باید ممتاز باشند و آموزگاران ممتاز، خود را مسوول و متعهد می‌دانند که برای ترویج فرهنگ سلامت، حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان، جلوگیری از بـروز بیماری‌ها، تقلیل رفتارهای پرخطر و تکثیر پویایی و رقابت در کلاس درس تلاش کنند. بدون تردید، این وظیفه خطیر مسـتلزم آموزش

مداوم و هدفمند و تلاش مستمر معلمان است. از سوی دیگر، جای تردید نیست که آینده هر مملکتی به توانایی معلمان و دانش‌آموزان در تمرین مهارت‌های زندگی و سلامت بستگی دارد.
کتابی که در دست دارید، برای استفاده معلمانی تالیف شده است که می‌خواهند در آموزش سلامت، موثر و موفق باشند. شیوه این کتاب، باب طبع معلمانی است که در حوزه آموزش به روش‌های تعاملی اعتقاد دارند. فصل حاضر، با مرور ۶ طبقه از رفتارهای پرخطر آغاز می‌شود و شما در این فصل درباره این رفتارها بیشتر خواهید آموخت.
این فصل از بخش اول، نگاهی به برنامه هماهنگ آموزش سلامت می‌اندازد و ۸ موضوع را زیر ذره‌بین می‌برد: برنامه درسی جامع آموزش سلامت، خدمات سلامت، محیط آموزشی سالم و ایمن، تربیت بدنی، خدمات تغذیه، مشاوره و خدمات اجتماعی، ارتقای سلامت کارمندان و بالاخره، مشارکت خانواده و اجتماع. توجه به هر یک از این موارد هشت‌گانه در تعریف و تدوین برنامه‌های آموزش سلامت می‌تواند حائز اهمیت باشد. در انتهای کتاب نیز با «دایره‌المعارف راهنمای معلمان» و شیوه استفاده از آن در کلاس درس آشنا خواهید شد.

شش گروه از رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان امروز

مرگ و میر جوانان، ۴ دلیل عمده دارد:

- تصادف با وسایل نقلیه؛
- حوادث غیرمترقبه مانند سقوط از ارتفاع، آتش‌سوزی و غرق شدن در دریا؛
- قتل؛ و
- خودکشی.

بیشتر این آسیب‌ها قابل پیشگیری‌اند و با رفتارهای پرخطر نوجوانان (نوشیدن مشروبات الکلی، نبستن کمربند ایمنی، حمل اسلحه و درگیری‌های فیزیکی

و نزاع) نیز رابطه مستقیم دارند. این رفتارهای پرخطر می‌تواند به مشکلاتی مانند بارداری ناخواسته نوجوانان و ابتلا به بیماری‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی (STDs)[1] بینجامد، در حالی که خودداری از فعالیت‌های جنسی در سنین نوجوانی از بروز این قبیل مشکلات پیشگیری می‌کند.
بیماری‌های قلبی و انواع سرطان‌ها از علل اصلی مرگ‌ومیر بزرگسالان به شمار می‌روند و عادت‌هایی که معمولا از دوران کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند و شکل می‌گیرند، می‌توانند زمینه را برای بروز این بیماری‌های مرگبار در بزرگسالی فراهم کنند. از ریشه‌های اصلی بیماری‌های مذکور می‌توان به رژیم غذایی ناسالم، کم‌تحرکی، الکل، سیگار و قلیان اشاره کرد. دوران کودکی و نوجوانی زمان مناسبی برای اصلاح سبک زندگی و عادت‌های مرتبط با سلامت جسمی به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری در آینده است. با الگوهای رفتاری سالم و پرهیز از رفتارهای ناسالم و پرخطر می‌توان از بیشتر مرگ‌ومیرها و بیماری‌هایی که در دوران جوانی و بلوغ اتفاق می‌افتند، جلوگیری کرد. رفتارهای پرخطر، سلامت را تهدید می‌کنند و می‌توانند موجب آسیب، بیماری و مرگ نابهنگام شوند. این رفتارها گاهی باعث تخریب محیط‌زیست نیز می‌شوند. به عنوان نمونه، از بین رفتارهای پرخطر می‌توان به اسکیت کردن بدون تجهیزات محافظ، عدم استفاده از کمربند ایمنی، مصرف سیگار و قلیان، استفاده از مشروبات الکلی و مواد مخدر و پیوستن به گروه‌های بزهکار اشاره نمود.

بیشتر رفتارهای پرخطر در این ویژگی‌ها اشتراک دارند:

- در دوران نوجوانی شروع می‌شوند؛
- در دوران جوانی ادامه پیدا می‌کنند؛
- با یکدیگر مرتبط هستند؛

1) Sexually Transmitted Diseases

- عوارض و عواقب بهداشتی، آموزشی و اجتماعی توامان دارند؛ و
- قابل پیشگیری هستند.

شش گروه از رفتارهای پرخطر شناسایی و به شکل زیر طبقه‌بندی شده‌اند:

۱. رفتارهایی که دربرگیرنده آسیب‌های عمدی و غیرعمدی است؛
۲. استعمال دخانیات؛
۳. استفاده از الکل و مواد مخدر؛
۴. رفتارهای جنسی خارج از چارچوب که می‌تواند به بارداری ناخواسته، سرایت ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی بینجامد؛
۵. الگوهای تغذیه‌ای نامناسب که منجر به بروز بیماری می‌شود؛ و
۶. کم‌تحرکی.

آموزش رفتارهای سالم از دوران کودکی بسیار ساده‌تر و کارآمدتر از این کار در دوران بزرگسالی است (آلنز ورث و همکاران، ۲۰۱۱). به همین دلیل، مدارس می‌توانند نقشی مهم و اساسی در ترویج رفتارهای سالم و آموزش آنها به دانش‌آموزان ایفا کنند. در این بخش به توضیح چگونگی تاثیر رفتارهای پرخطر بر سلامت جوانان می‌پردازیم و در ادامه خواهید دید که جوانان امروزی به چه نحوی زندگی می‌کنند و به چه دلایلی در معرض این رفتارهای پرخطر قرار می‌گیرند. اطلاعاتی که درباره رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان پیش‌رو دارید، به شما کمک می‌کند اهمیت برنامه‌ها و اهداف برنامه درسی جامع آموزش سلامت را درک کنید.

آسیب‌های عمدی و غیرعمدی

اولین گروه از رفتارهای پرخطر، رفتارهایی هستند که به حوادث و آسیب‌های عمدی و غیرعمدی منجر می‌شوند. به بیان ساده‌تر، آسیب‌های غیرعمدی را

می‌توان ناشـــی از حوادثی دانست که بر اثر تصادف رخ می‌دهند. اما آسیب‌های عمدی می‌توانند پیامد منازعات بین‌فردی یا خشـــونت‌های خودخواسته باشند. حـــوادث عمدی که بـــه مرگ می‌انجامد، قتـــل و خودکشـــی را در بر می‌گیرد. آســـیب‌های این‌چنینی، زندگی و جان جوانان را بیشـــتر از هر بیماری دیگری تهدیـــد می‌کنند. این آســـیب‌ها باعث ایجاد درد و رنج قابل‌توجهی می‌شـــوند و هزینه‌های بسیاری را به قربانیان و خانواده‌های آنها تحمیل می‌کنند. بسیاری از جوانان از این‌گونه حوادث جان سالم به در نمی‌برند؛ برخی در بیمارستان بستری می‌شوند، برخی در اورژانس‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند و برخی دچار عوارضی مانند معلولیت می‌شـــوند. آسیب‌های ناشـــی از حوادث غیرعمدی در نوجوانان، بیشتر از آسیب‌های ناشی از حوادث عمدی، به مرگ منتهی می‌شود.

آسیب‌های غیرعمدی

آســـیب‌های غیرعمدی عمده‌ترین عامل مرگ و میر کودکان و نوجوانان است. برخی از رایج‌ترین علل حوادث غیرعمدی عبارتند از: تصادف با وســـایل نقلیه، سوختگی، سقوط از ارتفاع، غرق شدن در دریا و مسمومیت.

تجربه جراحات و صدمات در دختران بیشـــتر در منزل و در پســـران بیشتر در خانه رخ می‌دهد ولی در کل، منزل محل رخداد بیشترین وقایع منجر به جرح نوجوانان دانش‌آموز اســـت. چنانچه انتظار می رود پســـران بیش از دختران در حین ورزش و تفریح و نیز در اماکنی به جز مدرســـه و منزل دچار آسیب‌های بدنی می‌شوند.[1]

در بین آن دسته از دانش‌آموزان نوجوان ایرانی که در طول یک سال جراحتی را تجربه کرده‌اند، بیشـــترین علت آن بـــا ۱۲/۲ درصد به دنبال بازی یا تمرین یک فعالیت ورزشـــی یا تفریحی بوده است. دوچرخه‌سواری (۸/۸ درصد) و راه رفتن و دویدن بدون قصد ورزش(۶/۴ درصد) دو عامل شـــایع بعدی هســـتند.

1) Alikhani s. A Profile of Unintentional Injuries Among Iranian Adolescents: Findings From the First Health Behavior in School-Aged Children Survey. International Journal of School Health. 2014 August; 1(2): e21052

همچنیـــن ۲۰/۹ درصد از دانش‌آموزان جراحت‌دیـــده حداقل یک روز فعالیت درســـی، ورزشی یا فوق برنامه خود را به دلیل غیبت از دست داده‌اند (گزارش وضعیت سلامت دانش آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

حوادث ناشی از وسایل نقلیه

۲ عامل اصلی که باعث آســـیب‌دیدگی جوانان در اثر تصادف با وســـایل نقلیه می‌شود، عبارتند از: برخورد وسیله نقلیه با عابر پیاده و برخورد وسایل نقلیه با یکدیگر (تصادف رانندگی). متاســـفانه کودکان زیر ۹ سال قادر به درک فاصله دقیق خود با وســـایل نقلیه و تشـــخیص ســـرعت حرکت آنها نیستند. آموزش دادن بـــه آنها برای عبور از عرض خیابان به جلوگیری از آســـیب‌های احتمالی کمک می‌کند و امری کاملا ضروری است.

حوادث ناشـــی از تصادف با وســـایل نقلیه، عمده‌ترین دلیل مرگ و میر افراد ۱ تا ۲۴ساله است. آمار آســـیب‌های ناشی از این تصادف‌ها در گروه سنی نوجوانان و جوانان بسیار چشمگیر است. در کشور ما، مرگ ناشی از سوانح ترافیکی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله از تمام گروه‌های سنی دیگر بیشتر است و تنها در یک سال حدود ۸ هزار جوان در این رده ســـنی به دلیل ســـوانح مذکور فوت کرده‌اند. این امر شامل هر دو جنس مذکر و مونث می‌شود، هر چند که مرگ جوانان به دلیل سوانح ترافیکی در مردان ۷ برابر بیش از زنان است. همچنین این مرگ‌ها با شیوع بیشتری در جوامع روستایی نسبت به جوامع شهری رخ می‌دهند. شایع‌ترین علت مرگ ناشـــی از ســـوانح ترافیکی در ایران به ترتیب عبارتند از: تصادف خودروها، تصادف عابران پیاده، سوانح راکبین موتورسیکلت و سایر علل.[1]

کم‌تجربگی، ناپختگی و میل به خطر کردن باعث می‌شـــود جوانان در تصادفات وســـایل نقلیه بیشـــتر از دیگران در معرض خطر باشـــند. راندن وسایل نقلیه به مهارتی نیاز دارد که تسلط بر آن مستلزم گذر زمان است. رانندگی ایمن به تجربه،

1) Bhalla K et al. Road Traffic Injuries in Iran.Harvard Initiative for Global Health. 2008. Available from: www.globalhealth.harvard.edu(click on Research=>Road Traffic Injuries)

مهارت فنی، سرعت تصمیم‌گیری، قدرت قضاوت و اجتناب از رفتارهای پرخطر نیاز دارد. رفتارهای پرخطری مانند سرعت غیرمجاز، بی‌احتیاطی در رانندگی، صحبت با تلفن همراه یا ارسال پیام کوتاه پشت فرمان اتوموبیل، رانندگی در حال مستی یا پس از مصرف مواد مخدر، احتمال تصادف را افزایش می‌دهد. رانندگی در شب و در کنار همسالان نیز به افزایش احتمال تصادف منجر می‌شود، چرا که اصرار و ترغیب همسالان، خطرپذیری نوجوانان و جوانان را افزایش می‌دهد؛ ضمن اینکه نوجوانان، کمتر از دیگران، کمربند ایمنی می‌بندند.

۱۹ درصد جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله ایرانی وقتی در صندلی‌های جلوی خودرو می‌نشینند، هرگز از کمربند ایمنی استفاده نمی‌کنند (گزارش بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، سال ۱۳۸۶؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر).

طبیعی است که در برنامه‌های پیشگیری از حوادث باید تمرکز بیشتری بر آموزش و آگاه‌سازی [نوجوانان] در خصوص خطرهای صحبت با تلفن همراه یا ارسال پیام کوتاه پشت فرمان اتوموبیل پرداخت. ضمنا باید در خصوص همراه شدن با فردی که الکل یا مواد مخدر مصرف کرده و بدون استفاده از کمربند ایمنی به رانندگی می‌پردازد نیز هشدار داد.

آتش‌سوزی

یکی دیگر از علل عمده حوادث غیرعمدی در دانش‌آموزان، آتش‌سوزی است. بیشتر مرگ‌ومیرهای ناشی از حریق در فضای خانه اتفاق می‌افتد. در یک بررسی، میزان بستری کودکان ایرانی ۶ تا ۱۰ ساله به دلیل سوختگی حدود ۶ در ۱۰۰ هزار بوده است. میزان بستری در دختران بزرگسال‌تر بیش از پسران است، به طوری که در نوجوانان ۱۱ تا ۱۵ ساله این میزان در دختران بالغ بر ۱۳/۲ در صد هزار و در پسران ۷/۳ در صد هزار می‌شود.[1]

1) Othman N., Kendrick D. Epidemiology of burn injuries in the East Mediterranean Region: a systematic review.BMC Public Health 2010, 10:83. Available from: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-83.pdf

کودکانی که در معرض دود سیگارند و در خانه‌های غیراستاندارد زندگی می‌کنند، در مقابل آتش‌سوزی بسیار آسیب‌پذیرند. سازمان پیشگیری از حوادث باید به کودکان و والدین برای درک اهمیت زنگ‌خطر حریق آگاهی بدهد و گوشزد کند که به‌طور مکرر باتری‌های آنها را کنترل کنند تا از سالم بودن دستگاه مطمئن شوند. زنگ‌خطر حریق باید در تمام طبقات ساختمان (زیرزمین، پارکینگ، انباری، سالن و بیرون هر اتاق خواب) نصب شود و خانه‌های نوساز نیز نیازمند نصب این زنگ‌خطر هستند.

بسیاری بر این باورند که استشمام بوی دود نمی‌تواند به بیداری افرادی که خواب‌اند، منجر شود؛ چراکه گازهای سمی و دود ناشی از آتش‌سوزی، بویایی را مختل کرده و منجر به کاهش سطح هوشیاری و فرو رفتن به خواب عمیق می‌شوند.

بیشتر حریق‌های خانگی مرگبار، ریشه در استعمال دخانیات دارند. کودکانی که والدین آنها سیگار می‌کشند، بیشتر از دیگران، در معرض خطر آتش‌سوزی هستند. مسبب اغلب حریق‌ها کسانی هستند که با سیگار روشن به تختخواب می‌روند. کودکانی که با فندک یا کبریت بازی می‌کنند نیز می‌توانند باعث ایجاد حریق و مرگ‌ومیر شوند. ۲ حریق از هر ۵ حریقی که منجر به مرگ کودکان می‌شود، ریشه در بازی کودکان با فندک و کبریت دارد. سازمان‌های پیشگیری از حوادث موظف‌اند کودکان را از خطر بازی با وسایل آتش‌زا آگاه کنند. یکی از تدابیر مهم برای حفاظت در برابر آتش‌سوزی، داشتن طرح فرار از حریق است. طرح فرار باید آنقدر ماهرانه تنظیم شود که حداقل ۲ راه فرار از هر اتاق پیش‌بینی کند و محلی را در خارج از ساختمان برای گردهمایی مشخص نماید.

غرق‌شدگی

غرق شدن در آب از عمده‌ترین علل حوادث غیرعمدی در بین دانش‌آموزان است. مرگ بر اثر غرق‌شدگی در کودکان زیر ۵ سال و پسران ۱۵ تا ۲۴ ساله شایع‌تر است. بیشتر کودکانی که از غرق‌شدگی جان سالم به در می‌برند و به

زندگی برمی‌گردند، دچار معلولیت‌های جسمی شدید می‌شوند.
گروهی از کودکان و بزرگسالانی که در دریا غرق می‌شوند، شناگران ماهری هستند که یا در اثر فعالیت مداوم خسته شده‌اند یا در تواتر موج‌های دریا به زیر کشیده شده‌اند. گاهی ممکن است غرق‌شدگی ناشی از تصادفات قایقرانی باشد. بیشتر حوادث غرق‌شدگی معمولا در استخرها یا چشمه‌های آب‌گرم اتفاق می‌افتد. بچه‌های کوچک‌تر معمولا مجروح شده یا در حوضچه‌ها و استخرها غرق می‌شوند. آنها هنگامی‌که در استخر، جکوزی یا حوضچه حضور دارند، نیازمند مراقبت بیشتری از سوی والدین و مراقبان خود هستند. بیشتر کودکانی که غرق شده‌اند، فقط حدود ۵ دقیقه، دور از چشم والدین خود بوده‌اند. والدین باید سطح مراقبت‌های خود را در این زمینه افزایش داده و خطر غرق‌شدگی کودکان را با نصب محفظه کودک در کنار ورودی استخر و جکوزی کاهش دهند. خاموش کردن پمپ استخر و از کار انداختن قدرت مکش آب نیز می‌تواند تا حدودی برای جلوگیری از غرق‌شدگی بچه‌های کوچک‌تر موثر واقع شود.
تا زمانی که بیشترین توجه بچه‌ها به والدین معطوف است، آنها نیازمند آگاهی و آموزش درباره خطرات قایق‌سواری و دیگر فعالیت‌های آبی، مخصوصاً در هنگام مستی یا مصرف مواد مخدر، هستند. غرق‌شدگی در بزرگسالان عمدتا در مناطق دور از دسترس یا مناطق حفاظت‌نشده دریاچه، رودخانه، سد و دریا اتفاق می‌افتد. خطر شنا کردن در مناطق ناامن (آب‌های مواج، دریاچه‌هایی با صخره‌های سنگی یا رودخانه‌های خروشان) وقتی بیشتر می‌شود که بزرگسالان الکل یا دیگر مواد مخدر را مصرف کرده باشند.

ضربه مغزی

ضربه مغزی یکی از علل عمده مرگ و معلولیت است، به‌طوری که هر سال، تعداد قابل توجهی از افراد متعاقب ضربه مغزی، جان خود را از دست می‌دهند یا در بیمارستان و اورژانس بستری می‌شوند و یا از معلولیت دائمی رنج می‌برند (کورونادو و همکاران، ۲۰۱۱). ضربه مغزی به معنای یک تکان یا ضربه ناگهانی

به سـر است که عملکرد طبیعی مغز را مختل می‌کند. سه‌چهارم از ضربه‌های مغزی که هر سال اتفاق می‌افتند، ضربه‌های خفیف مغزی هستند. کودکان ۱ تا ۴ سـاله و نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله، بیش از دیگران، در معرض ضربه مغزی قرار دارند (فاول و همکاران، ۲۰۱۰).

طیـف ضربه‌های مغزی، از ملایم تا شـدید، متغیر اسـت. ضربه مغزی ملایم می‌تواند باعث بروز تغییر خفیفی در عملکرد مغز یا سـطح هوشـیاری شـود اما ضربه مغزی شـدید منجر به بیهوشـی طولانی‌مدت و فراموشـی می‌شود. بیشـتر ضربه‌های مغزی ناشـی از تکان‌ها یا ضربه‌های ملایمی است که به سر وارد می‌شـود. تکان مغزی، نوعی ضربه مغزی اسـت کـه می‌تواند تغییری در عملکرد طبیعی مغز به وجود آورد. بیشتر آسیب‌های مغزی بدون کاهش سطح هوشیاری اتفاق می‌افتند. تکان مغزی، آسیبی است که در هر شرایطی باید آن را جدی گرفت. کودکان و نوجوانان، نسـبت به آسیب‌های مغزی، حساس‌ترند و در مقایسـه با بزرگسالان به زمان بیشـتری برای به دست آوردن هوشیاری پس از ضربه مغزی نیاز دارند. احتمال بروز آسـیب‌های مغزی در ورزشکارانی که سـابقه ضربه مغزی داشته‌اند، بیشـتر از دیگران است (مرکز ملی کنترل و پیشگیری از سوانح، ۲۰۱۱).

ضربـه مغزی می‌تواند توانایی مغز در تفکر و درک حواس پنج‌گانه (چشـایی، بینایی، بویایی، شـنوایی و لامسـه) و همچنین تکلم و ابراز احساسات را تحت تاثیـر قرار دهـد. ضربه مغزی می‌تواند منجر به بروز صرع یا تشـنج شـود یا احتمال ابتلا به اختلال حواس (آلزایمر) و پارکینسون را افزایش دهد. ضربات ملایمی که در طول زمان به طور مکرر به سـر وارد می‌شـوند نیز می‌توانند به تضعیف تدریجی تفکر و سـایر عملکردهای مغز بینجامند (مرکز ملی کنترل و پیشگیری از سوانح، ۲۰۱۱).

وقتی رانندگی می‌کنید، با نشـاندن کودک در صندلی مخصوص، با استفاده از کمربند ایمنی و همچنین با استفاده از کلاه ایمنی هنگام راندن موتور سیکلت می‌توانید از بروز ضربه‌های مغزی پیشگیری کنید.

عـلاوه بـر موتورسـواری، اسـتفاده از کلاه ایمنـی مخصوص و متناسـب در

فعالیت‌های زیر نیز می‌تواند از بروز ضربه‌های مغزی جلوگیری کند: دوچرخه‌سواری، سورتمه‌سواری، اسکیت‌سواری، اسکی، ورزش‌های پربرخوردی مانند راگبی و هاکی و بوکس، ورزش‌های پرشی مانند اسب‌سواری و ورزش‌های زمستانی. هنگام بازی کودکان، اطمینان حاصل کنید که زمین بازی بچه‌ها با مواد ضربه‌گیر یا نرمی مانند شن و ماسه یا موکت پوشیده شده و احتمال بروز ضربه مغزی وجود ندارد (مرکز ملی کنترل و پیشگیری از سوانح، ۲۰۱۱).

سایر آسیب‌های غیرعمدی

از دیگر حوادث غیرعمدی که باعث آسیب و مرگ و میر کودکان می‌شوند، می‌توان به این موارد اشاره کرد: سقوط از ارتفاع، خفگی، مسمومیت و تصادف با دوچرخه. سقوط از ارتفاع، یکی از علل عمده حوادث خانگی مرگبار است که از عوارض وخیم آن می‌توان به قطع نخاع اشاره کرد. کودکان، به طور خاص، در معرض آسیب‌های نخاعی هستند چون هنوز حس تعادل آنها تکامل نیافته است. جوانانی که بر اثر سقوط صدمه می‌بینند، معمولا کسانی هستند که به منظور خودنمایی، از پذیرش توصیه‌های ایمنی اولیه، سر باز زده‌اند.

خفگی به دنبال انسداد مجاری تنفسی، یکی دیگر از علل عمده مرگ‌ومیر کودکان زیر ۷ سال است. گاهی خردسالان، اشیاء کوچکی مانند اسباب‌بازی‌های ریز، سکه یا غذا را طوری به دهان می‌برند که باعث انسداد مجاری تنفسی‌شان می‌شود. بعضی از کودکان و نوجوانان نیز (البته غیرعامدانه) با پیچیدن وسایلی مانند روسری به دور گردن خود و اتصال آن به وسایل دیگری مانند در ماشین، زمینه‌ساز خفگی خود می‌شوند. برخی کودکان هم ممکن است بر اثر اتصال یقه یا قطعه‌ای از لباس خود با برخی اشیا دچار خفگی شوند.

بیشتر کودکانی که در منزل دچار مسمومیت می‌شوند، به دنبال بلعیدن شوینده‌ها یا داروهای شیمیایی، به این وضعیت مبتلا می‌شوند. استنشاق برخی مواد سمی مانند گاز اگزوز خودرو، چسب، گازوییل و مونوکسیدکربن می‌تواند به مسمومیت و مرگ بینجامد. مونوکسیدکربن، گازی است که از وسایل نقلیه، اجاق گاز، بخاری و دیگر وسایل گرمازا و دودکش‌ها متصاعد می‌شود.

مرگ‌ومیر یا آسیب مغزی کودکان گاهی نیز هنگام دوچرخه‌سواری روی می‌دهد و بـه همین دلیل ضرورت دارد کودکان و نوجوانان هنگام دوچرخه‌سـواری از کلاه ایمنی اسـتفاده کنند. شـدیدترین حوادث دوچرخه‌سواری هنگامی رخ می‌دهند که یک دوچرخه با یک وسیله نقلیه دیگر تصادف کند.

آسیب‌های عمدی

آسـیب‌های عمـدی دانش‌آمـوزان عمدتـا محصـول خشـونت‌های فردی و خودخواسـته‌ای است که گاهی تلفات سـنگین در پی دارد. واقعیت این است که دانش‌آموزان امروزی فقط قربانی جنایت نیسـتند، بلکه گاهی خود نیز در جامعه و مدرسه، جنایت را به چشم می‌بینند و از آن تاثیر می‌پذیرند.
در بررسی کشـوری رفتارهای سلامت مشخص شـد که تنها حدود۴۰درصد دانش‌آموزان نوجوان ایرانی در طول یک سـال زدوخورد و دعوا نداشـته‌اند و باقی آنها حداقل یک بار چنین تجربه‌ای داشته‌اند. بیشتر این وقایع خشن بین دوستان رخ می‌دهد. این خشونت ها در ۲/۳ درصد دانش‌آموزانی که جراحتی را تحمل کرده‌اند، عامل آن بوده است (گزارش وضعیت سلامت دانش آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

آمادگی در مقابل بلایای طبیعی

بلایـای طبیعـی مانند زلزله از دیگر مواردی هسـتند کـه می‌توانند منجر به آسیب‌های فراوان شوند. خطر این وقایع وقتی بیشتر می‌شود که دانش‌آموزان یا کارمندان مدارس در سـاختمان‌های بلند سـکونت داشـته باشـند. در این مواقع، بسـیار مهم است که مسـوولان تدبیری بیندیشـند تا از بار عوارض و عواقب بلایای طبیعی کاسته شود.
آژانس فدرال مدیریت بحران ایالات متحده آمریکا، پیشـنهاد آموزش ویژه به مدارس را ارائه کرده و آموزش در محورهای ذیل را پیشنهاد نموده است:

- شناسایی خطرهای بالقوه در مدارس؛

- مواجهه با خطرها برای به حداقل رساندن آسیب‌ها؛
- تدوین طرح‌های اثربخش نظیر طرح خلوت‌سازی مسیرهای پرتردد؛
- طراحی برنامه‌هایی برای به حداقل رساندن استرس‌ها و تنش‌های بعد از بلایای طبیعی؛ و
- طراحی تمرین‌های عملیاتی و آموزش به اعضای خانواده.

سازمان مدیریت بحران کشور، راهنمایی‌هایی کلیدی برای دبیران پیش، هنگام و پس از زلزله که یکی از مهم‌ترین بلایای طبیعی رایج در کشور ماست، در قالب آموزش‌های همگانی در سایت خود به نشانی http://www.ndmo.org ارایه کرده است. در فصل چهاردهم این کتاب نیز مطالب بیشتری درباره انواع بلایای طبیعی گنجانده شده است.

خشونت بین‌فردی

متاسفانه بیشتر دانش‌آموزان در منازل خود در معرض خشونت قرار دارند. در سال ۱۳۹۰ مطالعه‌ای در یکی از استان‌های کشور مشخص کرد که ۶۶ درصد دانش‌آموزان ابتدایی حداقل یک مورد آزار یا کم‌توجهی را تجربه کرده‌اند.[1]

شایع‌ترین نوع سوءاستفاده، بددهنی و زورگویی یکی از اعضای خانواده به کودک است. بیشتر جوانانی که در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، اگر از مشاوره مطلوبی بهره‌مند نشوند، بددهن و فحاش خواهند شد. بسیاری از مجرمان و تبهکارانی که امروز در زندان به سر می‌برند، در دوران کودکی خود مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند.

جرایم بین‌فردی به شکل‌های گوناگونی در جامعه دانش‌آموزی اتفاق می‌افتد. امروزه دانش‌آموزان در روابط خود سرسخت‌تر شده‌اند و بیش از پیش به یکدیگر تحکم می‌کنند. روحیه ستیز و نزاع در بسیاری از آنها مشهود است. بسیاری از آنها تمایل به قلدری دارند و همین امر منجر به شروع دعوا بین

1) Mahram M, et al. Epidemiologic Evaluation of Child Abuse and Neglect in School-Aged Children of Qazvin Province, Iran. Iran J Pediatr. Apr 2013; 23(2): 159-164.

آنان می‌شـود. معمولا با کوبیدن مشت بر صورت، دعوای فیزیکی دانش‌آموزان شـروع می‌شـود. قریب به ۶۰ درصد دانش‌آموزان نوجوان ایرانی در طول یک سال گذشته دعوا و زدوخورد داشته‌اند. ۲۱/۱ درصد آنان یک بار و ۸/۷ درصد ایشـان ۴ بار یا بیشتر چنین واقعه‌ای را تجربه کرده‌اند و الباقی دفعاتی مابین این دو را ذکر می‌کنند (گزارش وضعیت سـلامت دانش آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

طبیعی اسـت که حمل اسلحه (چه سلاح سرد، چه سلاح گرم) باعث افزایش احتمال بروز جرم و جنایت در جوانان می‌شـود. کلت، چاقو، تیغ، پنجه‌بوکس، چماق و اسـلحه بی صدا، نمونه‌هایی از سـلاح‌های گرم و سـرد هسـتند که بسیاری از دانش‌آموزان به آنها دسترسی دارند.

دسترسـی به سلاح و حمل آن، پدیده خطرناکی اسـت که می‌تواند منجر به قتل، خودکشـی و حوادث غیرمترقبه دیگر شـود. وقتی نوجوان سـلاح حمل می‌کند، همواره این خطر وجود دارد که در درگیری از آن استفاده کند و قتل، جنایت یا خودکشی به بار آورد.

در یک مطالعه کشـوری مشـخص شـد که ۱۴/۲ درصد نوجوانان دانش‌آموز ایرانی در طی یک ماه قبل از پرسشـگری در مدرسه با خود سلاح سرد حمل می‌کرده‌اند. بیشـترین سلاح حمل شده چاقو بوده است که خود نقش بسزایی در ایجاد جراحت یا قتل در سنین جوانی ایفا می‌کند (گزارش وضعیت سلامت دانش آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

خودکشی

خودکشی سـومین دلیل عمده مرگ‌ومیر جوانان اسـت. خودکشی گاهی در کودکان نیز دیده می‌شـود. بیشـتر جوانانی که مرتکب خودکشـی می‌شوند، از بیماری‌های اعصاب و روان (به ویژه افسـردگی) رنج می‌برند یا با خشـونت، ناامیدی، مشـکلات خانوادگی، الکل و مواد مخدر دست و پنجه نرم می‌کنند و برای رهایی از مشکلات خود، دست به خودکشی می‌زنند. پسران جوان بیشتر از دختران جوان دست به خودکشی می‌زنند و این در حالی است که دختران

نوجوان بیشتر از پسران نوجوان به خودکشی فکر می‌کنند.
شـیوع خودکشـی در مردان ایرانی بیش از زنان اسـت (۷/۵ در برابر ۳/۱ در صدهـزار نفر). همچنین تفاوت‌های جغرافیایی در توزیع موارد خودکشـی در کشور دیده می‌شود؛ به طوری که در برخی استان‌های کشور شیوع خودکشی بسـیار بیش از سایر استان‌هاسـت و این می‌تواند نشانگر تاثیر عوامل فرهنگی در این نوع اقدامات باشد (قریشی سید ابوالفضل، موسوی‌نسب نورالدین؛ مرور سیستماتیک بررسـی‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران، مجله روانپزشـکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۷، ۱۲۱-۱۱۵).
بیشـتر جوانانی که قصد خودکشی داشـتند، داروهای خود را مصرف نکرده یا پیگیر درمان بیماری اعصاب و روان خود نبوده‌اند و این امر آنها را در شـرایط خطرناکی قرار داده و باعث شده تصمیم به خودکشی بگیرند.

مصرف دخانیات

دومیـن گروه از رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان، اسـتعمال دخانیات (سـیگار، قلیان، پیپ و سـایر مشـتقات مواد دخانی) اسـت. دخانیات از مهم‌ترین علل قابل‌پیشگیری مرگ است.
اسـتعمال سیگار باعث وابسـتگی به نیکوتین، بروز انواع سرطان، بیماری‌های انسـدادی مزمن ریه، نفخ و بیماری‌های متعددی می‌شود که سلامت را تهدید می‌کنند. سـیگار و سـایر انواع دخانیات مانند قلیان و حتی جویدن تنباکو به شدت برای سلامت ضرر دارند. تنباکوی مصرفی در قلیان حاوی بسیاری از مواد مضر شیمیایی اسـت که می‌توانند اعتیادآور باشند، خطر ابتلا به سرطان‌های پیشرفته را افزایش دهند، موجب بروز بیماری‌های دهان و دندان شوند و حس بویایی و چشـایی را مختل کنند. ضمن اینکه تنفس دود دخانیاتی که در هوا جریـان پیدا می‌کند نیز می‌تواند مشـکلات و بیماری‌های بسـیاری به دنبال داشته باشد.
آخرین مطالعه کشـوری مصرف دخانیات در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سـاله ایرانی

نشـان داد کـه ۵/۱ درصد از پسـران و ۰/۹ درصد از دختـران دانش‌آموز ما مصرف‌کننده سـیگار هستند. همچنین ۲۲/۸ درصد از پسران و ۹/۴ درصد از دختران از مصرف قلیـان خبر داده‌اند. باید رقم ۵۳/۵ درصد نوجوانانی که در منزل در معرض دود سـیگار بسـتگان قرار دارند را نیز به این ارقام افزود تا از بزرگی مشکل آگاه شد.[1]

مزاحمت در دنیای مجازی

امـروزه قریب به ۴۲/۵ درصد از دانش‌آموزان نوجوان ما بین ۰/۵ تا ۷ سـاعت از اوقـات روزانه خود را صرف فعالیت‌هـای اینترنتی می‌کنند. این رقم در ایام تعطیـل حتـی بیش از این خواهد بـود. این افراد در معـرض انواعی جدید از مخاطرات سـلامت هستند (گزارش وضعیت سـلامت دانش آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

مزاحمت اینترنتی (سـایبری) و سـایر خطرهای دنیای دیجیتال و رسانه‌های اجتماعی جزو نگرانی‌های دنیای مدرن هسـتند. نگرانـی درباره نزاع فیزیکی (سـنتی) در جامعه دانش‌آموزی از دیرباز وجود داشـته و طبق آمار دانشـگاه نیوهمپشایر (۲۰۱۰)، بالغ بر ۳۰ درصد دانش‌آموزان، قربانی نزاع در مدرسه‌اند و در هر ۷ دقیقه، یک کودک مورد خشـونت قرار می‌گیرد. سـالانه بیش از ۵ میلیون نزاع و درگیری در مدارس دولتی گزارش می‌شـود. بیش از ۵۵ درصد از دانش‌آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله معتقدند که تفکر درباره نزاع و درگیری بیشتر از هـر موضوع دیگری (حتی موادمخدر، تبعیـض نژادی و ایدز) رواج دارد. اما نزاع انواع متعددی دارد. گاهی صرفا به درگیری فیزیکی و آسیب بدنی محدود می‌شود. گاهی صرفا قالب کلامی دارد و در شکل گفتار یا نوشتار ظهور می‌یابد تـا قربانی یا قربانیان را تحقیر کند. گاهی شـکل عاطفی دارد و به جریحه‌دار شـدن احساسات فرد قربانی منجر می‌شـود. اما امروزه نوع دیگری از نزاع نیز

1) Azaripour Masoule H, et al. I.R.IRAN Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Report 2007. Available from: www.who.int/tobacco/surveillance/Iran%20GYTS2007%20final%20report2.pdf

رواج یافته که در دنیای دیجیتال اتفاق می‌افتد و به آن مزاحمت سایبری یا مزاحمت در دنیای مجازی می‌گویند.
مزاحمت سایبری، طبق تعریف انجمن متخصصان کودکان آمریکا در سال ۲۰۱۱، به معنای استفاده عامدانه از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی برای برقراری ارتباط نادرست، تحقیر افراد و انتشار اطلاعات خصومت‌آمیز علیه آنهاست. مزاحمت سایبری می‌تواند از طریق رایانامه (ایمیل)، پیام کوتاه (اس‌ام‌اس)، وب‌سایت، وبلاگ، تلفن، بازی‌های اینترنتی و سایر انواع وسایل ارتباط دیجیتالی صورت گیرد. نمونه‌های خاص مزاحمت سایبری عبارتند از: پخش آنلاین شایعات مخرب درباره افراد، مزاحمت یا تهدید دیگران به صورت آنلاین، ارسال پیام‌های جنسی آنلاین به افراد، پخش تصاویر شرم‌آور دیگران به‌صورت آنلاین بدون اجازه آنها و یا دسترسی به ایمیل دیگران و ارسال و دریافت اطلاعات شخصی با استفاده از آدرس آنها.
مزاحمت سایبری می‌تواند عواقب عمیق روانی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای شدید و حتی خودکشی در پی داشته باشد (هیندوا و پچین، ۲۰۱۰). این موضوع می‌تواند به خشم، نارضایتی و افت عملکرد در مدرسه نیز بینجامد (وید و بران، ۲۰۱۱). درباره مزاحمت سایبری به تفصیل در فصل۱۴ بحث خواهیم کرد.
انجمن متخصصان کودکان آمریکا (۲۰۱۱) بارها درباره خطرهای برخی شبکه‌های اجتماعی مانند «فیس‌بوک» و شکسته شدن حریم خصوصی کودکان و نوجوانان هشدار داده است. برخی جوانان از این ابزار برای خودنمایی، اغوای دیگران، جلب توجه، ابراز علاقه و اثبات وفاداری و تعهد خود استفاده می‌کنند. فیس‌بوک می‌تواند جایی برای به اشتراک گذاشتن تصاویر برهنه یا نیمه‌برهنه و نمایش ژست‌های اغواگرانه باشد و یکی از مشکلاتی که در آن وجود دارد، این است که این تصاویر به راحتی و در زمان بسیار کوتاهی به صفحات شخصی دیگران منتقل می‌شوند یا از طریق ایمیل و پیام‌های کوتاه در سایر شبکه‌های اجتماعی انتشار می‌یابند و در دید و دسترس عموم قرار می‌گیرند. وقتی تصویری افشا می‌شود و در معرض دید عموم قرار می‌گیرد،

فردی که آبرویش به خطر افتاده، به شدت احساس حقارت می‌کند.
ایـن موضوع حائز اهمیت اسـت که جوانـان باید آگاه باشـند وقتی تصویری ارسـال می‌شـود یا در معرض دید دیگری یا دیگران قرار می‌گیرد، بازیابی آن غیرممکن اسـت. افسردگی و اضطراب ناشی از این کار وقتی اوج می‌گیرد که فرد زمان بسـیار زیادی را پای این شـبکه‌های اجتماعی گذرانده و از زندگی عقـب افتاده باشـد. این همان پدیده‌ای اسـت که مدتی پس از رواج شـبکه اجتماعی فیسبوک، اصطلاح افسردگی فیسبوکی را سر زبان‌ها انداخت.
شکسـتن حریم خصوصی افراد در فضای سایبری شـیوه‌های گوناگونی دارد؛ مثلا انتشار عمومی اطلاعات شـخصی افراد یا پخش اطلاعات نادرست درباره آنها و زندگی‌شـان، به نحوی که وقتی کاربران از طریق موتورهای جستجوگر به وب‌سـایت‌های گوناگون مراجعه می‌کنند، به دفعات با این اطلاعات برخورد کنند و از آنها به عنوان مدرکی قابل استناد استفاده کنند.

مصرف الکل و مواد مخدر

سومین گروه از رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان، مصرف مشروبات الکلی و مواد مخـدر اسـت. الکل و مواد مخدر، عـلاوه بر عوارض جسـمی و روانی، عواقب خانوادگـی و اجتماعـی متعددی نیز به دنبال دارند. مصرف مشـروبات الکلی و مواد مخدر هر سـال منجر بـه بروز حوادث دلخراش دیگری نیز می‌شـود؛ حوادثی مانند تصادف منجر به مرگ، غرق‌شـدگی، آتش‌سـوزی، آدم‌کشـی، تجاوز، ضرب‌وجرح، سوءاستفاده از کودکان، خودکشی و تسریع مرگ متعاقب بیماری‌های ریوی، سرطان و سیروز.

الکل

اطلاعات ما در مورد میزان و الگوی مصرف الکل و مواد مخدر در بین نوجوانان ایرانی به دلیل حساسیت‌های فرهنگی در این مقولات چندان گسترده نیست. در مطالعه‌ای که در تهران انجام گرفته است، قریب به ۱۵درصد نوجوانان ۱۵ تا ۱۸سـاله اعلام کرده‌اند که تجربه‌ای از مصرف الکل داشته‌اند (۲۱/۹ درصد

پســران و ۸/۴ درصــد دختــران). ۱/ ۳ درصد نوجوانان مــورد مطالعه مصرف تریاک و ۵/۶ درصد مصرف ماده اکستازی را گزارش داده‌اند.[1]

مواد مخدر

هزینه‌های درمانی و اجتماعی ناشــی از مصرف مواد مخدر، بســیار زیاد است. سوءمصرف مواد مخدر می‌تواند ریشــه بسیاری از مشکلات اجتماعی (اعتیاد، جدایی، بیکاری، افت درســی، ترک تحصیل، خشــونت خانگی، سوءاســتفاده از کــودکان و افزایش احتمــال ابتلا به بیماری‌هایی مانند ایدز) باشــد. اما در دســترس بودن یا نبودن انواع مواد نیز در میزان مصرف آنها تاثیرگذار اســت (جانســون و همکاران، ۲۰۱۱). نوجوانانی که مشروبات الکلی مصرف می‌کنند و ســیگار می‌کشند، تمایل بیشتری به مصرف ماری‌جوانا و سایر مواد مخدر از خود نشــان می‌دهند. مواد مخدری که مصرف‌شــان در نوجوان رواج بیشتری دارد، عبارتنــد از: ماری‌جوانا، آمفتامین، شیشــه، کــراک و هروئین. برخی از نوجوانان، سابقه سوءمصرف برخی داروهای شیمیایی مانند لورازپام، ریتالین و داروهای استنشاقی را نیز دارند.

معلمان، مدیران و مســوولان مدرســه باید در کنار والدین و با تعامل و تلاش گروهی، مانع مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان شوند. رواج مصرف مواد مخدر در بیــن دانش‌آموزان می‌تواند عواقب ویرانگــری برای جامعه، خانواده و آینده خود دانش‌آموزان داشته باشد.

رفتارهای جنسی پرخطر

چهارمیــن گــروه از رفتارهای پرخطر، رفتارهای جنســی پرخطر و ناســالمی اســت که می‌تواند منجر به بارداری ناخواسته، ســرایت اچ‌آی‌وی/ ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی شود.

1) Bagheraei A, et al. Alcohol and drug use prevalence and factors associated with the experience of alcohol use in Iranian adolescents. Iran Red Crescent Med J. 2013 Mar;15(3):212-7

علی‌رغم محدویت‌هایی که در انجام مطالعات وجود دارد، برآورد می‌شود که قریب به یک‌پنجم (۱۹/۶ درصد) دانش آموزان دبیرستانی رفتار پرخطر جنسی داشته باشند. این امر می‌تواند زمینه‌ساز بروز مخاطرات سلامتی باشد که پیشتر بیان شد.[1]

تجربه زودهنگام جنسی، مخصوصاً اگر نخستین تجربه جنسی در سنین نوجوانی اتفاق بیفتد، افزایش خطر بارداری ناخواسته و سرایت بیماری‌های مقاربتی را به دنبال دارد. نوجوانانی که از سنین پایین شروع به برقراری رابطه جنسی می‌کنند، بیشتر در معرض خطرند. برقراری رابطه جنسی در دوران نوجوانی، مخصوصاً اولین رابطه، معمولا به طور اتفاقی صورت می‌پذیرد و در نتیجه، نوجوانان نمی‌توانند اقدامات لازم برای جلوگیری از بروز بارداری ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی را مد نظر قرار دهند. نوجوانانی که خیلی زود شروع به برقراری رابطه جنسی می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که در آینده به روابط جنسی متعدد روی آورند و این امر، در نهایت، خطرهای بیشتری برای آنها به دنبال خواهد داشت.

اچ‌آی‌وی / ایدز

اچ‌آی‌وی (HIV)[2] ویروس مرگباری است که سیستم ایمنی بدن انسان را تضعیف و زمینه بروز و بسط بیماری ایدز[3] را فراهم می‌کند. این بیماری، در حال حاضر، درمان قطعی ندارد و در نهایت به مرگ بیمار می‌انجامد. درطول رابطه جنسی ممکن است ویروس اچ‌آی‌وی از فرد مبتلا به فرد سالم انتقال پیدا کند. این ویروس می‌تواند از طریق ترک‌های کوچک پوستی یا مخاطی وارد عروق خونی شود.

اچ‌آی‌وی می‌تواند از مرد به زن، از زن به مرد و همچنین از مردی به مرد دیگر

1) Ahmadi K, et al. The Role of Parental Monitoring and Peers in Sexual Risk Taking. Int J High Risk Behav Addict. 2013;2(1).

2) Human Immunodeficiency Virus

3) Acquired Immunodeficiency Syndrome

یا از زنی به زن دیگر منتقل شود. رابطه جنسی محافظت‌نشده (بدون کاندوم) رفتار پرخطری است که می‌تواند منجر به سرایت ایدز شود.

سایر بیماری‌های مقاربتی

از میان بیماری‌های مقاربتی یا عفونت‌های منتقله از راه جنسی، آنهایی که در بین دانش‌آموزان رایج‌ترند، عبارتند از: سوزاک، سیفلیس، تبخال تناسلی، زگیل تناسلی و ایدز. کلامیدیا و سوزاک رایج‌ترین بیماری‌های مقاربتی هستند. بیماری‌های مقاربتی می‌توانند عواقبی مانند ناباروری، افزایش خطر ابتلا به سرطان، نابینایی و درد و رنج شدید به دنبال داشته باشند. بعضی از این بیماری‌ها، مانند تبخال تناسلی، قابلیت عود دارند. فردی که مبتلا به تبخال تناسلی است، همیشه در معرض ابتلای مجدد به آن قرار دارد. نوجوانان به واسطه روابط جنسی متعدد و متنوع خود که معمولا محافظت‌شده نیز نیست، بیشتر از دیگران، در معرض خطر ابتلا به این قبیل بیماری‌ها هستند. دختران نوجوان، بیشتر از دختران جوان، مستعد ابتلا به عفونت دهانه رحم هستند و احتمال ابتلا به عفونت کلامیدیایی و سوزاک نیز در نوجوانان بیشتر از جوانان است.

بارداری ناخواسته

نوجوانانی که زودهنگام به روابط جنسی روی می‌آورند، بیش از دیگران، در معرض بارداری ناخواسته‌اند. بیشتر بارداری‌های جوانان در شرایطی رخ می‌دهد که شرایط عاطفی، احساسی، روانی و مالی مطلوبی برای پذیرش مسوولیت پرورش کودک مهیا نبوده و به همین جهت، درگیری‌هایی بین والدین و فرزندان وجود داشته است.

طبیعی است که رواج روابط جنسی در بین دانش‌آموزان خطرناک است و می‌تواند عواقب هولناکی به دنبال داشته باشد. از این رو ضروری است تلاش‌های غیرمستقیمی جهت تشویق و ترغیب دانش‌آموزان برای پرهیز از برقراری روابط جنسی زودهنگام و به تاخیر انداختن نخستین تجربه جنسی صورت پذیرد.

الگوهای تغذیه‌ای ناسالم و بیماری‌زا

پنجمین گروه از رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان، الگوهای تغذیه‌ای نامناسب است که می‌تواند منجر به بروز بیماری شود. ۷ نفر از هر ۱۰ نفری که جان خود را از دست می‌دهند، به طور مستقیم یا غیرمستقیم، در اثر تغذیه ناسالم و الگوهای غلط غذایی، به سمت مرگ می‌روند. الگوهای غذایی ناسالم، خطر بروز بیماری‌های مرتبط با رژیم غذایی را افزایش می‌دهند. عادات غذایی ناسالمی که بر زندگی‌های امروزی سایه افکنده، زندگی و سلامت نوجوان و جوانان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. رژیم غذایی ناسالم به عنوان یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر شناخته شده و بیماری‌های متعددی را به همراه دارد؛ بیماری‌های قلبی عروقی، انواع سرطان، دیابت، فشارخون بالا، چاقی و پوکی استخوان. رژیم غذایی ناسالم، همه ساله، باعث مرگ‌ومیر فراوان و بروز انواع بیماری‌های مزمن می‌شود.

بیشتر جوانان به توصیه‌هایی که در زمینه تغذیه سالم وجود دارد، توجه نمی‌کنند. تغذیه ناسالم تاثیر سریع و طولانی‌مدتی بر سلامت خواهد داشت. بسیاری از جوانان در رژیم غذایی خود از مصرف غذاهای چرب رویگردان نیستند و به میزان بالایی از غذاهای حاوی چربی‌های اشباع و نمک استفاده می‌کنند و این در حالی است که میوه و سبزی و لبنیات نیز به اندازه کافی نمی‌خورند. در رژیم غذایی بیشتر جوانان کمبود مواد مغذی، به ویژه انواع میوه‌ها و سبزیجات، دیده می‌شود.

تنها ۸/۷ درصد دانش‌آموزان نوجوان در روز بیش از یک بار میوه و ۴/۲ درصد بیش از یک بار سبزی مصرف می‌کنند، در حالی که توصیه‌های بین‌المللی بر مصرف روزانه ۵ وعده میوه و سبزی تاکید دارند. همچنین تنها ۱۰/۹ درصد آنان از مصرف نوشیدنی‌های شیرین‌شده صنعتی پرهیز می‌کنند و باقی آنها به دفعات متفاوت در طول هفته از این نوشیدنی‌ها استفاده می‌کنند. در عین حال، فقط حدود یک‌چهارم (۲۴/۸ درصد) آنها مصرف روزانه شیر را که به ویژه در سنین رشد اهمیت زیادی دارد، گزارش می‌کنند. خوشبختانه به جز

۳/۴ درصد دانش‌آموزانی که اصلا ماست نمی‌خورند، الباقی به دفعات متفاوت این ماده غذایی جایگزین شـیر را در برنامه غذایی خود گنجانیده‌اند، هر چند که فقط حدود یک‌سوم آنها هر روز ماست مصرف می‌کنند. در این بین، الگوی صرف وعده‌های غذایی هـم در بین دانش‌آموزان ایرانی نکات در خور توجهی را نشـان می‌دهد. به عنوان مثال، حـدود ۱۲ درصد آنان هرگز در طول هفته صبحانه صرف نمی‌کنند و تنها قریب به نیمی از ایشـان هر روز صبحانه صرف می‌کنند. صرف صبحانه یکی از رفتارهای سـالم سـنین نوجوانی است که هم بر سـلامت و هم بر آموزش نوجوانان اثر مثبت دارد (گزارش وضعیت سلامت دانش‌آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

عـدم دریافت مواد مغـذی لازم می‌تواند منجـر به بـروز بیماری‌هایی مانند کم‌خونی فقر آهن شـود که تعداد مبتلایانش کم نیسـت. پیشـگیری از این بیماری مسـتلزم رعایت رژیم غذایی سرشـار از آهن است. مصرف ویتامین C نیز علاوه بر اینکه برای بدن ضرورت دارد، به جذب سریع آهن کمک می‌کند. دریافـت بی‌رویـه کالری و چربی به اضافه وزن و چاقی منجر می‌شـود. چاقی و اضافه‌وزن در کودکان و بزرگسـالان با بسـیاری از عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی همراه اسـت. اضافه وزن کودکان خطر ابتلا به افزایش فشـار خون و افزایش چربی خون در دوران بزرگسالی را در پی دارد و می‌تواند به اختلالات تنفسـی و آسـیب‌های مفصلی منجر شـود. مبتلایان به اضافـه‌وزن، بیش از دیگران، در معرض تنش‌های روانی قرار دارند. اضافه‌وزنی که در دوران کودکی و نوجوانی کسـب می‌شـود، با افزایش میزان مرگ‌ومیر در بزرگسـالی رابطه مستقیم دارد.

از سـوی دیگر، امروزه فشـار روانی مضاعفی به دختران جوان، نوجوان و حتی برخی دختربچه‌های زیر ۹ سـال وارد می‌شود که اندامی لاغر و باریک داشته باشند و برای دستیابی به این هدف، حتی از روش‌های مضر و خطرناک کاهش وزن نیـز رویگردان نباشـند. روی آوردن به روش‌هـای خطرناک کاهش وزن می‌تواند ضمن ایجاد اختلال در فرآیند رشـد، روند طبیعی بلوغ را نیز مختل کند.

آمارها حاکی از آن است که تنها حدود نیمی (۵۳ درصد) از دانش‌آموزان نوجوان ایرانی بدن خود را در اندازه طبیعی می‌دانند، در حالی که ۲۹/۹ درصد خود را لاغر و ۱۷/۱ درصد خود را چاق تصور می‌کنند. در این بین، نسبتی تقریبا مساوی از نوجوانان فکر می‌کنند که باید چاق یا لاغر شوند و ۸/۳ درصد آنها برنامه‌ای در این راستا دارند (گزارش وضعیت سلامت دانش‌آموزان؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷).

میزان مصرف سیگار و سایر انواع دخانیات نیز در بین دختران دانش‌آموزی که دغدغه کاهش وزن داشته‌اند، بیشتر از دیگران بوده است. بعضی از دختران برای کاهش اشتها و کنترل وزن خود، حتی به مصرف سیگار و مواد مخدر روی آورده‌اند.

اختلالات تغذیه‌ای در بین نوجوانان (و اخیراً حتی کودکان) به مساله رایجی تبدیل شده است. بیشتر نوجوانانی که به اختلالات تغذیه‌ای دچارند، اعتماد به نفس کمتری دارند و از خودزشت‌انگاری رنج می‌برند. این افراد معمولا دچار درجاتی از افسردگی نیز هستند. اختلالات تغذیه‌ای می‌تواند باعث بروز عوارض شدید شده و به بیماری‌های حاد روانی و حتی مرگ منجر شود.

کودکانی که از سوءتغذیه رنج می‌برند، احتمال ابتلایشان به بیماری‌های عفونی بیشتر از سایر کودکان است و معمولا آمار غیبت در مدرسه نیز در میان آنها بیشتر است. یکی دیگر از مشکلاتی که با سوءتغذیه در ارتباط است، عدم تمرکز در کلاس درس و نداشتن انرژی کافی برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی است. خوردن صبحانه کامل و مقوی، مهم‌ترین توصیه به دانش‌آموزان برای شروع یک روز پرنشاط است. برخی از کودکان و نوجوانان از صبحانه خوردن فرار می‌کنند و همین مساله تاثیر نامطلوبی بر عملکرد آنها در مدرسه دارد.

کم‌تحرکی

کم‌تحرکی را باید ششمین گروه از رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دانست. با وجود اطلاع از فواید فراوان فعالیت بدنی، امروزه بیشتر نوجوانان (و بسیاری از کودکان) کم‌تحرک هستند و تنها ۳۷درصد دانش‌آموزان دبیرستانی به فعالیت

بدنـــی مطلوب می‌پردازند. منظور از فعالیت بدنـــی مطلوب، ۶۰ دقیقه فعالیت بدنـــی روزانـــه (حداقل ۵ روز در هفته) اســـت، به نحوی کـــه منجر به افزایش ضربان قلب و میزان تنفس شود (ایتون و همکاران، ۲۰۱۰).

می‌توان نتیجه گرفت در کودکان و نوجوانان امروزی، کاهش چشـــم‌گیری در میزان فعالیت‌های ورزشی برای دستیابی به تناسب اندام دیده می‌شود. به نظر می‌رسد تفریحات و سرگرمی‌های ساکن و کم‌تحرکی مانند تماشای تلویزیون، بازی‌های رایانه‌ای و کار با رایانه به فراگیر شـــدن الگوی عمومی کم‌تحرکی در کودکان و نوجوانان منجر شـــده اســـت، این در حالی است که ورزش و فعالیت بدنی در ســـنین مدرســـه، فواید فراوانی بـــه دنبال دارد (جانســـن و لیبلانک، ۲۰۱۰). کـــودکان و نوجوانانی که اهل ورزش و فعالیت بدنی هســـتند، فعال‌تر و بانشـــاط‌ترند. آنها بیشتر به سلامت خود اهمیت می‌دهند و برای برخورداری از ســـلامت و وزن ایده‌آل تلاش بیشتری به خرج می‌دهند تا دچار اضافه وزن نشـــوند. آنها با تنش‌های عصبی و اســـترس‌های روانی بهتر کنار می‌آیند و در بزرگســـالی نیز کمتر در معرض ابتلا به بیماری‌های مزمن (مانند بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا و پوکی استخوان) قرار خواهند گرفت.

برنامه جامع سلامت در مدارس

ســـلامت در مدارس فراتر از آن چیزی اســـت که در کلاس‌های درسی آموزش داده می‌شـــود و گردآوری منابع مختلف برای ترویج ســـلامت در جامعه را نیز در بـــر می‌گیرد. تحقق این امر به تلاش منســـجم و هماهنگ مدارس و مراکز آموزشـــی نیاز دارد. در حال حاضر، تشویق و ترغیب مدارس برای اجرای طرح هماهنگ آموزش سلامت، بسیار مورد تاکید و توجه است.

طرح جامع آموزش سلامت در مدارس یک روش نظام‌مند برای گردآوری منابع مـــادی و غیرمادی در مـــدارس، خانواده‌ها و جوامع بـــه منظور حفظ و ارتقای ســـلامت دانش‌آموزان و افزایش فرصت‌های آموزشی آنهاست. برنامه هماهنگ آموزش ســـلامت در مدارس با بهره‌گیری از کارشناسان، شرکت‌ها و موسسات متعدد به شناســـایی مشـــکلات بهداشـــتی عمده پرداخته و از طریق مواجهه

مطلوب با این مشکلات، به بهبود شرایط موجود کمک می‌کند. به علاوه، خانواده‌ها، نمایندگان اجتماعات مختلف و افراد فعال در حوزه سلامت جامعه و دیگران نیز می‌توانند برای برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی برنامه‌های هماهنگ آموزش سلامت در مدارس با یکدیگر تعامل و همکاری کنند (لورمن، ۲۰۱۰؛ هویل، برتی و آلنزورث، ۲۰۱۰).

هماهنگی و همراهی، کلید موفقیت در اجرای این برنامه‌هاست (گایگر، فالمور و ورنر، ۲۰۱۰). این برنامه‌ها فراتر از افراد و مجموعه‌ها هستند و بازیگران متعددی باید نقش خدماتی خود را در این برنامه‌ها ایفا کنند تا بتوان سلامت و نشاط را برای دانش‌آموزان و کارمندان مدارس به ارمغان آورد. تحقق این امر مستلزم تعهد و هماهنگی عناصر فعال در این برنامه‌هاست، چراکه بیشتر مدارس از منابع مادی و غیرمادی محدودی برخوردارند و به همین دلیل، رویکرد هماهنگ برای هم‌افزایی برنامه‌ها ضرورت دارد. نمایندگان خارج از حیطه آموزش نیز می‌توانند با حضور فعالانه خود در این برنامه‌ها، شکاف‌هایی را که نظام آموزشی به تنهایی قادر به پر کردن آنها نیست، پوشش دهند.

رهبری و هماهنگ‌سازی این برنامه‌ها مستلزم گردآوری اطلاعات جامع مدارس و تعامل با شورای همکاری است (گایگر، فالمور و ورنر، ۲۰۱۱). شورای همکاری می‌تواند متشکل از والدین، دانش‌آموزان، آموزگاران، مدیران و موسسان مدارس، پزشکان، مربیان بهداشت و دیگر کارکنان مشاغل مرتبط با حوزه بهداشت و درمان باشد.

اعضای شورای هماهنگی سلامت مدارس نیز می‌توانند نمایندگانی از حوزه بهداشت و درمان، خدمات اجتماعی، دادگستری، سازمان‌های بهداشتی داوطلب، موسسات آموزش عالی و دانشگاه‌ها و مشاغل تجاری باشند. شورای هماهنگی سلامت مدارس می‌تواند برای هر ۲ مقطع اعم از مدارس و آموزشگاه‌ها کاربرد داشته باشد. این شورا مسوولیت هماهنگ‌سازی برنامه‌های سلامت مدارس را بر عهده دارد و ضمن تنظیم محتوای درسی و آموزشی مفاهیم سلامت، از شورای سیاستگذاری سلامت دفاع می‌کند و برای اجرای برنامه‌ها، به تامین منابع مالی می‌پردازد و در نهایت، گزارشی از عملکرد شورا

ارائه داده و به شبهه‌های پیرامون برنامه‌های سلامت مدارس پاسخ می‌دهد.
مسوول هماهنگ‌سازی برنامه‌های سلامت مدارس، وظیفه اجرا و ارزیابی برنامه‌های سلامت مدارس را بر عهده دارد. برنامه‌های هماهنگ آموزش سلامت مدارس با برنامه‌ها و طرح‌های غیرمنسجم تفاوت زیادی دارد. بیشتر مسوولان هماهنگ‌سازی، معلمان و کارشناسان حوزه سلامت و مربیان بهداشت هستند که با واقعیت‌های موجود در جامعه آشنایی دارند؛ نیازها و کاستی‌های موجود در برنامه‌های سلامت مدارس را می‌شناسند؛ از توانایی لازم برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های هماهنگ آموزش سلامت برخوردارند و برای تامین بخشی از بودجه‌ها و مخارج برنامه‌ها با بهره‌گیری از منابع بیرونی آمادگی دارند. بسیاری از مسوولان هماهنگ‌سازی این برنامه، مربیان بهداشت یا متخصصان آموزش سلامت هستند که از این ویژگی‌ها برخوردارند (وینیل و همکاران، ۲۰۰۴).
تمام برنامه‌های هماهنگ آموزش سلامت در مدارس منحصربه‌فردند و از برنامه‌های ارائه‌شده در نظام‌های آموزشی دیگر متفاوت‌اند. نیاز به برنامه‌های سلامت و اهمیت این برنامه‌ها، از مدرسه‌ای به مدرسه‌ای دیگر و از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر متفاوت است. یک مدرسه در یک منطقه شهری ممکن است نگرانی‌هایی مانند مشکلات ترافیکی و امنیتی داشته باشد؛ مشکلاتی که شاید در مدرسه‌های واقع در مناطق روستایی وجود نداشته باشد. مشکلات و خدمات بهداشتی یک دبستان با مشکلات و خدمات بهداشتی یک دبیرستان متفاوت است. تفاوت مدارس، نسبت به آموزش و خدماتی که ارائه می‌کنند، باید تنظیم و تدوین شود. نظام‌های آموزشی مدارس بر مبنای میزان دسترسی به خدمات و منابع بهداشتی نیز متفاوت است. بعضی از مدارس قادر به فراهم آوردن خدمات بهداشتی مورد نیاز خود هستند و برخی دیگر، نه. مدارس خصوصی نیاز به تمرکز بیشتری بر برنامه‌های بهداشتی خود دارند، مخصوصاً برنامه‌هایی که با نیازهای دانش‌آموزان، خانواده‌ها و کارمندانشان مرتبط باشد.
برنامه‌های هماهنگ آموزش سلامت که می‌تواند به سلامت، شادی و نشاط کودکان، خانواده‌ها و کارمندان مدارس منجر شود، نیازمند عناصر متعددی

اســت. مرکز کنترل و پیشــگیری از بیماری‌هــا، مولفه‌های مهــم برنامه‌های هماهنگ آموزش سلامت در مدارس را به شرح زیر ارائه کرده است:

۱. آموزش جامع سلامت در مدارس
۲. خدمات بهداشتی مدارس
۳. محیط سالم و ایمن مدارس
۴. تربیت بدنی
۵. خدمات تغذیه‌ای
۶. خدمات اجتماعی، روانشناسی و ارائه مشاوره
۷. ارتقای سلامت کارمندان
۸. مشارکت اعضای خانواده و اجتماع

ترکیــب ۸ مولفه فوق‌الذکر با بهره‌گیــری از رویکردی هماهنگ می‌تواند تاثیر مطلوبــی بــر موفقیت‌های علمی دانش‌آمــوزان و فراگیــری مهارت‌های مورد نیاز برای ســالم ماندن داشته باشــد. این مولفه‌ها همچنین می‌توانند به ایجاد محیطی سالم و ایمن (که زمینه‌ساز حفظ و ارتقای سلامت است) کمک کنند. شــاخص سلامت مدرسه (SHI)[1]، ابزاری برای خودارزیابی و برنامه‌ریزی است که به مدارس کمک می‌کند نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها و سیاســت‌های خود در حوزه آموزش سلامت را شناسایی کنند (برنر، پژاوارا و مک‌مانوس، ۲۰۱۱؛ مرکز ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت، ۲۰۱۰). این ابزار کارآمــد برای اجــرای بهینه برنامه‌های هماهنگ آموزش ســلامت در مدارس تنظیم شده است.

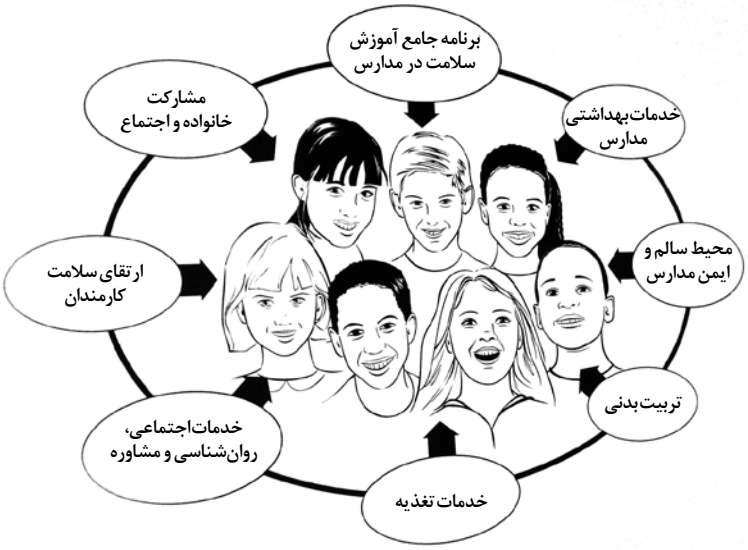
آموزش جامع سلامت در مدارس

آموزش سلامت در مدارس، به معنای آموزش دانش و مهارتی است که دانش‌آموزان

1) School Health Index

تصویر ۱-۱

برنامه هماهنگ آموزش سلامت در مدارس



به واسطه آن دانش و مهارت، رفتارهای پرخطر را می‌شناسند و با پرهیز از آن رفتارها می‌کوشند از بروز خطرها، بیماری‌ها و مرگ جلوگیری کنند. مطالعات سازمان ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت، نشان می‌دهد که آموزش سلامت در مدارس می‌تواند شیوع رفتارهای پرخطر را در میان جوانان و نوجوانان کاهش دهد و بر عملکرد تحصیلی آنها تاثیر مثبتی داشته باشد.

مسوول برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس، در واقع، همان سازمانی است که دوره ۱۲ساله تحصیلی (مشتمل بر دبستان و دبیرستان) را برای آموزش دانش‌آموزان در راستای تعلیم و تمرین مهارت‌های زندگی تدارک دیده است تا زمینه‌ساز افزایش اطلاعات بهداشتی، حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش رفتارهای پرخطر در حوزه سلامت شود. برنامه درسی جامع آموزش سلامت به ابعاد جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی سلامت

پرداخته و به نحوی طراحی شـده اسـت که برای تمام رده‌های سنی مناسب باشد. برنامه‌های درسی طوری طراحی شده‌اند که بتوانند مشوق مناسبی برای دانش‌آموزان باشند و به آنها در حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش عوارض ناشی از رفتارهای پرخطر کمک کنند. به علاوه، این برنامه‌ها به دانش‌آموزان کمک می‌کنند سـطح دانش، مهـارت و تمرین‌های عملیاتی خود را در زمینه مسایل پیچیده مرتبط با سلامت ارتقا دهند. مربیان بهداشت باید مولفه‌های سـلامت را با روش‌های آموزشی تعاملی به دانش‌آموزان تعلیم دهند (گایگر، فالمور و ورنر، ۲۰۱۰). برنامه‌های جامع آموزش سـلامت زمانی بیشترین کارایی و تاثیر را به دنبال دارند که به طور مطلوبی به مسایل مربوط به حوزه بهداشـت و درمان بپردازند و به شـکل مطلوبی به دانش‌آموزان ارائه شـوند (اینمن و همکاران، ۲۰۱۱). یک برنامه آموزشـی جامع باید مشتمل بر محورهای زیر باشد:

۱. سلامت عاطفی و روانی
۲. سلامت اجتماعی و خانوادگی
۳. رشد و تکامل
۴. تغذیه سالم
۵. سلامت فردی و فعالیت بدنی
۶. الکل، دخانیات و مواد مخدر
۷. بیماری‌های مسری و مزمن
۸. سلامت مصرف‌کنندگان و سلامت اجتماع
۹. سلامت زیست‌محیطی
۱۰. اصول ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها

ابزار ارزیابی برنامه درسی آموزش سلامت (HECAT)[1] ابزار قدرتمندی است

1) Health Education Curriculum Assessment Tool

کــه به تجزیه و تحلیل برنامه‌های آموزش ســلامت می‌پــردازد تا زمینه برای بهبود محتوای آموزه‌ها بر مبنای معیارهای ملی آموزش ســلامت فراهم شود. ابزار ارزیابی آموزش ســلامت حاوی راهکاری بــرای ارزیابی و تجزیه و تحلیل برنامه‌های آموزش سلامت است. این ابزار هم‌چنین می‌تواند به ارزیابی نیازهای اجتماعات مختلف و تطبیق آن با نیازهای موجود در برنامه‌های درسی مدارس بپردازد. مقیاس‌های مناســبی نیز برای تجزیه و تحلیل منابع درســی مرتبط با تغذیه ســالم، سلامت روانی و عاطفی، ســلامت فردی، تربیت بدنی، سیگار، الکل، مواد مخدر، ایمنی، ســلامت جنسی و پیشگیری از وقوع جرم و جنایت در دسترس‌اند. مواردی که مطلوبات این مقیاس‌ها را تامین می‌کنند، عبارتند از: راهنمــا، ابزارهای تجزیه و تحلیل، الگــوی امتیازدهی و منابع لازم برای به اجرا درآوردن برنامه‌های جامع سلامت. این منابع و ابزارها می‌توانند به مدارس کمک کنند شــیوه آماده‌ســازی دانش‌آموزان را متناسب با برنامه‌های آموزش ســلامت انتخاب کنند و از این برنامه‌ها به عنوان فرصتی برای آگاهی‌بخشی و مهارت‌آموزی در راستای ارتقای سلامت دانش‌آموزان و ترویج الگوهای رفتاری سالم بهره ببرند.

یــک برنامه آموزشــی مطلوب باید مجموعه‌ای از موضوعــات قابل یادگیری را مد نظر قرار دهد؛ اهداف آموزشــی را برای دانش‌آموزان مشــخص کند، دانش و مهارت و نگرش درســتی در زمینه ســلامت به دانش‌آمــوزان بدهد، میزان پیشرفت‌شــان در یادگیری را بسنجد، ارتباط مطلوبی بین آموزه‌ها برقرار کند، با اســتفاده از تمرین‌های عملی به تثبیت و تقویت رفتارهای سالم منجر شود، از مولفه‌های یاری‌رســان به آموزگاران و دانش‌آموزان برای دستیابی به اهداف مورد نظر استفاده کند و به تجهیزات لازم برای ارزیابی دستاوردهای آموزشی خود مجهز شود.

توصیــه ابزار ارزیابی برنامه‌های آموزش ســلامت، این اســت که مدارس برای اطمینــان از توجــه انجمن‌هــا و گروه‌هــای مرتبط بــا برنامه‌های آموزشــی، در خصــوص محتوای آموزه‌های ســلامت یک شــورای ویژه تاســیس کنند؛ کمیسیونی متشــکل از سیاســت‌گذاران مدارس (اعم از اعضای هیئت مدیره

مـدارس، آمـوزگاران، طراحان برنامه درسـی و مدیـر یا مدیران مدرسـه)، آموزگاران مسوول اجرای برنامه‌های آموزش سلامت، نماینده یا نمایندگانی از مدارس دیگر برای هماهنگ‌سازی برنامه‌های بهداشتی، نماینده یا نمایندگانی از مراکز و سـازمان‌های مرتبط با بهداشـت و درمان، نماینده یا نمایندگانی از مراکز و سـازمان‌های مرتبط با امور جوانان، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و البته والدین دانش‌آموزان.

نتایجی که به دسـت می‌آید، می‌تواند در انتخاب و توسعه برنامه‌های آموزشی مناسـب و کارآمد در حوزه سـلامت به مدارس کمک کند و به نشر آموزه‌های سـلامت منجر شـود و تاثیـر آمـوزگاران را در زمینه سالم‌سـازی رفتارهای دانش‌آموزان تقویت کند.

خدمات سلامت مدارس

خدمات سـلامت مـدارس برای حفظ و ارتقای سـلامت دانش‌آموزان طراحی شـده‌اند. البته ایـن خدمات در نظام مدارس خصوصی، اندکی متفاوت اسـت و بـه منابع موجود در مـدارس و انجمن‌ها و هم‌چنین به نیازهای بهداشـتی دانش‌آموزان هر مدرسه بستگی دارد. نمونه‌هایی از این خدمات عبارتند از:

- خدمات فوریت‌های پزشکی؛
- شناسـایی مسایل اصلی سـلامت دانش‌آموزان (مانند بیماری‌های عفونی، آسم و مشکلات عاطفی) و مداخله به‌موقع برای درمان آنها؛
- ارزیابی‌ها و غربالگری‌های ضروری (مثلا بینایی‌سـنجی و شنوایی‌سـنجی دانش‌آموزان)؛
- خدمات دارویی در مدرسه؛
- خدمات ویژه برای کودکان بر حسب نیازهای آنها؛
- ارائه مشاوره‌های مطلوب؛
- تعریف و ترویج الگوهای سلامت برای دانش‌آموزان و کارمندان مدارس؛
- خدمات پیشگیری (مانند ایمن‌سازی با واکسیناسیون و پیشگیری از برخی

مشکلات دهان و دندان با استفاده از فیشورسیلنت)؛ و
- آشـــنایی و همکاری با ســـایر انجمن‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشـــتی و درمانی.

مدرســـه جای ایده‌آلی برای ارائه خدمات بهداشـــتی به کودکان بالای ۶ سالی اســـت که در آســـتانه ورود به مدرســـه‌اند. مدرســـه محیط مطلوبی برای ارائه خدمات پیشـــگیرانه (مثلا با اســـتفاده از بینایی‌سنجی و شنوایی‌سنجی) است؛ به ویژه برای کسانی که محدودیت‌هایی دارند یا دسترسی مطلوبی به خدمات بهداشتی و درمانی ندارند. خدمات بهداشتی بسیار متنوع‌اند؛ از غربالگری‌های بینایی و شـــنوایی گرفته تا مراقبت‌های بهداشـــتی کامل (استوری و همکاران، ۲۰۰۶). خدمات بهداشـــتی مدارس معمولا به کمک متخصصان حوزه سلامت (پزشـــکان، دندانپزشـــکان، مددکاران اجتماعـــی، گفتاردرمانگران و پرســـنل پزشـــکی و پرستاری و پیراپزشکی) ارائه می‌شود اما معلمان نیز در این زمینه، نقش پررنگی به عهده دارند. آنها می‌توانند با شرکت در غربالگری‌های مختلف (مانند بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی یا آزمون انحراف ستون فقرات) نقش الگو را برای دانش‌آموزان بازی کنند و یا با آموزش و ارائه خدمات درمانی اورژانسی به دانش‌آموزانی که دچار حوادث ناگهانی شده‌اند، کمک کنند. فصل دوم این کتاب به بررسی این قبیل خدمات در مدارس می‌پردازد.

محیط سالم و ایمن در مدارس

منظور از محیط ســـالم و ایمن در مدارس، محیطی است که از لحاظ امنیت و سلامت فیزیکی، زیبایی بصری و وضعیت اقلیمی و فرهنگی در بهترین وضعیت ممکن برای دانش‌آموزان و کارمندان مدرســـه باشد. سلامت فیزیکی مدرسه را می‌توان از بررســـی برخی عوامل محیطی دریافت؛ مثلا ســـاختمان مدرســـه و حیاط پیرامون آن، عوامل زیســـت‌محیطی موثر بر سلامت دانش‌آموزان، برخی شـــرایط فیزیکی مدرســـه مانند دمای هوا، میزان آلودگی صوتی و شرایط نور و روشـــنایی محیط. سلامت روانی مدرســـه نیز دربرگیرنده آن دسته از موارد

مرتبـط با موقعیت‌های فیزیکی، احساسـی و اجتماعی اسـت کـه می‌توانند بـر خلاقیت و سـلامت روان دانش‌آموزان و کارمندان مدرسـه تاثیر بگذارند. مدرسـه‌ای کـه از محیط سـالم و ایمن برخوردار باشـد، به عواملـی از قبیل امنیت روانی و جسـمانی، روابط مثبت بین‌فردی، سطح موفقیت‌های فردی و پشتیبانی از دانش‌آموزان و کارمندان برای تقویت اعتماد به نفس آنها، حفظ و ارتقای سـلامت دانش‌آموزان و کارمندان و تقویت توان یادگیری و رشد علمی و عملکـردی دانش‌آموزان و کارمندان نیز توجـه دارد. مطالب فصل دوم این مجموعه به سلامت محیط مدرسه نیز اشاره خواهد کرد.

تربیت بدنی

تربیت بدنی بخش مهمی از برنامه‌های هماهنگ آموزش سـلامت در مدارس اسـت که می‌تواند به حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان و کارمندان مدرسه منجر شـود (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۰). تربیت بدنی یک برنامه آموزشی است که به تعلیم توامان آموزه‌های نظری و عملی در زمینه‌های مختلف (ماننـد مهارت‌های اولیه حرکتی، تمرین‌های تناسـب اندام، حرکات ریتمیـک، ورزش‌های تیمـی و انفرادی، ورزش‌های رزمـی و آبی) می‌پردازد. یکی از اهداف اصلی این برنامه‌ها، تشـویق و ترغیب دانش‌آموزان به گنجاندن ورزش و تحـرک در متـن زندگی روزمره و تداوم این رونـد در دوره‌های آتی زندگی است.

آموزش اصولی تربیت بدنی به دانش‌آموزان برای ایجاد نگرش مثبت و رفتارهای سـالم و همین‌طور افزایش مهارت‌های حرکتـی و تقویت اعتماد به نفس آنها ضرورت دارد. تاکید آموزه‌های تربیت بدنی بر ورزش‌های رقابتی نیسـت؛ بلکه عمدتـا به مهارت‌هایی توجـه دارد که می‌تواند در انجـام فعالیت‌های بدنی و ورزشی تا آخر عمر موثر باشد (استوری و همکاران، ۲۰۰۶).

محتـوای کلاس‌های آموزش تربیت بدنی باید طوری طراحی شـود که انجام فعالیت‌هـای بدنی را برای بیشـتر دانش‌آموزان در دوره‌های متوالی تسـهیل کند. آموزگاران این کلاس‌ها باید مربیان ماهر و دوره‌دیده تربیت بدنی باشـند

(گراهـام و همکاران، ۲۰۰۴). مرکز کنترل و پیشـگیری از بیماری‌ها توصیه و تاکید می‌کند که وقت کافی برای شـرکت در کلاس‌های تربیت بدنی مدارس در نظر گرفته شـود. منظـور از وقت کافی، حداقـل هفته‌ای ۱۵۰دقیقه برای دانش‌آموزان دبسـتانی و هفته‌ای ۲۲۵ دقیقه برای دانش‌آموزان دبیرسـتانی است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۰۳).

آمـوزش مطلـوب و حرفه‌ای تربیت بدنی در مـدارس می‌تواند تاثیر مثبتی بر سـلامت کودکان و آینده آنها داشـته و در پیشرفت تحصیلی آنها نقش داشته باشـد. برنامه‌های آموزشـی مناسـب می‌تواند دانش و آگاهی نوجوانان را در زمینه ضرورت پرداختن به فعالیت‌های بدنی ارتقا دهد. اجرای درست و دقیق کلاس‌های تربیت بدنی می‌تواند برنامه راهبردی مناسـبی برای پیشـگیری از رواج چاقی در بین دانش‌آموزان باشد (بود و ولپ، ۲۰۰۶).

مربیان تربیـت بدنی باید با برنامه‌های هماهنگ آموزش سـلامت در مدارس هم‌سـو باشـند. آنها می‌توانند در رژیم غذایی دانش‌آمـوزان و کارمندانی که تمایل به شرکت در برنامه‌های کنترل وزن و پیشگیری از چاقی دارند، حضور و همکاری داشـته باشـند. مربیان تربیت بدنی می‌توانند بـا تایید ایمن بودن تجهیزات ورزشـی مدارس، در تایید سـلامت محیطی مدرسه نیز ایفای نقش کنند و با تشـویق و ترغیـب خانواده‌ها و انجمن‌ها به مشـارکت در تمرینات ورزشـی و اسـتفاده از تجهیزات ورزشـی مدارس، در اوقات تعطیلی مدرسه، فرهنـگ ورزش و فعالیـت بدنی را اشـاعه دهنـد. راه‌های دیگـری نیز برای هماهنگ‌سازی تربیت بدنی و سایر برنامه‌های آموزشی مدارس وجود دارد.

آموزش سـلامت در مـدارس می‌تواند مکمل آموزش تربیت بدنی باشـد و به دانش‌آمـوزان کمک کند مهارت‌های خودکنترلـی و خودمراقبتی را بیاموزند؛ زندگی فعال‌تر و بانشـاط‌تری داشته باشـند و اوقات بی‌تحرکی (مثلا تماشای تلویزیون) را به حداقل برسانند.

آموزگاران سـلامت و مربیـان تربیت بدنی می‌توانند آموزه‌های تغذیه سـالم و تحـرک کافی را با هم پیوند دهند تـا از این طریق در کنترل وزن دانش‌آموزان و مقابلـه با چاقی، با یکدیگر همکاری کننـد. این همکاری می‌تواند با تمرکز بر

ترک رفتارهای پرخطری مانند اســتعمال سیگار و سایر مواد دخانی (که تمایل دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه‌های ورزشی را کاهش می‌دهد) نیز تداوم یابد.

خدمات تغذیه

منظور از خدمات تغذیه، خدماتی اســت که امکان دسترسی دانش‌آموزان را به تغذیه متعادل، وعده‌های غذایی و مواد مغذی فراهم می‌کند تا تغذیه ســالمی را که به سلامت جسمی و روانی منجر می‌شود، در اختیار دانش‌آموزان بگذارد. طراحــان وعده‌های اصلی و میان‌وعده‌های دانش‌آموزان باید به نیازهای غذایی آنها توجه داشــته باشــند و ســلامت آنها را مدنظر قرار دهنــد. برنامه غذایی مدارس باید پیرو الگوی تغذیه ســالم و ســایر معیارهای کیفی برای دستیابی به سیســتم غذایی یکپارچه و مطلوب باشــد. این برنامــه باید فرصت آموزش مطلوب درباره ارزش مواد غذایی را در کلاس‌های آموزش تغذیه فراهم ســازد. مسوولیت اصلی در خصوص تامین تغذیه سالم و کافی، متوجه کارکنان بخش خدمات غذایی است. با این حال، عملکرد موثر خدمات تغذیه مدارس مستلزم مشــارکت و همکاری مدیران مدارس، هماهنگ‌کننــدگان برنامه‌های آموزش ســلامت مدارس، آموزگاران، خانواده‌ها، مربیان بهداشــت و سایر مسوولان و کارمندان مدارس اســت. البته کارکنان بخش خدمات غذایی باید نقش مهم و فعالی را در این زمینه ایفا کنند. خدمات تغذیه مدارس اگر از پشتوانه حمایتی متخصصان و منابع اجتماعی بهره‌مند شــود، مطلوب‌تر و کارآمدتر خواهد بود. آنهــا برای ارائه خدمــات تغذیه‌ای خود، نیــاز به همکاری با افــراد، گروه‌ها و دستگاه‌های فعال در زمینه تغذیه سالم دارند. این ارتباط می‌تواند به خانواده‌ها و کارکنان مدارس در خصوص خدمات تغذیه‌ای موجود در جامعه (مانند طرح مکمل‌هــای خاص برای زنان، نــوزادان و کودکان، طرح تغذیه تابســتانه و...) آگاهی دهد. سازمان‌های بهداشتی داوطلب (مانند انجمن دیابت و انجمن قلب و عــروق) می‌توانند منابع آموزشــی معتبر و کافی بــرای آموزش اصول تغذیه سالم در مدارس را فراهم کنند. انجمن دیابت، انجمن تغذیه مدارس و انجمن آمــوزش اصول تغذیه، همگی بر اهمیت خدمات تغذیه‌ای یکپارچه در مدارس

صحه می‌گذارند (بریگز، فلیش‌هکر و مولر، ۲۰۱۰).

خدمات مشاوره‌ای، روانشناسی و اجتماعی

خدمات مشـاوره‌ای، روانشناسـی و اجتماعی به ارائه بررسـی‌ها و ارزیابی‌های فردی و گروهی دانش‌آموزان در محورهای سـلامت روانی، عاطفی و اجتماعی می‌پـردازد. ارزیابی سـازمانی و کسـب مهارت‌های لازم از سـوی مشـاوران، روانشناسان و مددکاران اجتماعی به حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان کمک می‌کند. یکی از خدماتی که توسـط دستگاه‌های حرفه‌ای ارائه می‌شود، صدور گواهی برای مشـاوران دوره‌دیده مدارس، روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی اسـت. امـروزه نیاز به خدمات مشـاوره‌ای، به ویژه هنـگام مواجهه با حوادث ناگـوار (مانند مرگ یکی از نزدیکان) بیش از پیش حس می‌شـود. مشـاوران حرفه‌ای می‌توانند خدمات ارزشمندی برای کمک به دانش‌آموزان، کارمندان و خانواده‌هایی که در غم از دسـت دادن عزیزشان هستند، ارائه دهند. پزشکان، پرسـتاران، گفتاردرمانگـران و آموزگاران می‌توانند بـه ارائه خدمات مرتبط با سلامت روانی، عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان بپردازند.

ارائه خدمات مشاوره‌ای، روانشناختی و اجتماعی می‌تواند به شناسایی مشکلات و پیشگیری از بروز آنها، افزایش یادگیری دانش‌آموزان، ترویج رفتارهای سالم و ایجاد فضای مثبت در مدرسـه کمک کند. این خدمات زمانی بیشـتر مورد نیازند کـه دانش‌آموزان با درگیری، طلاق یا مرگ والدیـن، نزاع با خانواده یا دوسـتان، اعتیاد به الکل و مواد مخدر مواجه باشـند. روان‌شناسان و مشاوران حاضـر در مدارس، قادر و مجاز به مداخله و ابراز وجود در فضاهای آموزشـی هستند و می‌توانند مهارت‌های زندگی، روابط بین‌فردی، خوداتکایی، اعتماد به نفس و حل مساله را به دانش‌آموزان بیاموزند.

مـدارس می‌توانند از تمام امکانات مـورد نیاز برای مواجهه مطلوب با نیازهای روانی، عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان استفاده کنند. آنها باید ارتباط و همکاری خود را با منابع اجتماعی‌ای که می‌توانند خدمات گسترده‌تری به دانش‌آموزان نیازمند ارائه دهند، حفظ کنند. این همکاری، دستیابی دانش‌آموزان به خدمات

مورد نیازشـــان را تسهیل می‌کند. انجمن سلامت مدارس نقش پررنگی در این همـــکاری دارد و می‌تواند از تمام منابع موجود برای ارائه خدمات مشـــاوره‌ای، روان‌شناختی و اجتماعی سود ببرد.

ارتقای سلامت کارکنان مدارس

مدرسه، جامعه کوچکی است که کارمندان فراوانی در آن حضور دارند. نزدیک به ۱ میلیـــون و ۶۵۰ هزار آموزگار و کارمند در نظام دولتی آموزش و پرورش مشـــغول فعالیت‌اند. برنامه ارتقای سلامت کارکنان مدارس مشتمل بر ارزیابی سطح سلامت کارمندان، آموزش سلامت، ترویج فعالیت‌های ورزشی و تناسب اندام و مفاد دیگری اســـت که به حفظ و ارتقای ســـطح سلامت تمام کارکنان مدارس منجر می‌شود. چنین برنامه‌هایی به تشویق و ترغیب افراد برای پیروی از سبک زندگی سالم می‌پردازند و بستر لازم برای بهبود روحیه و ارتقای سطح سلامت افراد را فراهم می‌آورند.

برنامـــه ارتقای ســـلامت کارمندان می‌تواند به افزایـــش بازدهی، کاهش میزان غیبت از کار و کاهش هزینه‌های درمانی منجر شـــود. به همین دلایل، اجرای چنین برنامه‌هایی، ســـودمند و ضروری به نظر می‌رسد. باید فرصت‌های برابر و بهینه‌ای برای ترویج تندرستی و حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و عاطفی کارمندان تامین شود. ارتقای سلامت مستلزم برنامه‌های آموزش سلامت است. ســـایر فعالیت‌هایی که ممکن است ارائه شـــوند، عبارتند از: کلاس‌های تناسب اندام، ارزیابی سطح ســـلامت جسمانی، ارزیابی وزن و تناسب اندام، غربالگری سلامت برای تشـــخیص زودهنگام بیماری‌ها (مثلا غربالگری میزان فشارخون و ســـطح کلســـترول خون)، دوره‌های آموزشـــی برای ترک سیگار، کلاس‌های تغذیه و آشـــپزی سالم، گروه‌های ورزشی (مانند پیاده‌روی)، آموزش شیوه‌های حـــل مســـاله، برنامه‌ریزی مالی و حمایـــت همه‌جانبه گروه‌های پشـــتیبان در موقعیت‌های دشوار زندگی.

کارمنـــدان (هم در مدرســـه، هم در اجتمـــاع) می‌توانند با به‌اشـــتراک‌گذاری مهارت‌هـــا و نوآوری‌هـــای خـــود، در ارتقای ســـطح آموزش ســـلامت اثرگذار

باشـــند. به عنوان مثال، مربیان تربیت بدنی می‌توانند در برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های تناســـب اندام موثر باشند. کارمندان ارائه دهنده خدمات تغذیه‌ای در مدارس می‌توانند به آموزش دســـتور تهیه غذاهای سالم بپردازند. مشاوران و روانشناســـان مدارس می‌توانند مدیریت اســـترس را آموزش دهند و به حل مسایل کارمندان مدارس کمک کنند. کارکنان خدمات درمانی مانند پرستاران می‌توانند به معاینه‌های طبی و ارائه راهکارهایی برای ایمن‌ســـازی و پیشگیری از ابتلا به آنفلونزا و سایر بیماری‌های واگیر بپردازند. مراکز بهداشت عمومی و متخصصان بهداشت و درمان نیز تقریبا همیشه حاضر به ارائه خدماتی هستند که به حفظ و ارتقای سلامت کارکنان مدارس می‌انجامد.

مشارکت خانواده و اجتماع

مشـــارکت خانواده و اجتماع، تعامل پویایی اســـت که در آن، مدارس، والدین، ســـازمان‌ها، گروه‌هـــای اجتماعی و مشـــاغل تجاری برای شناســـایی نیازهای بهداشـــتی کودکان و خانواده‌ها با یکدیگر همکاری می‌کنند. مشاوران سلامت مدرســـه باید برای پشـــتیبانی از بسط ســـلامت در مدارس، فعالانه در ارتقای سطح برنامه‌های بهداشتی آموزش و پرورش بکوشند و مدارس نیز باید مشوقی برای متعهد شدن و مشارکت والدین و سازمان‌های خدمات اجتماعی در تامین نیازهای بهداشتی دانش‌آموزان تدارک ببینند.

راه‌های متعددی برای جلب مشـــارکت انجمن‌هـــا و خانواده‌ها در فعالیت‌های بهداشـــتی مـــدارس وجود دارد. به عنـــوان مثال، معلمـــان می‌توانند اطلاعات بهداشـــتی را علاوه بر تعلیم به دانش‌آموزان، برای خانواده‌ها هم ارســـال کنند؛ خانواده‌ها و اجتماعات مختلف می‌توانند نمایشگاه‌هایی در حوزه سلامت برگزار کنند؛ مســـوولان مدارس می‌توانند خانواده‌ها و انجمن‌ها را برای مشـــارکت در پروژه‌هـــای حفاظت از محیط زیســـت (مثلا بازیافت زباله‌ها و الگوی اســـتفاده از دوچرخه) تشـــویق و ترغیب کنند؛ کارکنان مـــدارس می‌توانند از والدین و اجتماعـــات علاقه‌مند بـــرای حضور در برنامه‌های ورزشـــی و کلاس‌های ترک اعتیـــاد، دعوت بـــه عمل آورنـــد؛ ارائه‌دهندگان خدمات تغذیـــه‌ای در مدارس

می‌توانند اطلاعاتی درباره‌ی تغذیه سالم در مدرسه و دستور تهیه میان‌وعده‌های سالم به خانواده‌ها ارائه دهند؛ مسوولان مدارس می‌توانند امکانات و تسهیلاتی برای حضور خانواده‌ها در فعالیت‌های مرتبط با تناسب اندام تدارک ببینند؛ مشاوران و روان‌شناسان مدرسه می‌توانند خانواده‌هایی را که در مواجهه با مشکلات عاطفی و اجتماعی نیازمند مشاوره‌اند، شناسایی و خدمات مطلوبی به آنها ارائه کنند. برنامه‌های آموزش سلامت که در کلاس‌های درس به همراه فعالیت‌های مضاعف برای درگیر کردن هرچه بیشتر والدین و سازمان‌های اجتماعی تدریس می‌شوند، به دانش‌آموزان کمک می‌کنند مسوولیت‌پذیری در قبال سلامت خود را تمرین کنند (گایگر، فالمور و ورنر، ۲۰۱۰).

آموزش جامع سلامت در مدارس

مجموعه حاضر برای تاکید بر یکی از مولفه‌های مهم برنامه هماهنگ آموزش سلامت در مدارس طراحی شده است؛ آموزش جامع سلامت در مدارس. برنامه‌های آموزشی این طرح درسی برای ۱۲ سال تحصیلی متوالی و به منظور آگاهی‌بخشی و مهارت‌آموزی به دانش‌آموزان طراحی شده‌اند؛ مهارت‌هایی که می‌توانند به ارتقای سطح سواد سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش رفتارهای پرخطر و ناسالم منجر شوند. آموزه‌های این برنامه درسی می‌تواند به شناسایی ابعاد جسمی، ذهنی، روانی، عاطفی، خانوادگی و اجتماعی سلامت کمک کند. در ادامه با «چتر میکزهیت برای آموزش جامع سلامت» آشنا خواهید شد.

چتر میکزهیت برای آموزش جامع سلامت

چتر میکزهیت در باب آموزش جامع سلامت، به شرح برنامه آموزشی خاصی می‌پردازد که قادر است از جوانان در برابر ۶ گروه از رفتارهای پرخطر (که سازمان کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها درباره آنها هشدار داده) محافظت کند. هدف این برنامه، تشریح مفهوم سلامت، تجزیه‌وتحلیل تاثیر هر رفتار بر سلامت، تامین و ایجاد دسترسی به اطلاعات بهداشتی معتبر، ارائه کالاها


چتر جامع
آموزش سلامت در مدارس
رفتارهای پرخطر جنسی
الگوهای تغذیه ای نامناسب و بیماری زا
کم تحرکی
استعمال دخانیات
مصرف الکل و مواد مخدر
آسیب های عمدی و غیرعمدی
سواد سلامت
استانداردهای ملی آموزش سلامت
شاخص های عملکرد

و خدمـات مطلـوب بهداشـتی و درمانی، اسـتفاده از مهارت‌هـای ارتباطی، به‌کارگیـری مهارت‌های مقاومتی، مهارت حل مسـاله، مهـارت تصمیم‌گیری مسـوولانه، مدیریت استرس، تمرین رفتارهای سـالم و ارتقای سطح سلامت است.

هـدف چتر میکزهیت در آموزش جامع سـلامت، محافظت از جوانان در برابر قطـرات باران (۶ گـروه از رفتارهای پرخطری که توسـط سـازمان کنترل و پیشـگیری از بیماری‌ها معرفی شده) اسـت. اگر جوانان در برابر قطرات باران (۶ گروه رفتار پرخطر) حفاظت نشـوند، در واقع، زیـر قطرات باران [خطرات سـلامت] به شـدت خیس خواهند شـد. ۶ گروه رفتار پرخطـری که جوانان نیازمند محافظت از خود در برابر آنها هستند، عبارتند از:

۱. رفتارهایی که منجر به بروز آسیب‌های عمدی و غیرعمدی می‌شود؛
۲. استعمال دخانیات؛
۳. مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر؛
۴. رفتارهـای پرخطر جنسـی که منجر به بارداری ناخواسـته، ایدز و سـایر بیماری‌های قابل انتقال از طریق تماس جنسی می‌شود؛
۵. الگوهای تغذیه‌ای ناسالم که پیروی از آنها به بیماری می‌انجامد؛ و
۶. کم‌تحرکی.

چتـر میکزهیت نشـان می‌دهد که یک برنامه آموزشـی کارآمـد باید به چه شـیوه‌ای طراحی شـود. در قسـمت بالایی چتر، ۳ مولفه مهم برنامه درسـی جامع آموزش سلامت به چشم می‌خورد: سواد سلامت، معیارهای ملی آموزش سلامت و شاخص‌های عملکردی. این ۳ مولفه به صورت زیر تعریف می‌شوند:

• **سـواد سـلامت** دربرگیرنـده تفکر انتقادی، توان حل مسـاله، شـهروندی مسـوولیت‌پذیر و موثـر، خوداتکایی و ارتباط موثر اسـت. جوانانی که سـواد

سلامت قابل‌قبولی دارند، در واقع، واجد مهارت‌هایی هستند که از آنها در برابر ۶ گروه رفتار پرخطر محافظت می‌کند.

• **معیارهای ملی آموزش سلامت** بر مسایلی تاکید می‌کند که آگاهی از آنها برای دانش‌آموزان ضرورت دارد و آگاهی از شیوه مطلوب مواجهه با آنها نیز لازم و ضروری است. این معیارها بر برنامه‌های علمی روزآمد برای تصمیم‌گیری‌های صحیح و سالم تاکید دارند. بر مبنای این معیارها، دانش‌آموزان باید به توانمندی مطلوبی در موارد زیر دست یابند:

۱. درک مفاهیم مربوط به ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها برای بهبود وضعیت سلامت جامعه؛
۲. تجزیه و تحلیل تاثیر خانواده، مدرسه، فرهنگ، رسانه، فناوری و عوامل دیگر بر سلامت؛
۳. دستیابی به اطلاعات بهداشتی معتبر و کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب برای ارتقای سلامت؛
۴. مهارت ارتباط بین‌فردی برای ارتقای سلامت و کاهش خطرهای بهداشتی؛
۵. مهارت تصمیم‌گیری مسوولانه برای حفظ و ارتقای سلامت؛
۶. مهارت تعیین اهداف سلامت؛
۷. پرداختن به رفتارهای سالم و پرهیز از رفتارهای ناسالم و پرخطر؛ و
۸. اثبات توانایی برای حمایت از سلامت خود، خانواده و جامعه.

شاخص‌های عملکردی به مجموعه‌ای از مفاهیم و مهارت‌های خاص اطلاق می‌شود که دانش‌آموزان باید در راستای معیارهای ملی آموزش سلامت از آنها آگاه باشند. هر معیار، چندین شاخص عملکردی مختص خود دارد که مشخص می‌کند دانش‌آموزان باید چه مواردی را بدانند و از عهده چه کارهایی برآیند. جوانان نیازمند یک برنامه آموزشی مناسب هستند که به آنها برای کسب مهارت در خصوص شاخص‌های عملکردی در سنین مختلف کمک کند. چتر میکزهیت برای آموزش جامع سلامت در مدارس، مشتمل بر ۱۰بخش

است و در هر بخش، آموزه‌هایی به جوانانی که نیازمند کسب اطلاعات بهداشتی و فراگیری و به‌کارگیری مهارت‌های زندگی هستند، ارائه می‌شود. **سواد سلامت** به معنای اطلاعاتی است که برای حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش رفتارهای پرخطر مورد نیاز است. این اطلاعات بهداشتی، در واقع، وسیله‌ای برای دستیابی به همان شاخص‌های عملکردی است که بر مبنای معیارهای ملی آموزش سلامت طراحی و تدوین شده‌اند. هر یک از ۶ گروه رفتار پرخطری که به آنها اشاره شد، شامل یک یا چند سطح از این سطوح محتوایی است. بنابراین برخورداری از سواد سلامت برای [رهایی از] این ۶ گروه رفتار پرخطر مورد نیاز است. با این حال، دانش‌آموزان فقط با دستیابی به چنین دانشی از محافظت کافی برخوردار نخواهند شد. مهارت زندگی به معنای توانمندی‌های خاصی است که قادرند به حفظ و ارتقای سلامت کمک کنند. دانش‌آموزانی که از سواد سلامت کافی برخوردار باشند، در به‌کارگیری مهارت‌های زندگی توانمندترند و در نتیجه، توانایی بیشتری برای دستیابی به اهداف سلامت و مبادرت به رفتارهای سالم دارند. ۱۰ حوزه محتوایی که دانش‌آموزان باید در آن حوزه‌ها به دنبال سواد سلامت و تسلط بر مهارت‌های زندگی باشند، از این قرار است:

۱. **سلامت عاطفی و روانی** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: کسب خصایل مطلوب شخصیتی، تعاملی که بتواند به ایجاد محیط مثبت عاطفی و اجتماعی منجر شود، انتخاب رفتارهای همسو با سلامت ذهنی، ابراز احساسات به شیوه سالم، به‌کارگیری مهارت‌های مدیریت استرس، درخواست همدلی در مواقع غمگینی و افسردگی، دوری از فکر خودکشی در مواقع بحرانی، مواجهه با غم و اندوه حاصل از فقدان عزیزان و انعطاف‌پذیر بودن در شرایط دشوار و گوناگون؛
۲. **سلامت اجتماعی و خانوادگی** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: حفظ و بسط روابط سالم، تلاش برای بهبود روابط خانوادگی، ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب در خود و خانواده، گسترش روابط دوستانه، مهارت ارتباط

با جنس مخالف، پرهیز از روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده، آگاهی از عوامل مخرب یک رابطه سالم، کسب مهارت‌های لازم برای ازدواج و تشکیل خانواده، کسب مهارت‌های فرزندپروری و پرهیز از ازدواج در دوران نوجوانی؛

۳. **رشد و تکامل** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: حفظ سلامت جسمی، آگاهی از عوامل موثر بر سلامت باروری، کسب اطلاعات لازم در زمینه بارداری و زایمان، کسب اطلاعات لازم در زمینه رشد و تکامل کودک، کسب اطلاعات لازم در زمینه مراقبت‌های ویژه از نوزادان و کودکان، شناخت و انجام وظایف مربوط به رشد نوجوانان، عادت به رفتارهای سالمی که منجر به سلامت در دوران سالمندی می‌شود و درد دل کردن با یکی از اعضای خانواده درباره احساس مرگ؛

۴. **تغذیه** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: انتخاب مواد غذایی سالمی که ارزش غذایی دارند، ارزیابی برچسب‌های مواد غذایی، مصرف منظم و متعادل وعده‌ها و میان‌وعده‌های غذایی توصیه‌شده توسط متخصصان تغذیه، پیروی از دستورالعمل‌های تغذیه سالم، پیروی از رژیم غذایی سالمی که احتمال بروز بیماری‌ها را کاهش دهد، پیشگیری از بیماری‌های غذایی و تغذیه‌ای، حفظ وزن مطلوب و کسب مهارت‌های لازم برای پیشگیری از ابتلا به مشکلات گوارشی؛

۵. **تربیت بدنی و سلامت فردی** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: معاینه‌های منظم سالیانه، رعایت برنامه‌های بهداشت دهان و دندان، مراقبت از سلامت جسم و روح، خواب و استراحت منظم و کافی، شرکت منظم و مداوم در فعالیت‌های بدنی و ورزشی، پرداختن به ورزش برای کسب تناسب اندام، حفظ تناسب اندام برای حفظ سلامت، شرکت در فعالیت‌های ورزشی حرفه‌ای و پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با فعالیت‌های ورزشی؛

۶. **الکل، دخانیات و سایر مواد مخدر** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: مصرف ایمن داروها (با تجویز پزشک)، خودداری از مصرف الکل،

پرهیز از قلیان و سایر مواد دخانی و مخدر، به‌کاربستن مهارت‌های مقاومتی در مواجهه با انواع مواد دخانی و مخدر، انتخاب زندگی عاری از الکل و مواد دخانی و مخدر برای کاهش احتمال انواع خشونت و تصادف، انتخاب زندگی عاری از الکل و مواد دخانی و مخدر برای کاهش خطر ابتلا به ایدز و بارداری ناخواسته و آگاهی از منابع درمانی در مواقع سوءمصرف مواد مخدر؛

۷. **بیماری‌های مسری و مزمن** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: انتخاب رفتارهای سالم برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های واگیر، آگاهی از شیوه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌ها، انتخاب رفتارهای سالم برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های تنفسی، شناخت شیوه‌های کنترل آلرژی و تنگی‌نفس، انتخاب رفتارهای سالم برای کاهش خطر ابتلا به ایدز و سایر بیماری‌های مقاربتی، انتخاب رفتارهای سالم برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت، شناخت شیوه‌های کنترل بیماری‌ها و انتخاب رفتارهای سالم برای کاهش خطر ابتلا به انواع سرطان.

۸. **سلامت جامعه و مصرف‌کنندگان کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: کسب اطلاعات قانونی لازم برای محافظت از سلامت، آگاهی از قوانین موجود به عنوان یک مصرف‌کننده، اقدام عملی در صورت عدم رعایت حقوق مصرف‌کننده، طراحی برنامه‌هایی برای مدیریت هزینه و زمان، انتخاب تفریحات سالم، تجزیه و تحلیل پیام‌هایی که ممکن است از طریق فناوری بر وضعیت سلامت تاثیر بگذارند، انتخاب مسوولانه خدمات و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، ارزیابی راه‌های پرداخت هزینه خدمات درمانی، تحقیق در زمینه مشاغل مرتبط با بهداشت و درمان و تحقیق در زمینه نیازهای عمومی و بین‌المللی حوزه سلامت؛

۹. **بهداشت محیط زیست** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز است: اطلاع از موضوعات مرتبط با محیط زیست، آگاهی از سازمان‌های مرتبط و ابتکارات جهانی برای حفاظت از محیط زیست، کمک به حفظ و نگهداری

هوای پاک و آب آشـامیدنی سـالم و پیشـگیری از ایجاد آلودگی صوتی، کمک به زیباسـازی محیط زیسـت، صرفه‌جویی در مصرف انرژی و منابع طبیعی، اسـتفاده از وسـایل قابل بازیافت، بازیافت زباله‌ها، دفع زباله‌ها به روش صحیح، حفاظت از محیط زیست و طبیعت و تلاش برای برخورداری از محیط زیست سالم؛ و

۱۰. **اصول ایمنی و پیشگیری از آسیب‌ها** که عمدتا بر این موضوعات متمرکز اسـت: رعایت اصول ایمنی استفاده از وسـایل نقلیه برای کاهش خطرات و صدمات غیرعمدی، رعایت توصیه‌های ایمنی در شـرایط جوی نامساعد و ناپایدار، کسـب اطلاعات لازم برای کاهش آسـیب‌های ناشـی از بلایای طبیعـی، تمرین مولفه‌های حفاظتی برای کاهش خطر خشـونت، احترام به تصمیم مسـوولان و پیـروی از قوانین، پرهیز از درگیری‌های فیزیکی و لفظی و خشونت‌های جنسی، دوری گزیدن از باندهای بزهکار، عدم حمل اسلحه و کسب مهارت‌های لازم در زمینه کمک‌های اولیه.

دانش‌آموزانی که برنامه درسی آموزش جامع سلامت در مدارس را می‌گذرانند، معمولا مشتاق و علاقه‌مند، پرانرژی و بانشاط، توانمند و دارای اعتماد به نفس هستند. آنها از رفتارهای پرخطر دوری می‌کنند؛ چرا که مهارت‌های لازم برای حفظ و ارتقای سلامت خود و دیگران را آموخته‌اند. این مهارت‌ها، دانش‌آموزان را در انجام مولفه‌های زیر توانمند می‌سازد:

- معیار اول آموزش سلامت: شناخت مولفه‌های سلامت
- معیار دوم آموزش سلامت: تجزیه و تحلیل عوامل موثر بر سلامت
- معیار سوم آموزش سلامت: دسترسی به منابع بهداشتی معتبر و محصولات و خدمات بهداشتی و درمانی
- معیار چهارم (الف) آموزش سلامت: به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی
- معیار چهارم (ب) آموزش سلامت: به‌کارگیری مهارت‌های مقاومتی
- معیار چهارم (ج) آموزش سلامت: استفاده از مهارت‌های حل مساله

- معیار پنجم آموزش سلامت: اتخاذ تصمیم‌های مسوولانه
- معیار ششم آموزش سلامت: بررسی اهداف سلامت
- معیار هفتم (الف) آموزش سلامت: تمرین رفتارهای سالم
- معیار هفتم (ب) آموزش سلامت: مدیریت استرس
- معیار هشتم آموزش سلامت: حمایت از سلامت
- معیار اول تا هشتم آموزش سلامت: کسب خصایل مطلوب شخصیتی

اجرای برنامه درسی آموزش جامع سلامت در مدارس

پیمایش سیاست‌گذاری سلامت مدارس و مطالعات راهبردی (SHPPS)[1]، عمده مطالبی را که در برنامه درسی آموزش سلامت در مدرسه تدریس می‌شوند، مربوط به این زمینه‌ها می‌داند: پیشگیری از مصرف الکل و مواد مخدر، پیشگیری از ابتلا به ایدز، پیشگیری از مصرف دخانیات، کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، تغذیه و غذای سالم، پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، رشد و تکامل انسان، جنسیت، بهداشت فردی، فعالیت بدنی و تناسب اندام.
اجرای برنامه درسی آموزش جامع سلامت در مدارس مستلزم مشارکت معلمان مجرب و دوره‌دیده، برنامه‌ریزی‌های دقیق، توجه به نیازهای متعدد و متنوع دانش‌آموزان، ادغام مفهوم سلامت در زمینه‌های کاربردی زندگی و استفاده از برنامه‌های آموزشی خاص و موثر بهداشتی و درمانی است.

حمایت از معلمان باصلاحیت

آموزش سلامت در شرایطی به بهترین شکل ارائه می‌شود که آموزگارانی مجرب، باصلاحیت و دوره‌دیده در زمینه مهارت‌های زندگی آن را تدریس کنند. معیارهایی که برای آماده‌سازی پیش از خدمت آموزگاران سلامت و صدور مجوز برای تدریس آنان مورد نیاز است، غالبا طی تعاملات وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت طراحی و تدوین می‌شود.

1) School Health Policy and Program Survey

با این حال، هنوز بسیاری از مربیان بهداشت و آموزگاران سلامت، به ویژه معلمان و مربیان مقطع دبستان، دوره‌های آمادگی پیش از خدمت را در دوره‌های آموزشی خود نگذرانده‌اند. در نتیجه، مراکز آموزشی باید فرصت مناسبی برای شرکت آنها در برنامه‌های آموزشی پیش از خدمت فراهم آورند. برنامه‌های آموزشی پیش از خدمت و ضمن خدمت می‌تواند به آموزگاران فعال و مربیان آینده‌نگر کمک کند با روش‌های آموزشی روزآمد و کارآمد آشنا شوند و مهارت‌های آموزشی خود را ارتقا دهند.

انتخاب برنامه‌های آموزشی و ارزیابی استاندارد

برنامه‌های آموزش سلامت باید برای افزایش اثربخشی، به طور مداوم، مورد ارزیابی قرار بگیرند و به‌روز شوند (فرتمن و آلنزورث، ۲۰۱۰). سرفصل‌های آموزشی باید با معیارهای ملی آموزش سلامت هم‌سو باشد. این معیارها چارچوبی را برای تعیین مفاد آموزشی، راهبردها، فعالیت‌ها و شیوه‌های ارزیابی برنامه درسی آموزش جامع سلامت فراهم می‌سازد. مفاد آموزشی، فعالیت‌ها و شیوه‌های ارزیابی ویژه‌ای برای هر مقطع تحصیلی طراحی شده است. تاکید برنامه درسی آموزش جامع سلامت بر توسعه مهارت‌هایی است که به ارتقای سواد سلامت می‌انجامد؛ تا از این رهگذر، آموزش سلامت بتواند سبب پیشرفت تحصیلی و حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان شود.

یکی از وظایف اصلی برنامه درسی آموزش جامع سلامت، تشخیص میزان موفقیت دانش‌آموزان در فراگیری مفاهیم سلامت و تسلط بر مهارت‌های زندگی است. برنامه‌های آموزشی که بر مبنای معیارهای ملی آموزش سلامت طراحی شده‌اند، دارای متدهای ارزیابی ویژه‌ای هستند که تعیین می‌کند آیا معیارهای مورد نظر در برنامه‌ها لحاظ شده یا نه. رعایت معیارهای ملی آموزش سلامت می‌تواند در بهبود عملکرد دانش‌آموزان در حوزه‌های مورد نظر نقش داشته باشد. توجه به شاخص‌های عملکردی نیز می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌ها در ۶ گروه رفتار پرخطری شود که توسط سازمان کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها به عنوان مهم‌ترین علل بیماری‌ها و مرگ‌ومیر معرفی

شده‌اند. امروزه ارزیابی دانش و مهارت دانش‌آموزان در حوزه سلامت نیز مانند سایر ارزیابی‌های تحصیلی نظیر ریاضی و دروس دیگر مد نظر قرار می‌گیرد.

توجه به نیازهای مخاطبان خاص

آموزش سلامت به رشد فرهنگی مدارس منجر می‌شود و با تشویق و ترغیب دانش‌آموزان، به آنها کمک می‌کند همیشه بهترین انتخاب‌ها را داشته باشند. آموزگاران سلامت و مربیان بهداشت و برنامه‌های آموزش سلامت باید نیازهای مخاطبان خاص (دانش‌آموزان دوزبانه، معلول، ناتوان و یا دانش‌آموزان نابغه) و حمایت ویژه از آنها را نیز در نظر داشته باشند. برای تامین نیازهای این دانش‌آموزان، ایجاد تغییراتی در مفاد آموزشی، زمان و زبان آموزش و شیوه ارزیابی ضروری به نظر می‌رسد.

ادغام مفاهیم سلامت با آموزه‌های دیگر

آموزش سلامت باید تلاش کند به طور موثر و کارآمدی با سایر مباحثی که در مدارس تدریس می‌شوند، ادغام شود. ادغام آموزش سلامت با آموزه‌های سایر دروس می‌تواند اقدامی برای تکمیل و تکامل برنامه‌های آموزشی باشد. بازه زمانی آموزش سلامت باید تقریباً برابر با دیگر واحدهای درسی مانند ریاضی، علوم، هنر، زبان و تربیت بدنی باشد.

به‌کارگیری معیارهای آموزش موثر سلامت

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها پس از مشاوره با متخصصان آموزش سلامت، معیارهای زیر را برای برنامه درسی آموزش سلامت پیشنهاد کرده است:

- بر اهداف سلامت روشن و رفتارمحور متمرکز باشد؛
- مبتنی بر تحقیق و پژوهش باشد؛
- ارزش‌های فردی و هنجارهای گروهی را مد نظر قرار دهد و از رفتارهای

سالم حمایت کند؛
- بـر درک افراد از خطرها و ضررهای رفتـار پرخطر تاکید کند و به تقویت عوامل محافظت‌کننده بپردازد؛
- بر توسـعه دانـش عملیاتی سـلامت که می‌توانـد به افزایـش رفتارها و تصمیم‌های سالم بینجامد، تاکید کند؛
- از راهکارهای موثری برای تعامل با دانش‌آموزان و دسترسـی به اطلاعات شخصیتی آنها استفاده نماید؛
- اطلاعات لازم را متناسب با سن و میزان فراگیری دانش‌آموزان و با متدهای آموزشی مطلوب ارائه دهد؛
- مفاد و متدهای آموزشی را با رعایت معیارهای فرهنگی پیشنهاد کند؛
- زمان کافی و مناسبی برای یادگیری و آموزش در نظر گیرد؛
- فرصت کافی برای کسب و تقویت مهارت‌ها و رفتارهای سالم تامین نماید؛
- فرصت کافی برای ایجاد مهارت‌های ارتباطی مد نظر قرار دهد؛ و
- بـه اطلاعات آموزگاران و برنامه‌ریزی برای آموزش حرفه‌ای و تخصصی که سـبب افزایش بازده تدریس معلمان و تعلیم دانش‌آموزان می‌شـود، توجه کند.

فصل دوم

[تامین] خدمات بهداشتی و محیط سالم در مدرسه

حفظ و ارتقای سلامت و ایمنی

معلمان و سایر کارکنان مدارس از پتانسیل فوق‌العاده‌ای برای تأثیرگذاری بر دانش‌آموزان برخوردارند. معلمان می‌توانند نقش پررنگی در حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان داشته باشند. این امر با دسترسی آنها به منابع، کارشناسان و خدمات بهداشتی و درمانی تسهیل می‌شود. به کمک چنین منابعی می‌توان به کنترل و پیشگیری از بیماری‌های واگیر کمک کرد و امکانات آموزشی لازم برای حفظ و ارتقای سلامت فردی و اجتماعی را تامین نمود. یکی از منابع سودمندی که در ضمیمه این کتاب خواهید دید، «دایره‌المعارف معلمان؛ پاسخی به پرسش‌های بهداشتی دانش‌آموزان» است که اطلاعات ویژه‌ای درباره مسایل مرتبط با سلامت کودکان و نوجوانان در اختیارتان می‌گذارد.

خدمات بهداشتی مدارس

«خدمات بهداشتی مدارس» طراحی شده است تا به ارزیابی وضعیت، حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان و کارکنان مدارس بپردازد. ارائه این خدمات مستلزم همکاری معلمان، پزشکان، پرستاران، مربیان ورزشی، فیزیوتراپیست‌ها، گفتاردرمانگران، متخصصان بینایی‌سنجی و شنوایی‌سنجی، مددکاران اجتماعی و سایر کارشناسان و درمانگران است. دانش‌آموزان معمولا اولین افرادی هستند که برای ارزیابی سطح سلامت (مثلا برای سنجش شنوایی، بینایی و توان حرکتی) به بخش «خدمات بهداشتی مدارس» معرفی می‌شوند. در

چنین شـرایطی، در صورت شک یا یقین به یک مشکل بهداشتی، دانش‌آموز و خانواده‌اش باید برای بررسـی بیشتر به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه کنند یـا از طریق کارکنان مدرسـه (معلمان، مربیان بهداشـت، مربیان تربیت بدنی، مدیران یا مسـؤولان مدرسـه) به مراکز درمانی مناسـب معرفی شوند. سیستم ارجاع دانش‌آموز و خانواده‌اش به مراکز بهداشـتی و درمانی، عنصری کلیدی در «خدمات بهداشـتی مدارس» محسوب می‌شـود. همکاری و همفکری معلمان، کارمندان مدارس، مدیران و مسؤولان مدرسه با والدین درباره نیازهای بهداشتی دانش‌آمـوزان اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. پیگیـری دقیق بیمار نیز حائز اهمیت است. این پیگیری باید تا کسب اطمینان از ارائه خدمات درمانی مورد نیاز و ثبت آن در پرونده سلامت دانش‌آموز ادامه یابد. متاسفانه بسیاری از مدارس از بودجه و پرسنل کافی برای ارائه تمام این خدمات برخوردار نیستند. وابستگی روزافزون مدارس به منابع بیرونی، شاهدی بر این مدعاست.

تامین‌کنندگان خدمات بهداشتی مدارس

همانطور که اشـاره شد، خدمات بهداشـتی مدارس توسط جمعی از کارمندان مدارس ارائه می‌شود و به محدوده خدمات، بودجه موجود، نیازهای دانش‌آموزان و اولویت‌بندی مسـوولان مدرسـه بسـتگی دارد. در این بخش به بررسی نقش معلمان و مربیان بهداشت مدارس در تامین خدمات بهداشتی مطلوب می‌پردازیم.

معلمان

در حوزه سـلامت، نقش اصلی در آموزش به دانش‌آموزان و خانواده‌هایشـان بر عهده معلمان اسـت. آنها در مدرسه تماس مستقیم و مستمری با دانش‌آموزان دارنـد و به همین دلیل، می‌توانند وضعیت و عملکـرد روزانه دانش‌آموزان را به خوبی رصد کنند. آنها بهتر از دیگران می‌توانند نیازهای دانش‌آموزان را تشخیص دهند و مقام و موقعیت‌شـان نیز این اجازه را به آنها می‌دهد که در مواقع لزوم، دانش‌آموز خود را برای کسـب مشاوره و حل مشـکل به مراکز یا افراد مناسب معرفی کنند. البته وظیفه یک معلم، تشـخیص بیمـاری دانش‌آموز و درمان او

نیست ولی حمایت سریع و صحیح از دانش‌آموز، وظیفه اوست.
معلمان می‌توانند تغییرهای ظاهـری، رفتاری و عاطفی دانش‌آموزان خود را به وضوح مشـاهده کنند. آنها باید هر گونه وضعیت غیرطبیعی دانش‌آموز خود را به مدیر مدرسـه، مشاور یا مربی بهداشت اطلاع دهند تا او به مرکز بهداشتی یا درمانی مناسب ارجاع شود. اما این ارجاع به معنای پایان مسؤولیت نیست. اینکه وضعیت دانش‌آموز تا آخرین مرحله پیگیری شـود و از طی تمام مراحل ارزیابی اطمینان به عمل آید، ضرورت دارد. معلمان و مربیان بهداشت می‌توانند در حل و فصل بیشتر مشکلات بهداشتی دانش‌آموزان، نقش پررنگی ایفا کنند.

مربیان بهداشت

مربیان بهداشـت (آنجا که حضور دارند) خشـت اول ارائه خدمات بهداشتی در مدارس محسـوب می‌شـوند. آنها نقش مهمی در هماهنگ‌سـازی برنامه‌های آموزش سلامت در مدارس ایفا می‌کنند (بورد و همکاران، ۲۰۱۱). آنها به سلامت تمام دانش‌آموزان و پرسـنل مدرسه توجه می‌کنند و به این ترتیب، در حفظ و ارتقای سلامت مدرسه نقش مهمی دارند. وظایف متعددی بر عهده آنهاست. آنها خدمات درمانی و بهداشتی مدارس را ارائه می‌کنند، آزمون‌های غربالگری را انجام می‌دهند و هماهنگی‌های لازم برای ارجاع موارد مشـکوک به مراکز بهداشتی و درمانـی را صورت می‌دهند (بورد و همکاران، ۲۰۱۱). به بیان دیگر، گاهی یک مربی بهداشت، به‌طور همزمان، هم نقش ارائه‌دهنده خدمات را ایفا می‌کند، هم نقش معلم، هم نقش درمانگر و هم نقش مدیر مدرسه. کارمندان مدارس معمولا از مربیان بهداشت به عنوان عاملی اساسی در حذف موانع یادگیری دانش‌آموزان و حفظ و ارتقای سلامت مدرسه یاد می‌کنند (بایسک، لاندن و مورفی، ۲۰۱۱).
مربیان بهداشـت فرصت‌های بسـیاری برای ارتقای سـطح آموزش سلامت در مدارس دارند. به عنوان مثال، آنها می‌توانند آموزه‌های سلامت را به دانش‌آموزان تعلیـم دهند؛ برنامه‌هـای ضمن خدمت را بـه کارمندان مـدارس ارائه کنند؛ برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت کارمندان به اجرا درآورند؛ بازوی کمکی شورای آموزش سـلامت باشند؛ در انتخاب منابع آموزشـی در حوزه سلامت همفکری

کنند؛ مهارت‌های فرزندپروری را به والدین آموزش دهند و مشـــاور دانش‌آموزان در مسایل و مشکلات بهداشتی باشند. با این همه، در حال حاضر، بیشتر مربیان بهداشت به ارائه برخی برنامه‌های آماده‌سازی برای آموزش مهارت‌های بهداشتی بسنده می‌کنند.

در شرایط مطلوب، هر مدرسه‌ای باید حداقل یک مربی بهداشت داشته باشد. با این حال، به طور کلی، تعداد اندکی از مربیان بهداشت در مدارس به ارائه خدمات بهداشتی مشغول‌اند. هم اینک حدود ۱۱ هزار مربی بهداشت در مدارس ابتدایی کشور شاغل هستند و هنوز تا رسیدن به سطح مطلوب نیروی انسانی در زمینه سلامت مدارس راه درازی در پیش است.

انجمن ملی مربیان بهداشت (۲۰۱۰)، با توجه به نیازهای دانش‌آموزان و کمبود مربیان بهداشت، نســـبت «تعداد مربی بهداشت: تعداد دانش‌آموزان» را اینگونه پیشنهاد می‌کند:

۱:۷۵۰ برای جمعیت معمولی دانش‌آموزان؛

۱:۲۲۵ برای دانش‌آموزان نیازمند به مداخله‌های طبی و خدمات خاص روزانه؛

۱:۱۲۵ برای مدارسی که نیازهای بهداشتی پیچیده و متعدد دارند؛ و

۱:۱ برای دانش‌آموزانی که نیاز روزانه و مســـتمری به خدمات بهداشتی، درمانی و مشاوره‌ای دارند.

متاســـفانه، استانداردهای حضور مربیان بهداشت در ایران هنوز به درستی شکل نگرفته است. در مناطق کوچک، بیشتر مدارس با فقدان مربی بهداشت مواجه‌اند یا در بهترین حالت، فقط یک مربی بهداشـــت دارند. متاسفانه، وقتی مدرسه‌ای مربی بهداشت ندارد، معمولا معلمان یا سایر مسؤولان مدرسه بدون برخورداری از تخصص لازم به ایفای نقش مربیان بهداشـــت می‌پردازند و مســـوولیت درمان آســـیب‌های جزیی را خود به عهـــده می‌گیرند (انجمن ملی مربیان بهداشـــت، ۲۰۱۱). این در حالی است که بیشتر این مسؤولان از صلاحیت لازم برای ایفای چنین نقش خطیری بی‌بهره‌اند. ضرورت دارد که این پرســـنل کمکی بی‌مجوز، مهارت‌های آموزشی لازم را بیاموزد تا در ارائه خدمات مورد نیاز توانمند شود.

محرمانه بودن پرونده سلامت دانش‌آموزان

بسیاری از کارمندان مدارس به پرونده دانش‌آموزان دسترسی دارند. پرونده دانش‌آموزان حاوی اطلاعات شخصی آنهاست و تمام کارمندان مدارس (هم از منظر اخلاق، هم از منظر قانون) موظف‌اند از این اطلاعات - که وضعیت سلامت هر دانش‌آموز هم بخشی از این اطلاعات است- محافظت کنند.

این اطلاعات را می‌توان استثنائاً در اختیار فرد یا افرادی که در صورت اطلاع از محتویات پرونده، قادرند کمک‌های آموزشی یا درمانی چشمگیری به دانش‌آموز و خانواده‌اش ارائه کنند، قرار داد. مربیان بهداشت مدارس و دیگر مسؤولان مدرسه باید به خانواده‌ها اطمینان بدهند که محتویات پرونده پزشکی و آموزشی دانش‌آموزان را افشا نمی‌کنند، جز در مواردی که افشای پرونده نزد فرد یا افراد خاصی بتواند کمک چشمگیری برای دانش‌آموز به دنبال داشته باشد. ضمنا آن گروه از کارکنان مدارس که ارتباط خاصی با دانش‌آموزان ندارند، نباید به محتویات پرونده پزشکی آنها دسترسی داشته باشند. کارکنان مطلع از پرونده دانش‌آموزان نیز ملزم به استفاده بهینه از محتویات پرونده برای خدمت‌رسانی به دانش‌آموز، در مواقع لزوم، هستند.

اطلاعات آموزگاران درباره دانش‌آموزان خاص (دانش‌آموزانی که به واسطه بیماری‌های حاد یا مزمن خود احتیاج به مراقبت‌های ویژه دارند) نباید به نام بیماری یا چند تشخیص افتراقی محدود شود؛ بلکه آنها باید به خوبی بدانند بیماری دانش‌آموزشان چه علایم و نشانه‌هایی دارد، چه خطرهایی در کمین اوست و هنگام بروز یک مورد اورژانسی چگونه می‌توان به او کمک کرد. مدیران مدرسه باید نیازهای ایمنی و بهداشتی دانش‌آموزان را شناسایی کنند و با طراحی برنامه‌های مناسب، محیطی سالم و ایمن ایجاد کنند و آموزش کارکنان خود را در این زمینه جدی بگیرند. مدیران مدرسه باید درباره شیوه خدمت‌رسانی به دانش‌آموزان خاص هنگام وقوع موارد اورژانسی نیز آگاهی داشته باشند.

پزشک حق دارد دستورالعمل‌های درمانی را، علاوه بر دانش‌آموز و خانواده‌اش،

در اختیار مربی بهداشت یا مسوولان مدرسه نیز قرار دهد. تمام کارکنان مدارس باید از مقررات قانونی آگاهی داشته باشند و محتوای پرونده پزشکی دانش‌آموزان را محرمانـــه نگه دارند. حتی در مواردی که قانون به رعایت محرمانه بودن مفاد پرونده پزشـــکی تصریح نکرده و الزام قانونی روشـــنی وجود ندارد، مدارس باید تدبیری بیندیشـــند و تکلیف کارکنان خود را در چنین مواردی روشـــن نمایند. مسؤولان مدرسه ملزم به حفظ اطلاعات شخصی دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان هســـتند و در این زمینه باید همیشـــه مسؤولانه رفتار کنند. در هر مدرسه فقط افراد معدودی باید اجازه دسترســـی به پرونده پزشـــکی دانش‌آموزان را داشـــته باشند. از فایل‌های کامپیوتری مربوط به پرونده پزشکی دانش‌آموزان نیز باید به همین ترتیب محافظت به عمل آید.

مشارکت اجتماعی در خدمات بهداشتی مدارس

همکاری و تعامل با خانواده‌ها، سازمان‌های اجتماعی، صاحبان صنایع، سازمان‌های بهداشتی و مراکز درمانی، این توانمندی را به مدارس می‌دهد که ظرفیت خدمت‌رسانی خود را برای تامین نیازهای بهداشتی دانش‌آموزان ارتقا دهند (آلنزورث و همکاران، ۲۰۱۱). البته سطح این خدمت‌رسانی باید متناسب با نیازهای دانش‌آموزان، بافت اجتماعی و فرهنگی منطقه و منابع در دسترس هر مدرسه تعریف و تبیین شود اما حداقل نیازهایی که باید مدارس در صدد تامین آنها باشند، عبارتند از: تامین کمک‌های اولیه و ارائه درمان‌های اورژانسی، مراقبت از دانش‌آموزان مبتلا به بیماری‌های مزمنی که بیماری‌شان یادگیری آنها را مختل کرده، غربالگری‌های دوره‌ای بینایی‌سنجی و شنوایی‌سنجی، واکسیناسیون و ایمن‌سازی منظم، ارزیابی وضعیت سلامت و سوابق پزشکی دانش‌آموزان و ارجاع آنها به مراکز درمانی مناسب در مواقع لزوم.

ارتقای وضعیت آموزشی و بهداشتی دانش‌آموزان مستلزم مشارکت خانواده‌ها و اجتماعات گوناگون است. مدارسی که هدف‌شان ارائه خدمات کامل به دانش‌آموز است، باید موانع آموزشی را شناسایی و حذف کنند. آنها باید با جلب توجه خانواده‌ها و اجتماعات فعال به نیازهای بالفعل دانش‌آموزان خود، پلی بین مدرسه، خانواده‌ها و اجتماعات فعالی باشند که حاضر به سرمایه‌گذاری متقابل برای دستیابی به اهداف مشترک‌اند (واریاس، ۲۰۰۸). چنین مدارسی می‌توانند با مشارکت نهادهای اجتماعی، تمام نیازهای آموزشی، اجتماعی و بهداشتی دانش‌آموزان خود را تامین نمایند. هدف این مدارس، ارتقای کیفیت زندگی افراد و خانواده‌هاست و این کار را از طریق ارائه یکپارچه خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی و اجتماعی انجام می‌دهند. البته برنامه یکپارچه‌سازی خدمات ممکن است از جامعه‌ای تا جامعه دیگر، بر حسب نیازهای اجتماعی موجود، متغیر باشد. خدمات ویژه بهداشتی و درمانی در این مدارس می‌تواند مشتمل بر موارد متعددی باشد؛ مثلا ارائه مشاوره‌های ضروری، برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت روان، مقابله با مصرف مواد مخدر، مقابله با بارداری نوجوانان، پیشگیری از ترک تحصیل، ارائه خدمات درمانی، مراقبت از بهداشت دهان و دندان، مقابله

با سوءاستفاده از کودکان، پیشگیری از بزهکاری و رفتارهای ناسالم، برنامه‌های آموزش حل مساله، نظارت مستمر بر دانش‌آموزان و ارائه مراقبت‌های قبل و بعد از مدرسه، آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین و برنامه‌های ویژه برای کودکان و نوجوانان بی‌خانمان. از این خدمات ممکن است با نام‌ها و تعابیر مختلفی یاد شود؛ مثلا خدمات یکپارچه مراکز آموزشی، مراکز آموزشی با خدمات ویژه، مراکز ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی و اجتماعی، مراکز آموزشی برای ارائه خدمات به نوجوانان و خانواده‌ها.

جوی درایفوس (در سال ۲۰۰۸) از چنین مدرسه‌ای که بتواند این قبیل خدمات کامل را ارائه کند، با عنوان «خانه امید» یاد کرده و گفته است: «کالایی که این مدارس عرضه می‌کنند، «امید» است. آنها از تمام دست‌های یاری‌رسان استمداد و استفاده می‌کنند تا به هدف‌شان که ارتقای سطح آموزش و سلامت است، دست یابند. آنها به والدین کم‌درآمد می‌آموزند که چگونه به فرزندان خود کمک کنند تا عملکرد آموزشی و وضعیت سلامت بهتری داشته باشد. آنها شرایطی فراهم می‌آورند که دسترسی این قبیل خانواده‌ها به خدمات رفاهی ضروری تسهیل شود و حتی گاهی از طریق درآمدهای مالیاتی و مساعدت‌های شهروندی، بتوانند کار و بار کوچکی نیز برای خود دست و پا کنند. به این ترتیب، چنین مدرسه‌ای می‌تواند به یک قطب فعال برای ارتقای امنیت و ایجاد روابط سالم تبدیل شود. چنین مدرسه‌ای می‌تواند در کنار تلاش‌هایش برای ارتقای سطح آموزش و سلامت، گامی در راستای کاهش فقر نیز بردارد.»

مرکز بهداشتی مستقر در مدرسه

جوانان با موانع اقتصادی، حقوقی، خانوادگی و فرهنگی متعددی مواجه می‌شوند و گاهی همین موانع، دسترسی آنها به خدمات بهداشتی را محدود می‌کند. برخی مدارس برای کاهش این موانع و افزایش سطح دسترسی نوجوانان و جوانان محروم به مراقبت‌های بهداشتی، یک مرکز بهداشت مستقر در مدرسه را تاسیس کرده‌اند تا از این طریق بتوانند ضمن ارائه خدمات متنوع بهداشتی و درمانی،

امکان پیشرفت‌های تحصیلی را نیز تسهیل نمایند (بانیستر و کلتز،۲۰۱۱). چنین مرکزی قاعدتا باید در بخشی از مدرسه (مانند حیاط مدرسه) که دسترسی عمومی دارد، تاسیس شود تا دریافت خدمات اولیه بهداشتی و درمانی برای همه امکان‌پذیر باشد. بسیاری از کودکان و نوجوانانی که به این مراکز مراجعه می‌کنند، فاقد بیمه‌های خدمات درمانی و محتاج مراقبت‌های اولیه بهداشتی هستند. بیشتر مدارسی که از چنین مراکزی بهره‌مندند، پر از دانش‌آموزانی هستند که به اقلیت‌های قومی و نژادی تعلق دارند؛ اقلیت‌هایی که معمولا از مشکلات بیمه‌ای و محرومیت‌های دیگر در رنج‌اند و طبیعتا تمایل دارند از امکانات بیشتری بهره‌مند شوند (استروزر، جازاک و آمرمن، ۲۰۱۰). برای بسیاری از جوانان و نوجوانان شاید چنین مرکزی تنها کانون توجه به مشکلات جسمی و عاطفی‌شان باشد.

در حال حاضر، بیش از ۱۹۰۰ مرکز بهداشت مستقر در مدارس، در کل کشور، به فعالیت می‌پردازند و نزدیک به ۲ میلیون کودک و نوجوان از این خدمات بهره می‌برند (تاکر، ۲۰۱۱). معمولا از عدم دسترسی کودکان و نوجوانان به مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی به عنوان مهم‌ترین دلیل نیاز به تاسیس و تکثیر چنین مراکزی یاد می‌شود. اما می‌توان علل دیگری را نیز برشمرد؛ از جمله، افزایش بروز بیماری‌های نوظهور (مانند اچ‌آی‌وی/ایدز) و کاهش تعداد مربیان بهداشت. البته ضدیت‌هایی نیز با این مراکز وجود دارد؛ به ویژه در موضوع‌هایی مانند مراقبت‌های جنسی و بهداشت باروری و حقوق والدین. تحمیل هزینه‌های سنگین اقتصادی به مدارس نیز از دیگر دلایل برخی مخالفت‌ها با این مراکز است.

وجود یک مرکز بهداشت مستقر در مدرسه، ضمن ارائه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی، می‌تواند از غیبت دانش‌آموزان در مدرسه جلوگیری کند و حتی از غیبت والدین در محل کارشان [برای پیگیری امور درمانی فرزندشان] نیز پیشگیری به عمل آورد (بانیستر و کلتز، ۲۰۱۱). نوع و مقیاس خدماتی که این مراکز ارائه می‌کنند، از یک مدرسه تا مدرسه دیگر، متغیر است. برخی از این مراکز، خدمات متنوع و گسترده‌ای ارائه می‌کنند و برخی از این مراکز، خدمات مختصر

و محدود. به هر حال، طبیعی اســت که ارائه خدمات متنوع و گسترده در تمام مدارس، نه مقدور است، نه مقرون به صرفه.

خدماتی که در این مراکز ارائه می‌شود، می‌تواند مشتمل بر موارد زیر باشد:

- معاینــه بالینی؛ چه معاینه‌های متداول، چه معاینه‌های ویژه برای حضور در برنامه‌های ورزشی؛
- تشخیص و درمان بیماری‌ها و مصدومیت‌های خفیف؛
- آزمایــش خون برای تشــخیص یا پیگیری وضعیــت کم‌خونی، دیابت و بیماری‌های عفونی؛
- غربالگری‌های لازم در زمینه فشار خون، بینایی‌سنجی و بهداشت دهان و دندان؛
- درمان مشکلات قاعدگی؛
- آزمایش بارداری و آموزش روش‌های پیشگیری از بارداری؛
- تشخیص و درمان بیماری‌های مقاربتی؛
- مراقبت‌های بهداشتی ویژه برای نوجوانان باردار؛
- واکسیناسیون و ایمن‌سازی؛
- ارائه خدمات مشاوره‌ای برای حل مسایل منزل و مدرسه؛
- خدمات ویژه سلامت روان؛
- درمان سوءمصرف مواد مخدر و داروهای شیمیایی؛
- آموزش اصول تغذیه سالم، ارائه مشاوره تغذیه و کنترل وزن؛
- جلوگیری از مصرف دخانیات و ارائه خدمات ترک سیگار؛
- آموزش پیشگیری از ابتلا به ایدز؛
- مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی/ایدز؛
- پژوهش کلاسی درباره مسایل بهداشتی؛
- تجویز دارو؛ و
- ارجاع به پزشکان، متخصصان و سازمان‌های اجتماعی در صورت نیاز به خدمات خاص.

مراکز بهداشت مستقر در مدرسه معمولا توسط کارکنانی متشکل از یک گروه

تخصصی اداره می‌شود؛ از جمله پزشکان یا دستیاران‌شان، مربیان بهداشت یا دستیاران‌شان، مشاوران سلامت روان، مددکاران اجتماعی و متخصصان آموزش سلامت. برخی مدارس به استخدام پزشکان نیمه‌وقت برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی و درمانی روی آورده‌اند ولی طبیعی است که تعداد این مدارس، بسیار محدود است. بیشتر مدرسه‌ها به همفکری با پزشکان برای گرداندن امور بهداشتی و درمانی مرکز بهداشت مستقر در مدرسه، بسنده می‌کنند و کارهای اجرایی را به سایر متخصصان می‌سپارند. برخی مدارس نیز با استخدام پرستاران یا مربیان بهداشت، به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌پردازند.

مطالعات نشان داده است که فعالیت این مراکز می‌تواند به کاهش آمار مراجعه به اورژانس، کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی کودکان خانواده‌های کم‌درآمد و کاهش تعداد جوانان و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مقاربتی بینجامد (گایرستنجر و همکاران، ۲۰۰۴؛ مرکز سلامت و خدمات بهداشتی مدارس، ۲۰۰۵). اصولا یکی از اهداف اصلی این مراکز، پیشگیری از بروز بیماری‌هاست. با استفاده از این رویکرد می‌توان در هزینه‌های بهداشتی و درمانی صرفه‌جویی کرد و از بستری‌های متعددی جلوگیری به عمل آورد، چراکه رفع بسیاری از مشکلات بهداشتی در مراحل اولیه می‌تواند مانع گسترش و تشدید آن در مراحل آتی شود. ضمن این که آمار غیبت از مدرسه و تاخیر در ورود دانش‌آموزان نیز، به این ترتیب، رو به کاهش می‌گذارد (تاکر، ۲۰۱۱). تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که رابطه معنی‌داری بین فعالیت این مراکز و بهبود عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان وجود دارد، چراکه ارتقای وضعیت سلامتی دانش‌آموزان می‌تواند مقدمه بهبود عملکرد تحصیلی آنها باشد. آنهایی که از خدمات این مراکز استفاده کرده‌اند، زمان کمتری را در بستر بیماری سپری کرده‌اند؛ غیبت کمتری در مدرسه داشته‌اند؛ نمره‌های بهتری کسب کرده‌اند و وضعیت تحصیل و فارغ‌التحصیلی‌شان مطلوب‌تر از دیگرانی بوده که از خدمات این مراکز استفاده نکرده‌اند.

خدمات سلامت روان در مدرسه

انجمن متخصصان اطفال آمریکا از اینکه کارمندان و مسؤولان مدارس با متخصصان اطفال، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در تعامل باشند تا به حفظ و ارتقای سطح سلامت روان در مدارس کمک کنند، حمایت می‌کند. این حمایت البته ضرورت دارد، چراکه بسیاری از کودکان و نوجوانانی که در مدرسه حضور دارند، به مراقبت‌ها و مشاوره‌های بهداشت روان نیازمندند. یکی از مواردی که در دستورکار برنامه‌های سلامت روان مدارس گنجانده شده، تامین تمهیدات لازم برای تشخیص و درمان زودرس مشکلات مرتبط با سلامت روان کودکان و نوجوانان است. انجمن متخصصان اطفال آمریکا در بیانیه‌ای که صادر کرده، به نیازها، برنامه‌ها و چالش‌های مرتبط با سلامت روان دانش‌آموزان اشاره کرده است (کمیسیون سلامت مدارس، ۲۰۰۴). در این بیانیه، توصیه‌ها و پیشنهادهایی نیز به مدارس و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده است.

تجویز دارو در مدرسه

در تجویز داروی مناسب برای دانش‌آموزان، مربیان بهداشت نقش مهمی بر عهده دارند، چراکه تحقیقات نشان داده است خطا در تجویز داروی مناسب، به ویژه در مواقعی که اشخاص فاقد صلاحیت در مدرسه به این کار مبادرت می‌ورزند، امری رایج است (بایش، لاندن و مورفی، ۲۰۱۱). از این رو، وقتی در یک مدرسه، مسؤولان یا کارکنانی جز مربیان بهداشت و دستیاران‌شان اقدام به تجویز دارو می‌کنند، حتما باید به قدر کافی در حوزه بهداشت و درمان، آموزش‌دیده و مطلع باشند. این گروه از کارکنان مدرسه باید در دوره‌های آموزشی ویژه‌ای که مدرسه برای آنها تدارک می‌بیند، شرکت کنند تا با شیوه تجویز داروهای خوراکی متداول، پیگیری آثار و عوارض آنها، مکانیسم تاثیر و تداخل آنها، چگونگی ثبت سوابق دارویی هر فرد، چگونگی برقرای تماس‌های اضطراری و حفظ محتوای محرمانه پرونده پزشکی دانش‌آموزان آشنا شوند. کارمندان متفرقه‌ای که قصد همکاری با این بخش را دارند، باید توسط

پزشـــکان یا داروسازان آموزش ببینند و تحت نظر یک مربی بهداشت مشغول به کار شوند و تجربه کسب کنند.

برای دانش‌آموزانی که به تجویز یا تزریق اضطراری دارو نیاز دارند، باید برنامه ویژه‌ای اندیشیده شود. بهترین خط‌مشی این است که برنامه‌های مراقبتی ویژه (مانند تجویز یا تزریق اپی‌نفرین یا ســایر داروهای اورژانسی) توسط پزشک یا یکــی از اعضای تیــم درمانی صورت پذیرد. اگر دانش‌آموزی ســابقه بروز یک واکنش حساســیت شدید نســبت به نیش حشــرات، غذا، لاتکس یا هر ماده حساســیت‌زای دیگری داشــته، باید به اولین نشانه‌های حساسیت‌اش واکنش نشــان داد و اقدامات اورژانســی مناســب را به ســرعت آغاز کرد. البته اجرای اقدامات اورژانسی معمولا مستلزم کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین دانش‌آموز، اطلاع از نظر پزشک معالج، اطلاع‌رسانی به‌موقع به والدین و مسؤولان مدرسه، گذراندن دوره‌های آموزشــی درباره طرز استفاده و شیوه نگهداری از داروها یا مواردی از این قبیل است.

والدین باید هرگونه تغییر در وضعیت سلامت و داروهای مصرفی فرزند خود را به‌موقع با مســوولان مدرســه در میان بگذارند و در صورت عدم انجام این کار، مسؤولیت عواقب امر با خود آنها خواهد بود. آنها هم‌چنین مسؤول تهیه و ارسال داروی مصرفی فرزندشــان به مدرسه‌اند. تزریق دارویی مانند اپی‌نفرین که در برخی موارد اورژانسی باید مورد استفاده قرار گیرد، معمولا توسط دستگاه‌های اتوماتیک انجام می‌شود. شیوه کار با این دستگاه‌ها بسیار ساده است و معمولا کارمندان غیرمرتبط با امور درمانی نیز قادرند از آن استفاده کنند. حتی شاید برخی از دانش‌آموزانی که ســن بیشــتری دارند، قادر به استفاده از این شیوه تزریق اتوماتیک اپی‌نفرین باشــند ولی برای بیشتر دانش‌آموزان کم‌سن‌وسال، انجام این کار آسان نیست. در طرح مراقبت‌های ویژه باید درباره موضوع‌هایی از این قبیل نیز تصمیم‌گیری شــود که چه زمانی یک دانش‌آموز مبتلا به آسم اجازه دارد خودش شــخصا از اســپری ضدتنگی‌نفس استفاده کند و چه زمانی باید کارکنان مدرسه این اسپری را به او برسانند یا برای او اسپری کنند.

برخی از داروهایی که در مدارس تجویز می‌شــوند، باید از نظر وجود مواد مخدر

نیز ارزیابی و کنترل شوند؛ مثلا داروهایی مانند شربت سرفه، کدئین و ریتالین. بهتر است رعایت برخی موارد امنیتی مانند نگهداری از آنها در قفسه‌های قفل‌دار نیز مدنظر قرار گیرد تا دسترسی به آنها آسان نباشد. دسترسی به این داروها باید تنها برای مربیان بهداشت و پزشکان مستقری که می‌خواهند دارو تجویز کنند یا بیمارانی که به این قبیل داروها نیاز دارند، امکان‌پذیر باشد. مراقبت‌های این‌چنینی از این قبیل داروها در روزهای تعطیل رسمی و تعطیلات آخر هفته نیز ضروری است. هرگونه دستبرد به این داروها باید فورا به مدیر مدرسه، مربی بهداشت و والدین دانش‌آموز اطلاع داده شود.

معمولا رایج‌ترین داروهایی که در مدارس تجویز و توزیع می‌شوند، داروهای بیش‌فعالی‌اند. پس از آن، می‌توان به داروهای بدون نسخه، داروهای آسم و تنگی‌نفس، مسکن‌ها، آرام‌بخش‌ها و ضدتشنج‌ها اشاره کرد. مسؤولیت توزیع داروها در مدرسه غالبا به مربیان بهداشت یا دستیاران‌شان، معلمان یا والدین دانش‌آموزان و گاهی به خود دانش‌آموزان واگذار می‌شود. پرکاربردترین داروهایی که دانش‌آموزان مجازند آنها را در مدرسه مورد استفاده قرار دهند، عبارتند از: اسپری آسم و تنگی‌نفس، انسولین، مسکن‌ها، داروهای گوارشی، داروهای سرماخوردگی، آنتی‌بیوتیک‌ها، برخی داروهای ضدتشنج و ویتامین‌ها.

مراقبت‌های اورژانسی در مدارس

مدارس باید آمادگی مواجهه با حوادث، آسیب‌ها و بیماری‌های ناگهانی را داشته باشند. هر مدرسه‌ای باید از طرح و برنامه مشخصی برای واکنش نشان دادن به چنین حوادثی برخوردار باشد. در مواقع لزوم، درخواست کمک از نزدیک‌ترین مرکز اورژانس پزشکی منطقه باید مد نظر قرار گیرد. در هر مدرسه‌ای باید افراد شناخته‌شده و باصلاحیتی وجود داشته باشند که در چنین مواقعی بتوانند تصمیم‌گیری‌های مهم و مؤثر را انجام دهند و تمام کارکنان مدارس نیز باید این افراد را بشناسند و چگونگی برقراری ارتباط فوری با آنها را بدانند. مربیان بهداشت مدارس می‌توانند گزینه مناسبی برای ایفای چنین نقشی باشند. آنها معمولا بیشترین شناخت را از دانش‌آموزان و

وضعیت سلامت‌شـــان دارند و منابع مراقبت‌های بهداشـــتی و درمانی جامعه را نیز به خوبی می‌شناســـند. آنها غالبا از کمک‌های اولیه و درمان‌های اورژانسی بیماری‌هایی مانند دیابت، آســـم، هموفیلی و شوک آنافلاکتیک آگاهی دارند. با این حال، از آنجا که بیشـــتر مدارس در کادر آموزشـــی خود، مربی بهداشت ندارند؛ فرد یا افراد دیگری باید مشـــخص شـــوند که چنین مواردی را آموزش ببینند و به کارکنان مدرســـه برای مدیریت بحران در شرایط اضطراری معرفی شـــوند. مهم‌ترین موارد آموزشـــی برای این افراد عبارتنـــد از: کمک‌های اولیه، تشـــخیص و درمان مناســـب هنگام بروز وضعیت‌های خطرناکی مانند شـــوک آنافیلاکتیـــک. این آموزش باید حتماً تحت نظارت مربی بهداشـــت یا پزشـــک مدرســـه باشـــد. افرادی که داوطلب یادگیری این آموزه‌ها می‌شوند، باید پس از تعلیم و تایید پزشـــک، گواهی پایان دوره آموزشـــی را دریافت کنند. تجدید دوره‌های آموزشـــی برای به‌روزرســـانی اطلاعات و مهارت‌ها ضرورت دارد. بهتر اســـت تمام کارکنان و مربیان مدارس به دریافت این قبیل آموزش‌ها و کسب مهارت‌های لازم برای کمک‌رســـانی در مواقع اورژانس تشویق و ترغیب شوند. به‌علاوه، دانش‌آموزان نیز باید دوره‌های امداد و نجات را جزو دروس اصلی خود بدانند و بگذرانند.

برای دانش‌آموزانی که احتمال بروز فوریت‌های پزشـــکی در موردشان بیشتر از دیگران است (مثلا دانش‌آموزان مبتلا به دیابت، آلرژی، هموفیلی، آسم و آنهایی که سابقه واکنش‌های آنافیلاکتیک دارند) حتما باید طرح و برنامه ویژه‌ای برای ارائه مراقبت‌ها و خدمات فوری بهداشـــتی و درمانی اندیشـــیده شود. در مواقع اضطراری، علاوه بر ارائه خدمات پزشکی، باید ارجاع به بیمارستان نیز مد نظر قرار گیرد و شیوه نقل و انتقال دانش‌آموز نیز از پیش طراحی شده باشد.

در همه مدارس باید جعبه ویژه کمک‌های اولیه برای فوریت‌های پزشکی وجود داشـــته و در دســـترس کارکنان و مســـؤولان ارائه خدمات درمانی در مدارس باشـــد. این جعبه پس از اســـتفاده باید مجددا تجهیز و در مدرســـه نگهداری شـــود. از میان دانش‌آموزان و کارکنان مدرســـه، آنهایی که سابقه واکنش‌های آنافیلاکتیک داشـــته‌اند، باید به محض درخواست‌شان اپی‌نفرین خودتزریق در

اختیارشـــان قرار گیرد تا به سرعت از آن اســـتفاده کنند. ضمنا تاریخ انقضای داروهایی مانند اپی‌نفرین نیز باید به طور مرتب کنترل شـــود، چراکه گذشـــت زمان باعث می‌شود این دارو خاصیت خود را از دست بدهد یا فاسد شود. ضمنا دستورالعمل استفاده از داروها نیز باید همیشه در دسترس افرادی که مسؤول ارائه خدمات اورژانسی هستند، باشد.

مدرســـه باید به محض اطلاع از آسیب‌دیدگی دانش‌آموز در مدرسه، والدین یا سرپرســـتان او را مطلع کند. گزارش تصادف دانش‌آموز در حوالی مدرسه نیز، به همین ترتیب، باید فورا به اطلاع والدین برســـد تا امور درمانی و بیمه‌ای به سرعت انجام شود.

محیط سالم و ایمن مدرسه

مسوولیت خطیر هر مدرسه‌ای، ایجاد محیطی سالم و ایمن برای دانش‌آموزان است؛ محیطی که رشد و آموزش مطلوب در آن امکان‌پذیر باشد. منظور از محیط سالم و ایمن، محیطی است که علاوه بر توجه به زیبایی‌های بصری و چشم‌نوازی‌های محیطی، به ارتقای وضعیت فرهنگی و روانی دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه نیز توجه کند و تامین سلامت و امنیت آنان را اولویت خود بداند. در چنین محیطی، تمام خطرهای بالقوه توسط مسؤولان مدرسه شناسایی می‌شود و برای کاهش حوادث و صدمات ناشی از این خطرها اقدامات مناسب و موثری صورت می‌پذیرد. البته شکل‌گیری این اقدامات، مستلزم مشارکت تمام کارکنان و مسؤولان مدرسه (اعم از مدیران، معلمان، مربیان بهداشت، ارائه‌کنندگان خدمات تغذیه‌ای، کارمندان بخش اداری و خود دانش‌آموزان و والدین آنها) است. در چنین محیط ایمن و سالمی، تلاش برای ارتقای سلامت عاطفی دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه موضوعیت دارد و برطرف کردن خطرهای محیطی بالقوه نیز یک اصل اساسی به شمار می‌رود. هر کودک دانش‌آموز، به طور متوسط، هفته‌ای ۳۵ تا ۵۰ ساعت از زندگی‌اش را در فضای داخلی یا محیطی مدرسه می‌گذراند و به همین دلیل، توجه به ایمنی و سلامت محیط مدارس، امری ضروری است (آنا و شندل، ۲۰۱۱). بدیهی است که سلامت و امنیت محیط مدرسه صرفا با تامین امنیت محیط مدرسه به دست نمی‌آید و توجه به سلامت و امنیت عاطفی، اجتماعی، سیاسی و مولفه‌های دیگر نیز حائز اهمیت است.

معلمان حامی مدرسه‌های سالم و ایمن

معلمان می‌توانند برای ارتقای وضعیت ایمنی و سلامت مدرسه، کارهای متعددی انجام دهند؛ چه در خود کلاس، چه در ساختمان مدرسه. به هر حال، کلاس درس یکی از مهم‌ترین اجزای هر محیط آموزشی است و نظارت بر این محیط، بیش از هر کس دیگری، بر عهده معلم است.

معلمان باید هرچه از دست‌شان برمی‌آید، برای حفظ ایمنی و سلامت کلاس درس و مدرسه انجام دهند. البته واضح است که این هدف فقط با تلاش معلمان حاصل نمی‌شود و مشارکت و مسؤولیت‌پذیری دیگران نیز برای دستیابی به این هدف ضرورت دارد. منظور از دیگران، تمام مسوولان و کارکنان مدارس، دانش‌آموزان، اولیای دانش‌آموزان و نهادهای اجتماعی فعال در حوزه آموزش است.

مشارکت دانش‌آموزان

معلمان باید دانش‌آموزان را تشویق کنند مسوولیت‌پذیری و مشارکت مطلوبی در سالم‌سازی و ایمن‌سازی مدرسه داشته باشند. مسؤولیت‌پذیری دانش‌آموزان مستلزم این است که آنها مدرسه را از آن خود بدانند و نسبت به آن احساس تعلق داشته باشند. این احساس تعلق و آن مسوولیت‌پذیری می‌تواند به افزایش مشارکت دانش‌آموزان در ارتقای وضعیت سلامت و ایمنی مدرسه منجر شود. برای افزایش مشارکت دانش‌آموزان، پیشنهادهای زیادی می‌توان ارائه کرد؛ از جمله:

- مشارکت دانش‌آموزان در برنامه‌های پاک‌سازی و بازیافت زباله‌ها در مدرسه؛
- نامه‌نگاری به مسؤولان درباره سلامت محیط زیست و مشکلات مربوط به آن؛
- حضور در جلسه‌ها و برنامه‌های ملی و منطقه‌ای درباره مشکلات زیست‌محیطی؛
- تشکیل شورای دانش‌آموزی برای شناسایی مشکلات زیست‌محیطی مدرسه و جامعه؛ و
- مشارکت در جمع‌آوری کمک‌های مالی برای تهیه تجهیزات مورد نیاز یک زمین بازی ایمن.

مشارکت والدین، مشارکت اجتماعی

اجرای برنامه جامع ارتقای سلامت جوانان، مستلزم مشارکت فعالانه والدین و سایر افراد جامعه است. مسؤولیت مستقیم سلامت جسمی و روانی کودکان، در درجه اول، بر عهده خانواده است اما خانواده‌ها برای اینکه بتوانند به خوبی از عهده وظیفه خود برآیند، به حمایت مدرسه و نهادهای اجتماعی دیگر نیازمندند. مدرسه نیز برای تامین نیازهای دانش‌آموزانش به مشارکت سایر سازمان‌های اجتماعی احتیاج دارد. یکی از علل تاکید بر مشارکت والدین و جامعه در برنامه سلامت مدارس، تأثیرگذاری این برنامه است. بسیاری از مشکلات بهداشتی جوانان، پیچیده و چندبعدی‌اند (مثلا سوءاستفاده جنسی، سوءمصرف مواد مخدر و افسردگی) و حل آنها مستلزم به‌کارگیری رویکردهای جامع است. راه حل بسیاری از این مشکلات، ارائه خدماتی است که در توان مدرسه نیست؛ خدماتی مانند مراقبت‌های سلامت، بهداشت روان و رفاه اجتماعی.

کتاب حاضر بر آموزش جامع سلامت در مدارس تاکید دارد و در عین حال، خاطرنشان می‌کند که دستیابی به هدف مطلوب، مستلزم مسؤولیت‌پذیری و مشارکت خانواده‌ها و نهادهای اجتماعی است. برنامه درسی جامع آموزش سلامت (رجوع کنید به فصل اول) برای افزایش اثربخشی خود، به اقدامات خانوادگی و اجتماعی در راستای حفظ و ارتقای سلامت نیاز دارد. یکپارچه‌سازی تلاش‌های مدرسه، خانواده و جامعه، علاوه بر طرح و برنامه دقیق، به تعامل و تعاون مطلوب نیز نیازمند است. مشارکت فعالانه نهادهای اجتماعی در این فرآیند ضرورت دارد. این مشارکت از طریق تشکیل شوراهای سلامت در مدارس و همکاری آنها با شوراهای اجتماعی امکان‌پذیر می‌گردد. پشتیبانی نهادهای اجتماعی از برنامه‌های سلامت مدارس باعث می‌شود مسیر موفقیت مدرسه-جامعه هموارتر شود و امکان سرمایه‌گذاری عمومی روی ارتقای سلامت افزایش یابد. مدارس برای دستیابی به هدف مطلوب خود در این زمینه باید همدلی و همکاری مناسبی بین نهادهای اجتماعی، آموزشی، بهداشتی درمانی، انجمن‌های خیریه، صاحبان صنایع و اولیای دانش‌آموزان به وجود آورند.

شرایط محیطی موثر بر آموزش

استانداردهای محیط فضاهای آموزشی از سوی واحد تخصصی مربوطه در وزارت آمـوزش و پرورش تدوین و تصویب شـده‌اند و اطلاعاتی که در این بخش ارایه می‌شود، تنها به کلیاتی در مورد نکات بهداشتی محیط مدارس اشاره دارد.
مسـاحت مدرسه، میزان سـر و صدای محیطی، متوسـط دما، حد روشنایی و پاکیزگی جزو شـاخصه‌هایی هسـتند که تعریفی از شرایط محیطی مدرسه به دسـت می‌دهند. بهبود شرایط محیطی مدرسه می‌تواند نقشی اساسی در بهبود وضعیت سـلامت دانش‌آموزان ایفا کند؛ به عنوان مثال، شرایط محیطی مدرسه می‌تواند در کاهش یا افزایش احتمال آسـیب‌دیدگی دانش‌آموزان در مدرسـه، کنترل یا انتشار بیماری‌های عفونی، کاهش یا افزایش اضطراب و یادگیری نقش داشته باشد. مسؤولان و دست‌اندرکاران مدارس و مراکز آموزشی باید با توجه به مؤلفه‌های جدول ۱-۲، زمینه را برای بهینه‌سازی یادگیری دانش‌آموزان و لذت بردن آنها از فرآیند یادگیری فراهم کنند و رشـد و پیشـرفت مطلوب آنها را مد نظر قرار دهند.

جدول ۱-۲
شرایط محیطی لازم برای یادگیری مطلوب
مؤلفه‌های زیر می‌توانند در شکوفایی استعداد آموزشی دانش‌آموزان موثر باشند: ۱. مساحت مدرسه ۲. نور و روشنایی مطلوب ۳. انتخاب رنگ‌های مناسب ۴. دمای متناسب و تهویه هوا ۵. رفع آلودگی صوتی ۶. مراعات نظافت و بهداشت ۷. دسترسی مطلوب

مساحت مدرسه

مساحت مدرسه و کلاس‌های درس جزو معیارهای محیطی مهم محسوب می‌شود؛ معیاری که البته در بیشتر اوقات، تحت کنترل معلمان و مربیان مدرسه نیست. به هر حال، این یک واقعیت است که احتمال حواس‌پرتی دانش‌آموزان در یک کلاس درس بزرگ بیشتر از یک کلاس درس کوچک است. در کلاس‌های بزرگ‌تر، معلمان نیز کار دشوارتری برای توجه به تک‌تک دانش‌آموزان خواهند داشت. مدارس کوچک‌تر معمولا می‌توانند فرصت‌های بیشتری برای فعالیت‌های فوق‌برنامه و ورزشی در اختیار دانش‌آموزان قرار دهند. در یک کلاس درس کوچک، امکان تعامل بین معلم و دانش‌آموز افزایش می‌یابد و برقراری چنین تعاملی می‌تواند به افزایش یادگیری دانش‌آموزان منجر شود. این بهبود تعامل و یادگیری می‌تواند در درازمدت میزان رضایت از مدرسه را افزایش دهد.

نور و روشنایی مطلوب

یکی از مهم‌ترین شـاخصه‌های کلاس درس، میزان نور و روشـنایی آن است (مـک کریری و هیل، ۲۰۰۵). نور کافی و مطلوب، یکی از عوامل کلیدی موثر بر سـلامت دانش‌آموزان و معلمانی است که هر روز ساعت‌های متمادی را در محیط مدرسـه و کلاس درس می‌گذرانند. کمبود نور می‌تواند به بروز علایمی مانند خسـتگی زودرس، خشکی چشم، خستگی چشـم، تاری دید و سردرد منجـر شـود. در مقابل، نور کافـی و مطلوب می‌تواند زمینـه را برای آموزش مطلوب، حفظ سلامت جسمی و روانی فراهم کند.

نـور ضعیف، توان درک محرک‌های بینایی را کاهش می‌دهد و ممکن اسـت بر خلق‌وخوی دانش‌آموزان نیز تأثیـری نامطلوب بگذارد. برخی متخصصان بر این باورند که نور کافی و مطلوب به دانش‌آموزان کمک می‌کند آرامش خود را حفظ کنند و علاقه بیشـتری به برنامه‌های آموزشی مدرسه نشـان دهند. نورپردازی مناسب برای مطالعه و سایر فعالیت‌های علمی، امری ضروری است و به ویژه در روزهای ابری ضرورت بیشتری می‌یابد. بهتر است مسؤولان مدرسه برای دستیابی به نور کافی و مطلوب، با متخصصان سلامت و کارشناسان برق مشورت کنند.

روشـنایی باید کافی باشد؛ نه کم، نه زیاد. روشنایی بیش از حد، درست مانند کمبود نور، می‌تواند به کاهش یادگیری و خشکی و خستگی چشم منجر شود و احتمال تنش و خستگی جسمی را افزایش دهد. رایج‌ترین منابع تشعشع نور در کلاس درس عبارتند از: وایت‌برد و سـایر سـطوح صیقلی که نور را بازتاب می‌دهند، پنجره‌هایی که سایه‌بان یا پرده ناکافی دارند و صفحه مونیتور. برای جلوگیری از مزاحمت‌های ناشی از این تشعشعات، راهکارهای متعددی می‌توان پیشـنهاد کرد؛ از جمله دقت در چیدمان میزهای کامپیوتر، دور ایسـتادن از پنجره باز هنگام تدریس، اسـتفاده نکردن از ابزارهای آموزشـی شیشـه‌ای یا براق، کشیدن پرده‌ها هنگام طلوع خورشید و نصب نکردن پوسترها و نمودارها در فواصـل بین پنجره‌ها. دانش‌آمـوزان نیز می‌توانند برای کاهش عوارض این تشعشـعات و پیشـگیری از خستگی چشـم‌های خود، راهکارهای متعددی را

امتحان کنند؛ مثلا پلک زدن‌های متناوب در مواقعی که نیاز کمتری به توجه چشمی وجود دارد، استفاده نکردن از منابع درسی و کتاب‌هایی که نوشته‌های آنها بسیار ریز است، استفاده نکردن از منابع درسی و کتاب‌هایی که کیفیت چاپ نامطلوبی دارند، درشت‌نویسی روی وایت‌برد، استفاده از مارکرهای باکیفیت، سالم و تمیز نگه داشتن وایت‌بُرد و تقاضا برای تعویض به‌موقع لامپ‌های سوخته و معیوب.

انتخاب رنگ‌های مناسب

با انتخاب رنگ‌های مناسب می‌توان فضای مدرسه را از حالت یکنواخت وکسالت‌بار درآورد و به فضایی شاد، مهیج و نشاط‌آور تبدیل کرد. گزینش رنگ مناسب برای دیوارهای کلاس می‌تواند تغییری مسرت‌بخش و شادی‌آور در وضعیت کلاس به وجود آورد. استفاده از رنگ‌های روشن و بافت‌های نقاشی ملایم می‌تواند به حفظ آرامش دانش‌آموزان کمک کند. استفاده از رنگ‌هایی با تونالیته روشن می‌تواند با تقویت تاثیر نور، روشنایی عمومی مدرسه را نیز ارتقا دهد.

دمای متناسب و تهویه هوا

در کلاسی که خیلی گرم و مرطوب یا خیلی سرد و خشک باشد، یادگیری برای دانش‌آموزان دشوارتر خواهد بود. دمای خیلی بالا، سطح انرژی دانش‌آموزان را پایین می‌آورد و آنها را کسل می‌کند. دمای خیلی پایین هم تمرکز دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد و آنها را خسته می‌کند. معلمان باید بر دمای کلاس نظارت کنند و حواس‌شان به راحتی و آسایش دانش‌آموزان باشد. بهتر است سیستم گرمایشی هر کلاس، ترمومتر یا ترموستاتی داشته باشد تا تنظیم دمای کلاس را خود معلم بر عهده بگیرد. معلمان باید مشکلات مربوط به تهویه و دمای کلاس را به مسؤولان مدرسه گزارش دهند.

دمای مطلوب هر کلاس، بر حسب منطقه و فصل، ممکن است متغیر باشد؛ مثلا در فصل زمستان که وسایل گرمایشی مورد نیاز است، دمای مطلوب برای

یک کلاس می‌تواند از ۱۸ تا ۲۱ درجه سلسیوس متغیر باشد. از آنجا که ورزش و فعالیت‌های بدنی به افزایش دمای بدن دانش‌آموزان منجر می‌شود، تنظیم و تعدیل دمای هوا، به ویژه در مواقعی که دانش‌آموزان ورزش کرده‌اند یا به هر گونه فعالیت بدنی پرداخته‌اند، بیش از پیش ضرورت دارد. به همین دلیل، دمای سالن ورزشی مدرسه را باید کمتر از ۱۸ درجه سلسیوس تنظیم کرد.

از آنجا که دانش‌آموزان مقطع ابتدایی، فعالیت بدنی بیشتری دارند و سرعت متابولیسم‌شان نیز بالاتر است، بهتر است دمای کلاس آنها روی درجه پایین‌تری تنظیم شود تا بتوانند احساس مطبوعی داشته باشند. در مواقع لزوم، برای جبران تفاوت دمایی مطلوب بین دانش‌آموزان کوچک‌تر و بزرگ‌تر، بهتر است از بزرگ‌ترها بخواهید لباس‌های بیشتر یا ضخیم‌تری بپوشند.

گرما و رطوبت هوا، به ویژه در مناطق جنوبی، برای دانش‌آموزان مطلوب نیست. خوشبختانه می‌توان دمای هوا، تهویه، رطوبت و تازگی هوا را به کمک سیستم‌های مرکزی تنظیم دما و تهویه هوا تحت کنترل درآورد. البته استفاده از چنین سیستم‌هایی در مدارس، هزینه‌بر است و در ضمن، نصب سیستم تصفیه هوا ممکن است پرسروصدا باشد و مزاحم فعالیت‌های آموزشی در کلاس درس شود. به جای استفاده از سیستم تصویه هوا می‌توانید از فن استفاده کنید یا پنجره‌ها را به طور مرتب باز کنید تا هوای تازه وارد کلاس شود.

معلمان باید حواس‌شان به کم‌آب شدن بدن دانش‌آموزان در فصل گرم نیز باشد، چراکه اگر آنها در هوای گرم آب کافی مصرف نکنند، احتمال بروز عوارض کم‌آبی و گرمازدگی‌شان افزایش خواهد یافت.

هر مدرسه، علاوه بر نیاز به کنترل دمای هوای کلاس‌ها و سایر اتاق‌هایش، به تهویه هوا و رفع بوهای ناخوشایند نیز نیاز دارد. تهویه هوا باید به آهستگی صورت گیرد و کم‌سروصدا باشد تا منجر به حواس‌پرتی دانش‌آموزان و کاهش بیش از حد دما نشود. بدیهی است که کارگاه‌ها و کلاس‌های هنری و صنعتی نیاز بیشتری به تهویه هوا دارند، چراکه در چنین محیط‌هایی معمولا استفاده از رنگ‌ها و مواد شیمیایی رایج‌تر است و احتمال متصاعد شدن بخارهای سمی در هوا وجود دارد.

رفع آلودگی صوتی

در یک مدرسه سالم و ایمن، کنترل آلودگی صوتی یکی از ضروریات است. سروصدا می‌تواند آزاردهنده باشد و به حواس‌پرتی دانش‌آموزان منجر شود و یادگیری آنها را دچار اختلال کند. آلودگی صوتی باعث کاهش ساعت مفید آموزشی نیز می‌شود، چراکه کاهش تمرکز معلم و دانش‌آموزان، نیاز به تکرار مباحث را افزایش می‌دهد. آلودگی صوتی اگر برای مدتی طولانی ادامه یابد، تنش‌زا خواهد بود و می‌تواند به اضطراب، تحریک‌پذیری و افسردگی منجر شود؛ زمینه‌ساز افزایش فشار خون شود و سطح سلامت دانش‌آموزان و معلمان را کاهش دهد.

آلودگی صوتی مدرسه را می‌توان با استفاده از عایق‌های صوتی مانند فرش، عایق سقف، پانل‌های آکوستیک و کنترل سروصدای دانش‌آموزان به حداقل رساند (ریتنر هایر، ۲۰۰۴). استفاده از تدابیر دیگری نیز می‌تواند در کنترل سروصداهای محیطی موثر باشد؛ از جمله ساخت مدرسه در مکانی آرام و خلوت، عایق‌بندی مناسب مدرسه برای جلوگیری از ورود سروصداهای محیطی به درون مدرسه، رعایت حداکثر فاصله بین محیط‌های پرسروصدای مدرسه (باشگاه، بوفه و سالن غذاخوری) و کلاس‌های درس، تشویق دانش‌آموزان به رعایت سکوت در راهروها و سرویس‌های مدرسه، کاشت درختچه و گل و گیاه در حدفاصل ساختمان مدرسه و مناطق پرتردد.

باید به دانش‌آموزان اطلاع داد که سروصدای بیش از حد می‌تواند به کاهش شنوایی آنها منجر شود. آنها باید هنگام کار با وسایل پرسروصدا از محافظ گوش استفاده کنند و درباره عوارض گوش دادن به موسیقی‌های گوشخراش از طریق هدفون نیز به خوبی توجیه شوند و بدانند که این کار ممکن است به قیمت شنوایی‌شان تمام شود.

رعایت نظافت و بهداشت

مدرسه سالم همیشه محیطی پاکیزه و بهداشتی دارد. نظافت و بهداشت مدارس

نه تنها به پرسنل سالم و آموزش‌دیده نیاز دارد، بلکه همکاری معلمان، مدیران و دانش‌آموزان را نیز می‌طلبد. رعایت اصول بهداشتی مشتمل بر موارد متعددی است؛ از جمله حفظ و ارتقای سلامت و پیشگیری از بروز بیماری‌ها از طریق رفع آلودگی‌های زیست‌محیطی و مقابله با عوامل عفونی. دستیابی به این هدف مستلزم نظافت، شست‌وشوی مرتب، ضد عفونی کردن، دفع فاضلاب، حذف زباله و ضایعات، تأمین آب اشامیدنی سالم، شست‌وشوی مرتب دست‌ها، کنترل آفات، تغذیه سالم و نگهداری مناسب از مواد غذایی است. در مدرسه، تاکید بر استانداردهای همگانی و ساده‌ای مانند شست‌وشوی مرتب دست‌ها باید مورد توجه بیشتری قرار بگیرد. قانون نیز مدارس را به رعایت بهداشت و حفاظت از محیط زیست مکلف کرده و بازرسان بهداشتی نیز به طور مرتب بر عملکرد بهداشتی مدارس نظارت می‌کنند.

سایر مشکلات محیطی

به جز مواردی که به آنها اشاره شد، احتمالا عوامل محیطی دیگری نیز به ذهن شما رسیده است؛ به عنوان مثال، برخورداری از امکانات و تجهیزات مناسب ورزشی می‌تواند دانش‌آموزان را به ورزش و فعالیت‌های بدنی تشویق و ترغیب کند. از سوی دیگر، ساختمان بعضی از مدارس فضاهای خلوت و پنهانی دارد که شاید برخی دانش‌آموزان بتوانند با سوءاستفاده از این فضاهای مخفی، دور از چشم مسؤولان مدرسه، به رفتارهای ناسالم یا مجرمانه روی آورند.

یکی دیگر از عوامل نگران‌کننده، احتمال وجود مواد سمی در حیاط مدرسه است. مواد سمی فهرست بلندبالایی دارند ولی برخی از رایج‌ترین آنها عبارتند از: آزبست، رادون، اشعه فرابنفش، سرب، جیوه، مواد دخانی، مونوکسیدکربن، برخی محلول‌های شیمیایی، آفت‌کش‌ها، پارازیت، قارچ‌های سمی، مو و پشم حیوانات و لاشه سوسک و برخی حشرات دیگر. در مقایسه با بزرگسالان، بدن کودکان هنگام مواجهه با این مواد سمی معمولا واکنش شدیدتری نشان می‌دهد. برخی از موادی که شاید چندان خطرناک به نظر نرسند، می‌توانند بر سلامت کودکان آثار سوء و مخربی داشته باشند. این آثار سوء و مخرب گاهی

ممکن است سال‌ها بعد ظهور و بروز یابند (انجمن مربیان بهداشت، ۲۰۰۴).

دسترسی مطلوب

مدرسه سالم، مدرسه‌ای است که بتواند پذیرای طیف گسترده‌ای از دانش‌آموزان باشد؛ از دانش‌آموزان سالم و توانمند گرفته تا دانش‌آموزان معلول و ناتوان. تحقق این امر، مستلزم تامین تسهیلات و تجهیزات لازم در محیط مدرسه است.

دانش‌آموزانی که از مشکلات حرکتی رنج می‌برند، معمولا به اصلاحاتی در محیط مدرسه نیاز دارند تا بتوانند به کلاس درس، سالن غذاخوری، خوابگاه، زمین بازی و جاهای دیگر دسترسی پیدا کنند. تامین چنین دسترسی مطلوبی برای این قبیل دانش‌آموزان غالبا مستلزم استفاده از تجهیزات مخصوص یا ایجاد تغییراتی در تجهیزات موجود است؛ مثلا احداث رمپ، تعریض راهروها یا راه‌اندازی آسانسورها در مواقع لزوم. گاهی به وجود آوردن تغییراتی در زمان‌بندی کلاس‌ها و برنامه‌های آموزشی نیز مورد نیاز است.

محیط عاطفی مثبت

محیط عاطفی مدرسه نیازمند توجه ویژه است. مدرسه‌ای که از چنین محیطی برخوردار باشد، به احساسات دانش‌آموزان، روابط بین‌فردی آنها و تجاربی که به پیشرفت دانش‌آموزان منجر می‌شود، توجه می‌کند. توجه به محیط عاطفی مدرسه، در کنار توجه به محیط فیزیکی آن، در ارتقای سلامت دانش‌آموزان نقش دارد.

اگر یک محیط آموزشی سرشار از آرامش و صمیمیت و عاری از ترس و تهدید باشد، سطح سلامت و آموزش در آن محیط افزایش می‌یابد. اگر شرایط محیطی یک مدرسه، نامناسب باشد؛ سلامت دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه در معرض خطر قرار می‌گیرد. معلمان و مسؤولانی که دچار افسردگی یا فرسودگی شغلی باشند، نمی‌توانند بر دانش‌آموزان تاثیر مطلوبی بگذارند یا به خوبی از آنها حمایت کنند.

شخصیت و منش معلمان، از مهم‌ترین مؤلفه‌های تاثیرگذار بر محیط عاطفی مدرسه است. معلمان می‌توانند از توصیه‌های زیر برای ارتقای سلامت عاطفی کلاس درس استفاده کنند:

- از دانش‌آموزان انتظار رفتار و کرداری شایسته داشته باشند و خواستار موفقیت همه آنها باشند؛
- شنونده و بیننده خوبی برای دانش‌آموزان خود باشند؛
- به همه دانش‌آموزان احترام بگذارند؛
- با هر دانش‌آموزی به مثابه یک انسان منحصربه‌فرد و ارزشمند رفتار کنند؛
- الگوی احترام، علاقه، توجه و رفتار نیک باشند؛
- از علایق و سلایق دانش‌آموزان باخبر شوند؛
- در برخورد با دانش‌آموزان همواره از اصول متانت، عدالت، خوشرویی و محبت پیروی کنند؛
- خودشان از قوانین و ضوابط کلاس درس تخطی نکنند؛
- به مشکلات رفتاری و انضباطی دانش‌آموزان توجه فوری نشان دهند و

ساده از این مسایل نگذرند؛

- دانش‌آموزان موفق را تحسین کنند و موفقیت‌های آنها را به رسمیت بشناسند؛
- بر موفقیت‌های دانش‌آموزان، بیش از شکست‌های آنها، تمرکز کنند.
- شوخ‌طبع باشند؛
- مثبت‌اندیش و انرژی‌بخش باشند؛
- اجازه ندهند دانش‌آموزان در حضور آنها همدیگر را تحقیر کنند؛
- دانش‌آموزان را در دستیابی به اهداف آموزشی مدرسه مشارکت دهند؛
- فرآیند یادگیری را شادی‌بخش، سرگرم‌کننده و هیجان‌انگیز کنند؛
- در گفتگو با دانش‌آموزان از لحن خشن و تحقیرآمیز استفاده نکنند؛
- دانش‌آموزانی را که شایسته تشویق‌اند، به شکل مناسبی تشویق کنند؛
- به دانش‌آموزان اجازه مشارکت در امور آموزشی و مدیریتی کلاس بدهند؛
- کلاس را تمیز و مرتب نگه دارند؛
- به دانش‌آموزان اجازه ابراز احساسات بدهند؛
- نواقص خود و محدودیت‌های دانش‌آموزان را بشناسند و بپذیرند؛
- تاکید بیش از حد بر جنبه‌های رقابتی آموزش و آزمون‌های کلاسی نداشته باشند؛
- خواسته‌هایشان از دانش‌آموزان، واقع‌بینانه باشد؛ و
- نسبت به رفتارهایی که حاکی از مشکلات عاطفی و احساسی دانش‌آموزان است، حساس باشند.

امنیت عاطفی

استعداد بالقوه دانش‌آموزان برای یادگیری زمانی فعلیت می‌یابد که آنها احساس امنیت کنند؛ هم از لحاظ جسمی، هم از لحاظ عاطفی. امنیت عاطفی به معنای برخورداری از احساسی طبیعی و عاری از اضطراب است که به واسطه آن می‌توان بدون احساس خجالت، ترس، تهدید و تحقیر ابراز وجود و اظهار نظر کرد. امروزه متاسفانه در میان دانش‌آموزان، استفاده از کلمات و عبارات زشت و تحقیرآمیز

رواج پیدا کرده است. این قبیل تحقیرها می‌تواند به امنیت عاطفی دانش‌آموزان آسیب‌های جدی وارد کند. نباید به دانش‌آموزان و معلمان اجازه داد در محیط مدرسه از این قبیل کلمات و عبارات تحقیرآمیز استفاده کنند. مسؤولان مدرسه در کنار برخورد با رفتارهای منفی دانش‌آموزان، باید به شکل ساختارمندی اخلاق و رفتار پسندیده دانش‌آموزان و معلمان را رصد و تحسین کنند. این کار اگرچه آسان به نظر می‌رسد، چندان آسان نیست. معمولا در میان مسوولان مدارس، برخوردهای قهرآمیز بیشتر از برخوردهای مهرآمیز رواج دارد. رفتارهای مهرآمیز، مثبت و حمایتگر را باید آموخت، آموزش داد و اجرا کرد تا دیگران نیز به رفتارهای اینگونه ترغیب شوند و در روابط بین‌فردی خود، این قبیل رفتارها را در پیش گیرند. بسیاری از دانش‌آموزان ممکن است در زندگی خود هرگز کسی را نداشته باشند که به آنها به قدر کافی توجه کرده یا اهمیت داده باشد. این در حالی است که برخورداری از همین توجه یا احساس اهمیت، لازمه تامین امنیت عاطفی است و امنیت عاطفی یکی از شاخصه‌های کلیدی برای برقراری روابط سالم در کلاس درس است.

الگوسازی رفتارهای همدلانه یکی از بهترین راه‌های سالم‌سازی مدرسه، از منظر سلامت عاطفی، است. رفتارهای سالم، مثبت و حمایتگر باید به خوبی دیده و ترویج شود و در مقابل، باید جلوی بددهنی و رفتارهای تلخ و تحقیرآمیز را گرفت. آموزش رفتارهای مثبت و الگوسازی رفتارهای سالم می‌تواند ضمن افزایش امنیت عاطفی مدرسه، به تحکیم و تقویت روابط صادقانه منجر شود.

پذیرش تفاوت‌ها

امروزه طیف متنوعی از دانش‌آموزان و کارکنان (با تفاوت‌های آشکار قومی، نژادی، فرهنگی، مذهبی و حتی جسمی و ذهنی) در مدارس حضور دارند. هر دانش‌آموزی منحصربه‌فرد است و می‌تواند در زمینه‌هایی از دیگران متمایز باشد. در یک مدرسه سالم، این تفاوت‌ها به خوبی درک و پذیرفته می‌شود و مسؤولان و کارکنان مدرسه، فارغ از تمام این تفاوت‌ها، الگویی از همدلی، احترام، ادب و مهربانی را در پیش چشم دانش‌آموزان به نمایش می‌گذارند.

درک و پذیرش این قبیل تفاوت‌ها را می‌توان در میان آموزه‌های درسی دانش‌آموزان نیز گنجاند. مسؤولان مدرسه باید با درک و پذیرش این تفاوت‌ها، شرایطی برای دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه فراهم کنند که آنها بتوانند بدون هیچ‌گونه ترس و دلهره‌ای بابت این تفاوت‌های طبیعی، در کنار همدیگر، به فعالیت‌های مثبت و موثر بپردازند.

محیط ایمن مدرسه

احتمال وقوع حادثه و آسیب‌دیدگی در مدارس زیاد است. این موضوع می‌تواند نگران‌کننده باشد. به هر حال، مدارس هر روز برای مدتی نسبتا طولانی پذیرای دانش‌آموزان هستند. یکی از مسوولیت‌های کارکنان هر مدرسه‌ای، حفظ امنیت دانش‌آموزان در طول ساعات حضورشان در مدرسه است. این مسؤولیت در اردوهای دانش‌آموزی و امور فوق‌برنامه‌ای که در خارج از محیط مدرسه برگزار می‌شود نیز کماکان متوجه مدرسه است. علاوه بر این ها، حفظ ایمنی تمام افرادی که به نوعی در مدرسه خدمت می‌کنند نیز حائز اهمیت است.

برخی از مدارس، مدیر یا مسوول ویژه‌ای برای تامین این هدف استخدام می‌کنند. برخی دیگر، شورایی تشکیل می‌دهند که وظیفه‌اش نظارت بر فعالیت‌های مدرسه، از منظر ایمنی است. این شورا معمولا متشکل از چنده نماینده از میان معلمان، مسوولان و کارکنان مدرسه در کنار برخی والدین و دانش‌آموزان است. این شورای ایمنی باید راهکارها، برنامه‌ها و سیاست‌های حفظ ایمنی در مدرسه را مشخص کند. البته می‌توان به جای تشکیل این شورا یا استخدام یک مسوول ویژه برای حفظ ایمنی در مدرسه، این وظیفه را به شورای هماهنگ‌سازی برنامه‌های سلامت سپرد (رجوع کنید به فصل اول). شورای هماهنگ‌سازی برنامه‌های سلامت در مدارس می‌تواند در حد توان خود به انجام وظایف و مسؤولیت‌های شورای ایمنی مدارس نیز بپردازد. با این حال، اگر در یک مدرسه، هم شورای ایمنی تشکیل شود و هم شورای هماهنگ‌سازی وجود داشته باشد؛ تعامل و همکاری تنگاتنگ بین این دو شورا ضرورت می‌یابد.

در ادامه این فصل، به بحث درباره وظایف و مسؤولیت‌های معلمان، سرویس

حمل و نقل مدرسه، زمین بازی ایمن و آمادگی در حوادث غیرمترقبه خواهیم پرداخت.

مسؤولیت‌های معلمان

معلمان علاوه بر مسؤولیت‌هایی که در خصوص آموزش اصول ایمنی به دانش‌آموزان دارند، مسؤولیت‌هایی نیز در خصوص برنامه‌های کلان ایمنی مدرسه به عهده دارند؛ از جمله:

- گزارش‌دهی دقیق حوادثی که در مدرسه یا محیط پیرامونی مدرسه رخ می‌دهد؛
- ارزیابی و اصلاح عواملی که ایمنی دانش‌آموزان را در کلاس درس و مدرسه تهدید می‌کند؛
- ارائه کمک‌های اولیه به دانش‌آموزان یا کارکنانی که در مدرسه دچار حادثه یا آسیب شده‌اند؛
- ایمن‌سازی کلاس درس؛ و
- نظارت دقیق و کامل بر تمام دانش‌آموزان.

توصیه‌های ایمنی

احتمالا تمام معلمان مقاطع ابتدایی و متوسطه، هر روز بیشتر از دیروز، این حقیقت را باور می‌کنند که قانون در عرصه‌های گوناگون زندگی روزمره یک معلم حضور و بروز دارد و وظایف و مسوولیت‌های مشخصی را بر عهده او گذاشته است. اما در کنار تمام قوانین محلی، منطقه‌ای و کشوری، ظهور و بروز برخی تفاسیر قانونی در موارد خاص نیز ممکن است معلم یا مسوول یک مدرسه را به دردسر بیندازد.

در این عرصه، بیشتر مشکلات معمولا از ضعف نظارت بر عملکرد دانش‌آموزان نشات می‌گیرد ولی گاهی اوقات، موارد دیگری نیز ممکن است مشکل‌آفرین شوند؛ مثلا تصمیم‌گیری به جای پدر و مادر دانش‌آموز، به ویژه در مواردی که تصمیم معلم یا مسوول مدرسه با تصمیم والدین همخوانی ندارد و مورد اعتراض

و شکایت آنها قرار می‌گیرد. اگرچه نمی‌توان از هیچ معلمی انتظار داشت که تمام خطرهای غیرقابل‌پیش‌بینی را پیش‌بینی کند یا مانع بروز حوادث طبیعی شود، اما قانون از تمام معلمان انتظار دارد وقتی خطری در کمین دانش‌آموزان است، معلم به بهترین شکل با آن خطر مواجه شود و شرایط را به نحوی مدیریت کند که کمترین آسیب ممکن به دانش‌آموزان برسد.

مسوولیت نظارت بر رفتار و عملکرد دانش‌آموزان یکی از مهم‌ترین مسوولیت‌های معلمان است. در مواردی که به دنبال ضعف یک معلم در اجرای مسوولیت نظارتی‌اش، خطر یا آسیبی متوجه دانش‌آموز شود، دادگاه معمولا معلم را مقصر می‌داند. شناخت و رعایت برخی توصیه‌های ایمنی می‌تواند به معلمان و سایر مسوولان مدرسه کمک کند جلوی چنین وقایعی گرفته شود:

- برای تمام فعالیت‌های دانش‌آموزان در مدرسه باید قواعد ایمنی مشخصی در نظر گرفته و بر اجرای این قوانین تاکید شود؛
- آشنایی با قوانین ایمنی مدارس ضرورت دارد؛
- پایبندی به قوانین ایمنی مدارس در تمام رخدادهای کلاس و مدرسه ضرورت دارد؛
- درباره بیمه‌ای که معلمان و کارکنان مدرسه را تحت پوشش قرار داده، باید اطلاعات کافی کسب شود؛
- فراگیری اصول کمک‌های اولیه و اخذ مدارک لازم در این زمینه می‌تواند سودمند باشد؛
- نظارت کافی بر تمام فعالیت‌های دانش‌آموزان در کلاس درس و محیط مدرسه باید مد نظر باشد؛
- دانش‌آموزانی که کم‌سن‌وسال‌ترند یا معلول‌اند یا به هر دلیلی احتمال وقوع حوادث در مورد آنها بیشتر از دیگران است، باید بیش از دیگران تحت نظارت باشند؛
- تجهیزات مدرسه و ایمنی لوازمی که در آن مورد استفاده قرار گرفته، باید به طور مرتب وارسی شود؛
- حضور در زمان‌ها و مکان‌هایی که احتمال وقوع حادثه در آنها زیاد است،

ضرورت دارد؛

- ارائـه اطلاعـات کافی بـه معلمان جایگزیـن برای نظارت مناسـب بر دانش‌آموزان الزامی اسـت؛ به ویژه اطلاعات کافی در مورد دانش‌آموزان معلول، ناتوان، بیمار یا مبتلایان به مشکلات جسمی و ذهنی خاص؛
- پیش‌بینی‌هـای لازم درباره خطرهـای احتمالی در اردوهـای خارج از مدرسـه ضرورت دارد و نظارت کافی بـر دانش‌آموزان در این اردوها نیز الزامی است؛ و
- اگر دانش‌آموزی دچار حادثه شود، گزارش‌دهی فوری و دقیق حادثه باید در دستورکار مدرسه باشد.

گزارش‌دهی حوادث

معلمان، مربیان و مسؤولان مدرسه موظف‌اند در صورت بروز هر حادثه‌ای نسبت بـه گزارش‌دهی کامـل و فوری آن اقدام نمایند. این کار می‌تواند به شناسـایی عوامل خطرسـاز در محیط مدرسـه کمک کند و به چاره‌اندیشی برای رفع این عوامل منجر شـود. گزارش‌دهی دقیق می‌تواند اطلاعـات مفیدی برای ارزیابی برنامه‌های ایمنی مدرسـه فراهم کند. گزارش‌دهی یـک حادثه باید دربرگیرند موارد زیر باشد:

- نام و نام خانوادگی، سـن، پایه آموزشی و جنسیت دانش‌آموز یا کارمند حادثه‌دیده؛
- آدرس محل مسکونی فرد مصدوم؛
- تاریخ و زمان دقیق وقوع حادثه؛
- توضیـح جزییات حادثه، همراه با ماهیت و میزان آسـیب‌ها و چگونگی وقوع حادثه؛
- توضیـح عملکرد فرد مصدوم قبـل از وقوع حادثه؛ اعـم از یک فعالیت غیرایمن در شـرایط نامناسب یا تجهیزاتی که مورد استفاده قرار داده و مواردی از این قبیل؛
- اسامی افراد حاضر در محل حادثه؛

- اسامی مسؤولان و معلمانی که هنگام وقوع حادثه در مدرسه حضور داشته‌اند؛
- گزارش‌دهی درباره اطلاع به والدین یا وابستگان مصدوم یا دیگران؛
- گزارش‌دهی درباره کارهایی که بلافاصله پس از وقوع حادثه انجام شده؛ و
- تاریخ دقیقی که دانش‌آموزان و کارمندان، پس از آسیب، به مدرسه بازگشته یا بازمی‌گردند.

شاهدان حادثه باید این گزارش را امضا کنند. امضای مدیر، مسؤولان و کارمندان مدرسه نیز می‌تواند تکمیل‌کننده گزارش حادثه باشد.

حمل و نقل ایمن

رفت و آمد دانش‌آموزان از مدرسه به خانه و برعکس، معمولا از طریق پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری، استفاده از اتوموبیل یا سرویس مدرسه یا وسایل حمل و نقل عمومی صورت می‌پذیرد. مسؤولان مدرسه باید با دانش‌آموزان و والدین آنها برای اطمینان از ایمنی ایاب و ذهاب آنها همکاری کنند. بسیاری از عابران پیاده که دچار حادثه (و حتی مرگ) می‌شوند، دانش‌آموزند. بیشتر این تصادف‌ها نیز تصادف با وسایل نقلیه است. مدارس باید در ایمن‌سازی مسیر رفت و آمد دانش‌آموزان و حمل و نقل وسایل نقلیه در اطراف مدرسه بکوشند و به خطوط عابر پیاده در محیط پیرامونی خود مجهز باشند.

رفت و آمد دانش‌آموزان باید در مسیرهای از پیش تعیین‌شده و تحت نظارت دقیق بزرگسالان باشد و سوار و پیاده شدن آنها از وسایل نقلیه باید کاملا ایمن باشد. بستن کمربند ایمنی را نیز باید به کودکان آموزش داد و از اجرای درست و دقیق آن اطمینان حاصل کرد.

برخی دانش‌آموزان مقطع متوسطه ممکن است برای رفت و آمد به مدرسه رانندگی کنند یا با اتوموبیل دوستشان به مدرسه بیایند. در برخورد با رانندگی‌های غیرایمن باید کاملا جدی و قاطع بود. وضع قوانین خاص و اجرای

قاطعانه این قوانین در مدرسه، برای حفاظت از سلامت دانش‌آموزان و پرسنل آموزشی و سایر افراد جامعه، ضرورت دارد.
بسیاری از دانش‌آموزانی که در مناطق شهری زندگی می‌کنند، برای رفت و آمد در مسیر خانه و مدرسه از وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کنند. این دانش‌آموزان باید از دستورالعمل‌های ویژه‌ای برای حفظ ایمنی خود پیروی کنند؛ مثلا آنها نباید وقتی تنها هستند، منتظر وسایل نقلیه شوند و اگر مجبورند این کار را انجام دهند، نباید در مناطقی منتظر بمانند که تاریک و ناامن است. داخل اتوبوس هم بهتر است کنار راننده یا نزدیک به او بنشینند و از همکلامی یا همراهی با غریبه‌ها اجتناب کنند. همراه داشتن فلش مموری (حافظه جانبی) یا وسایل گران‌قیمت و اطلاعات شخصی مهم، یکی از خطاهایی است که برخی دانش‌آموزان هنگام استفاده از وسایل نقلیه عمومی مرتکب می‌شوند و پرهیز از این خطا ضرورت دارد. اگر دانش‌آموزان احیانا در جای خلوتی در مسیر خانه یا مدرسه، مورد حمله سارقان قرار گرفتند، بهتر است تسلیم شوند و وسایل گران‌قیمت خود را به سارقان تحویل دهند تا کمترین آسیب ممکن را ببینند. دانش‌آموزان باید همیشه ایمن‌ترین مسیر (نه کوتاه‌ترین مسیر) را انتخاب کنند.

ایمنی زمین‌های بازی

در هر مدرسه‌ای معمولا بیشترین آسیب‌دیدگی‌های دانش‌آموزان دبستانی در حیاط یا زمین بازی اتفاق می‌افتد. بنابراین ایمن‌سازی حیاط و زمین بازی و تجهیزات مربوط به آن، به ویژه برای دانش‌آموزان مقطع ابتدایی، ضرورت دارد. هر مدرسه‌ای باید علاوه بر ایمن‌سازی زمین بازی و تجهیزات مربوط به آن، نظارت مطلوبی نیز در این زمینه داشته باشد. مسوولان مدرسه باید ضمن آموزش اصول ایمنی به دانش‌آموزان، به این نکته نیز توجه داشته باشند که در صورت بروز موارد اورژانسی، به سرعت کمک‌های اولیه را به دانش‌آموزان آسیب‌دیده ارائه نمایند.
بیشتر آسیب‌دیدگی‌های دانش‌آموزان در حیاط مدرسه یا زمین بازی، به دنبال سقوط یا پریدن از روی تاب یا سرسره اتفاق می‌افتد. ارتفاع این قبیل دستگاه‌های

بازی و جنس سطحی که دانش‌آموزان بر آن سقوط می‌کنند، تعیین‌کننده نوع و شدت آسیب‌دیدگی خواهد بود. مصدومیتی که به دنبال سقوط بر سطح سنگ‌فرش اتفاق می‌افتد، طبیعتا با مصدومیت ناشی از سقوط بر چمن، خاک، ماسه یا کامپوزیت‌های ایمن، بسیار متفاوت است. از دیگر مصدومیت‌های رایج دانش‌آموزان در زمین‌های بازی می‌توان به برخورد زنجیر به بدن، پیچش طناب به گردن، برخورد با اشیای نوک‌تیز و برآمدگی‌های برنده، گیر کردن دست یا سر در فضاها یا زوایای کوچک و بروز اختلال در تجهیزات ورزشی یا سقوط دستگاه‌های بازی اشاره کرد.

آمادگی برای مقابله با سوانح و بلایا

هر مدرسه‌ای باید همیشه آماده رویارویی با انواع حوادث غیرمترقبه طبیعی یا غیرطبیعی باشد؛ حوادثی مانند آتش‌سوزی، انفجار، زلزله، گروگان‌گیری، بمب‌گذاری و موارد غیرمنتظره دیگر. هر مدرسه‌ای باید برای انجام اقدامات مناسب در مواقع اورژانسی آمادگی داشته باشد. تحقق این امر مستلزم برنامه‌ریزی‌های دقیق و اتخاذ راهکارهای مناسب برای افزایش ضریب ایمنی دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه است. مدرسه‌ها می‌توانند با همکاری کمیته برنامه‌ریزی اضطراری، برنامه‌ها و طرح‌های خود را در این زمینه توسعه دهند. مسوولان مدرسه معمولا این کمیته را برای تامین و توسعه برنامه‌های خود در مواجهه با شرایط اضطراری تاسیس می‌کنند. وظیفه این کمیته، ارائه و آموزش برنامه‌های کارآمد برای مواجهه مطلوب با چنین شرایط ویژه‌ای است. کمیته برنامه‌ریزی اضطراری باید به طور مرتب با نمایندگانی از والدین، دانش‌آموزان، مسؤولان مدرسه و کارشناسان اجتماعی در تعامل باشد.

برنامه‌های اضطراری مدرسه باید در سه سطح (محیط پیرامونی مدرسه، ساختمان مدرسه، کلاس‌های درس) تنظیم شود. یک برنامه اضطراری در سطح محیط پیرامونی مدرسه باید آموزه‌هایی در اختیار پرسنل منطقه قرار دهد که آن ها بتوانند به کمک آن آموزه‌ها بهترین واکنش را در شرایط اضطراری از خود نشان دهند. برنامه‌های اضطراری در سطح ساختمان مدرسه نیز باید با برنامه‌های

مربوط به محیط پیرامونی مدرسه سازگار باشد و در عین حال، بهترین عملکرد ممکن را به مسؤولان و کارکنان مدرسه در مواجهه با شرایط اضطراری بیاموزد. در سطح کلاس‌های درسی نیز مواجهه گام‌به‌گام با موقعیت‌های اضطراری را باید آموخت. این برنامه‌ها باید در بازه‌های زمانی مشخصی، به‌روز شوند و مورد بازبینی قرار گیرند.

تمام مسوولان، معلمان، کارکنان و دانش‌آموزان مدرسه باید وظایف و مسؤولیت‌های خود را در موارد اضطراری به روشنی درک کنند و این امر باید در فواصل زمانی مشخصی، حداکثر سالی یک بار، تمرین و تکرار شود. دقت و درستی این آموزه‌ها باید با مراکز اورژانس محلی و پرسنل خدمات اورژانس نیز چک شود. بسیاری از مدارس با استفاده از الگوهای شبیه‌سازی موارد اضطراری سعی می‌کنند آموزه‌های لازم را به دانش‌آموزان و کارمندان خود ارائه نمایند.

محیط ایمن مدرسه

ویژگی‌های یک محیط ایمن

اطمینان از اینکه همه اجزای یک مدرسه از ایمنی کافی برخوردارند، بسیار حائز اهمیت است. مدارسی که سالم و ایمن هستند، ضریب اطمینان بالاتری برای دستیابی به موفقیت دارند. مسؤولان مدارس با رعایت برخی موارد می‌توانند به افزایش ضریب ایمنی مدارس خود کمک کنند؛ از جمله:

- نظارت دقیق بر ساختار کلی و جزیی مدرسه؛
- کاهش مساحت مدرسه و کلاس‌های درس؛
- برنامه‌ریزی دقیق برای به حداقل رساندن حضور دسته‌جمعی در راهروها و مکان‌های پرخطر؛ مثلا با اصلاح الگوی تردد دانش‌آموزان در مدرسه می‌توان احتمال بروز بسیاری از خطرها و برخوردها را کاهش داد؛
- اجرای طرح بازرسی ایمنی ساختمان با همکاری پرسنل حفاظت مدرسه و کارشناسان قانونی مربوطه و پایبندی به قوانین موجود در خصوص رعایت مسایل ایمنی؛
- بسته نگه داشتن درهای ورودی مدرسه در طول ساعات صرف ناهار و

استراحت دانش‌آموزان؛

- تعیین سیاست‌های مدرسه در خصوص استفاده از لباس‌های متحدالشکل؛
- گماردن گشت‌ها یا ناظران ویژه در زمان‌ها و مکان‌های حساس (به عنوان مثال، در فضای راهروها و محوطه مابین کلاس‌ها هنگام تردد دسته‌جمعی دانش‌آموزان) و افزایش نظارت‌ها در مناطقی که احتمال وقوع حادثه بیشتر است؛
- منع دانش‌آموزان از تجمع در موقعیت‌هایی که احتمال وقوع درگیری، قانون‌شکنی یا رفتارهای ناسالم و غیرایمن در آن موقعیت‌ها بیشتر است؛ و
- نظارت بر محیط پیرامونی مدرسه؛ اعم از ایستگاه اتوبوس و پارکینگ
- همکاری با پلیس محلی برای اطمینان از امنیت مسیرهای تردد منتهی به مدرسه.

علاوه بر این، مدارس می‌توانند مناطق ایمن را شناسایی و معرفی کنند تا دانش‌آموزان و کارمندان مدرسه بتوانند هنگام وقوع حادثه به آن مناطق پناه ببرند. ضمن اینکه نباید از خاطر برد که شرایط ظاهری ساختمان مدرسه نیز می‌تواند بر نگرش‌ها، انگیزه‌ها و رفتارهای دانش‌آموزان تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، احتمال ارتکاب جرم و خشونت در مدرسه‌ای که ساختمانش نیاز به تعمیر اساسی داشته باشد یا ظاهری کثیف و غیربهداشتی داشته باشد و دمای کلاس‌هایش خیلی سرد یا خیلی گرم باشد و دیوارهایی شلوغ و خط‌خطی داشته باشد، افزایش می‌یابد.

مقابله با خشونت در مدرسه

یکی از رایج‌ترین دغدغه‌های مسوولان مدارس، مراقبت از دانش‌آموزان، معلمان، مربیان و سایر کارکنان مدرسه است. هر از چندگاه، انتشار خبر حادثه‌ای مانند درگیری در یک مدرسه، این دغدغه را تشدید می‌کند و مسوولان و معلمان را به فکر استفاده از راهکارهای موثرتری برای تقویت ضریب ایمنی مدرسه

می‌اندازد. متاسفانه بروز پرخاشگری و خشونت به مدارس مقطع متوسطه محدود نمی‌شود و گاهی در مقطع ابتدایی نیز شاهد این‌گونه رفتارها هستیم. خشونت، فارغ از تاثیر منفی‌اش بر امنیت مدرسه، باعث می‌شود روند رشد و آموزش در مدرسه مختل شود. گزارش‌ها حاکی از نگرانی روزافزون مسوولان مدارس، معلمان و والدین دانش‌آموزان در خصوص امکان بروز خشونت در اماکن آموزشی است. بسیاری از معلمان اعتراف کرده‌اند که توسط یکی از شاگردان خود تهدید شده‌اند. طبیعتا معلمانی که در کلاس درس دچار احساس ترس و تهدید شوند، توان کمتری برای تدریس اثربخش خواهند داشت.

امروزه مسوولان ناگزیرند از سیاست‌های هدفمندی برای ارتقای ضریب ایمنی و حفاظت دانش‌آموزان و کارکنان مدارس استفاده کنند. نباید از موارد مشهود زورگویی یا آزار و اذیت چشم‌پوشی کرد و باید به فکر اجرای طرح‌های موثری برای پیشگیری از این‌گونه تخلفات بود. مدرسه باید محیطی عاری از جرم و خشونت باشد و با هرگونه حمل سلاح یا مواد مخدر در این محیط باید قاطعانه برخورد شود.

یک راه آسان برای جلوگیری از ورود و خروج غیرمجاز در مدارس، این است که دانش‌آموزان صرفا اجازه تردد از یک در داشته باشند و تعداد درهای ورودی قابل دسترس به حداقل ممکن کاهش یابد. بعضی مدارس نیز ورودی‌های مجزایی برای دانش‌آموزان، مسؤولان، کارمندان و سایر مراجعان در نظر می‌گیرند. کارکنان و مسؤولان مدرسه باید نسبت به افراد مشکوک و فعالیت‌های مشکوکی که ممکن است در محیط پیرامونی مدرسه دیده شود، هوشیار و حساس باشند.

ضرورت گزارش‌دهی موارد سوءاستفاده از کودکان

مدارس موظف‌اند تمام موارد سوءاستفاده از کودکان را به سرعت گزارش کنند تا هر چه سریع‌تر با هر مورد برخورد شود، از سوءاستفاده‌های بعدی پیشگیری به عمل آید و اقدامات درمانی لازم در هر مورد صورت پذیرد. این امر، نیازمند همکاری پزشکان، مربیان بهداشت، نهادهای اجتماعی، ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، ارائه‌کنندگان مراقبت‌ها و خدمات بهداشت روان، مددکاران اجتماعی،

معلمان و سـایر مسوولان مدرسه است. تمام دستگاه‌ها و انجمن‌های ذیربط باید با انواع گزارش‌های سوءاسـتفاده از کودکان و قوانین مربوط به آنها آشـنا باشند. عدم گزارش موارد مشکوک می‌تواند منجر به بازخواست قانونی و پیگیری قضایی شود و فردی که موارد مشکوک را گزارش می‌کند، باید از دردسرهای قانونی آتی در امان باشد.

قانون، تمام معلمان را موظف کرده است به محض مشاهده هر مورد مشکوکی در این زمینه، پلیس یا سایر سازمان‌های محلی مراقبت از کودکان را در جریان قرار دهند. به همین دلیل، بهتر است تمام معلمان با قوانینی که در این زمینه وجود دارد، آشنا شوند و شیوه گزارش‌دهی موارد مشکوک را به خوبی فرا بگیرند. این اطلاعات تقریبا در تمام نهادهای اجتماعی در دسـترس است و مدیران مدرسه نیز می‌توانند این اطلاعات را در اختیار پرسـنل خود قـرار دهند. گزارش اولیه معمولا به صورت شفاهی در اختیار سازمان مراقبت از کودکان یا مراجع قانونی ذیربط قرار می‌گیرد. قوانین به طور دقیق مشخص می‌کند چه اطلاعاتی را باید در گزارش موارد سوءاستفاد از کودک گنجاند؛ اطلاعاتی اعم از نام و نام‌خانوادگی و سـن و نشانی کودک یا والدینش، شرایط کودک در خانه و آسیب‌هایی که به او وارد شده است.

مدرسه عاری از دخانیات

مدرسه عاری از دخانیات، مدرسه‌ای است که جلوی دود انواع دخانیات (چه دود مستقیم، چه دود غیرمستقیم) می‌ایستد. پزشکان و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی معتقدند وقتی غیرسیگاری‌ها در معرض دود سیگار قرار می‌گیرند، سلامت‌شان همانند سلامت سیگاری‌ها به خطر می‌افتد. دود سیگاری که مستقیم یا غیرمستقیم استنشاق کنید، شما را در معرض سرطان ریه و بیماری‌های انسدادی ریه قرار می‌دهد. بسیاری از غیرسیگاری‌ها تحت تاثیر همین دودی که به طور غیرمستقیم به ریه‌هایشان راه پیدا کرده، جان خود را از دست داده‌اند. سالانه ۵۰ هزار ایرانی به دلیل استعمال دخانیات می‌میرند. از این ۵۰ هزار نفر، دست کم هزار نفر متعاقب استنشاق دود دست دوم دخانیات جان باخته‌اند. دود غیرمستقیم، سلامت کودکان را بیش از دیگران به خطر می‌اندازد. به همین دلیل، مدرسه‌ها موظف‌اند تمام تلاش خود را برای «عاری از دخانیات» شدن به خرج دهند. دستیابی به این هدف، دست کم از دو جهت، بسیار حائز اهمیت است. اول اینکه، مدرسه «عاری از دخانیات» می‌تواند سلامت دانش‌آموزانش را در ساعات حضورشان در مدرسه حفظ کند. دوم اینکه، چنین مدرسه‌ای می‌تواند پیام‌های ضددخانیات خود را از مدرسه به خانواده و جامعه منتقل کند. قوانین اجازه سیگار کشیدن در اماکن عمومی را نمی‌دهند. طبق این قوانین، استعمال دخانیات در اماکنی که با بودجه دولتی اداره می‌شود نیز، ممنوع است. مدارس نیز بهتر است سیاست روشنی در برخورد با دود سیگار (چه مستقیم، چه غیرمستقیم) در پیش بگیرند و این سیاست را به تمام دانش‌آموزان و کارکنان خود نیز اطلاع دهند.

تغذیه سالم

مدرسه‌ای که به تغذیه سالم اهمیت می‌دهد، باید حرف و عملش یکی باشد؛ یعنی آموزه‌هایش درباره تغذیه سالم در کلاس درس باید با تغذیه‌ای که در بوفه یا سالن غذاخوری عرضه می‌کند، سازگاری داشته باشد. چنین مدرسه‌ای می‌تواند تغذیه سالم را نه تنها در قالب تئوری، بلکه عملا نیز به دانش‌آموزانش

بیاموزد و آنها را به عادت‌های غذایی سالم پایبند کند. در مقابل، مدارسی نیز هستند که در کلاس‌های درسی خود از تغذیه سالم حرف می‌زنند ولی بوفه‌شان ساز دیگری می‌زند.
این مدارس برای دستیابی به منافع اقتصادی بیشتر، در بوفه‌های خود نوشابه و آبنبات و سایر تنقلات زیانبار را عرضه می‌کنند و به این ترتیب، پیام‌های متناقضی درباره تغذیه سالم به دانش‌آموزان خود می‌دهند. این رفتار با سیاست‌ها و برنامه‌های ترویج تغذیه سالم در مدارس، تضادی آشکار دارد. سالم‌سازی تغذیه در مدارس مستلزم مشارکت مسؤولان مدرسه، معلمان، والدین دانش‌آموزان، گردانندگان بوفه و ارائه‌کنندگان خدمات غذایی در مدارس است.

بوفه مدرسه

بوفه مدرسه باید به تقویت عادت‌های غذایی سالم بپردازد و با عرضه وعده‌های اصلی و میان‌وعده‌های متنوع و سالم، طبق راهنمای هرم غذایی (رجوع کنید به فصل ۸)، به سالم‌سازی وضعیت تغذیه در مدرسه کمک کند. دستیابی به این هدف مستلزم آموزش اصول تغذیه سالم به ارائه‌کنندگان خدمات غذایی در مدارس است. این افراد می‌توانند از مشورت‌های معلمان یا مربیان بهداشت در خصوص تغذیه سالم نیز بهره‌مند شوند.
پس از اطلاع‌رسانی مناسب، انتخاب وعده‌ها و میان‌وعده‌های سالم (مانند سالاد، میوه و تنقلات کم‌چرب) را باید به دانش‌آموزان سپرد. مسئولان مدرسه، معلمان و مربیان بهداشت باید در خصوص دانش‌آموزانی که تحت رژیم‌درمانی هستند و نمی‌توانند از هر غذایی استفاده کنند، اطلاعات لازم را به گردانندگان بوفه مدرسه ارائه کنند. امروزه بسیاری از مدارس در دستگاه‌های فروش خود نیز مواد غذایی سالم و باارزش را جایگزین تنقلات ناسالم و بی‌ارزش کرده‌اند.

برنامه ویژه توزیع شیر در مدرسه

به موجب این برنامه، بین تمام کودکان شیر توزیع می‌شود. طبق دستورالعمل کشوری، توزیع شیر نیز مانند تمام وعده‌های غذایی برای کودکان واجدالشرایط

باید رایگان باشد.

مطالعه سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت مدارس

مطالعه سیاســت‌ها و برنامه‌های سلامت مدارس (SHPPS) یک ارزیابی جامع از اهداف و برنامه‌های آموزش ســلامت در مدارس ایالات متحده آمریکا بود که توسط مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) انجام و به موجب آن، مقرر شــد که پس از بررسی برنامه‌های کشوری سلامت مدارس در سال‌های ۱۹۹۴، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶، برنامه جامع‌تری برای سال ۲۰۱۲ طراحی و تدوین شود. در سال ۲۰۰۶، ضمن سنجش ۸ مؤلفه برنامه‌های هماهنگ سلامت مدارس، سه موضوع دیگر (کسب آمادگی برای مواجهه با شرایط اضطراری، محیط فیزیکی و وضعیت اقلیمی مدرســه) نیز مورد مطالعه قرار گرفت. ارزیابی سیاســت‌ها و برنامه‌های سال ۲۰۰۶، اطلاعات جزیی‌تری درباره برنامه‌های سلامت در سطوح منطقه‌ای، مدرســه‌ای و کلاســی (در مقاطع تحصیلی مختلف) به دست داد. این برنامه‌ها تاکید ویژه‌ای بر همکاری و تعامل کارکنان مدارس و سازمان‌ها و مؤسسات دیگر داشتند. با مقایسه برنامه‌ها و سیاست‌های سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶ به خوبی می‌توان روند تغییر و اصلاح سیاست‌ها و برنامه‌ها را در این بازه زمانی مشاهده کرد (کان، برنر و وشلر، ۲۰۰۷).

یافته‌های این مطالعه می‌تواند منبع مناســبی برای سیاســت‌گذاران، مسوولان مــدارس، معلمان و مربیانی باشــد که تامین نیازهای بهداشــتی دانش‌آموزان، اولویت‌بندی ماهرانه برنامه‌ها و بودجه‌بندی حسابگرانه هزینه‌ها جزو دغدغه‌های آنهاســت. در ســطح محلی و منطقه‌ای نیز هر مدرسه‌ای می‌تواند از این یافته‌ها بهره‌مند شــود و جایگاه خودش را در ســطح کلان این برنامه‌ها بیابد و وضعیت خــودش را ارزیابی کنــد. یافته‌های این مطالعه حتی می‌تواند پاســخگوی این پرســش باشــد که آیا برنامه‌های ســلامت مدارس توانســته در تامین نیازهای بهداشــتی جامعه نیز ایفای نقش کند و به کاهــش رفتارهای پرخطر جوانان و نوجوانان منجر شود یا نه (کان، برنر و وشلر، ۲۰۰۷).

فهرست منابع فصل اول

Allensworth, D., Lewallen, T. C., Stevenson, B., & Katz, S. (2011). Addressing the needs of the whole child: What public health can do to answer the education sector's call for a stronger partnership. *Preventing Chronic Disease, 8(2), 1-6.*

American Academy of Pediatrics. (2011). Clinical Report: The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics, 127 (4),* 800-804.

American Cancer Society. (2005). *School Health.* Atlanta: Author. Available at www.cancer.org

American Cancer Society. (2007). *National Health Education Standards: Achieving Excellence.* Atlanta: Author.

American Cancer Society. (2011). *Understanding the coordinated school health program.* Atlanta: Author. Available at www.cancer.org/Healthy/MoreWaysACSHelpsYouStayWell/SchoolHealth/Understanding the coordinated school health program/index.

Brener, N.D., Pejavara, A., & McManus, T. (2011). Applying the School Health Index to a Nationally representative sample of schools: Update for 2006. *Journal of School Health, 81(2), 81-90.*

Briggs, M., Fleischhacker, S., & Mueller, C. G. (2010). Position of the American Dietetic Association, and Society for Nutrition Education: Comprehensive Nutrition Services. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 42(6), 360-371.*

Budd, G. M., & Volpe, s. l. (2006). School-based Obesity Prevention: Research, Challenges, and recommendations. *Journal of School Health, 76(10), 485-495.*

Centers for Disease Control and Prevention. (2003). *Ten strategies to promoting physical activity, healthy eating, and a tobacco-free lifestyle through school health programs.* Atlanta: Division

of Adolescent and school health. Available at www.cdc.gov/healthyyouyh/physicalactivity/promoting-health /index.htm#strategies.

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Coordinated school health.* Atlanta: Division of Adolescent and school health. Available at www.cdc.gov/healthyyouyh/cshp/index.htm.

Child Welfare Information Gateway. (2008). *Child maltreatment 2006: Summary of key findings.* Washington, DC: NCCANI.

Common Sense Media. (2011). *Talking about sexting.* San Francisco, CA: Author. Available at http://www.commonsensemedia.org/talking-about-sexting.

Coronado, V. G., Xu. L., Basavaraju, S. V., McGuire, L. C. Wald, M. W., Faul, M. D., Guzman, B. R. & Hemphil, J. D. (2011). Surveillance for traumatic brain injury, related deaths: United States, 1997-2007. Morbidity and Mortality Weekly Report, 60(SS05), 1-32.

Council of Chief State School Officers. (2004). *Policy statement on school health.* Washington, DC: Author.

Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Lim, Whittle, L., C., Brener, N. D., & Wechler, H. (2010). Youth risk behavior surveillance: United States, 2007. In *CDC Surveillance summaries,* June 4. Morbidity and Mortality Weekly Report, 59(SS-5).

Faul, M., Xu, L., Wald, M. M., & Coronado, V. G. (2010). *Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalization, and Deaths.* Atlanta: Centers for Disease Prevention and Control, National Center for Injury Prevention and Control.

Federal Emergency Management Agency. (2011). Resources for Parents and Teachers. Washington, DC: Author. Available at www.fama.gov/kids/schdizr.htm

Fertman, C. I., Allensworth, D. D. (2010). *Health promotion programs:*

from theory to practice. Sanfrancisco: Jossey-Bass.

Flegal, K. M., Carrol, M. D., Ogden, C. L., & Curtin, L. R. (2010). Prevalence and Trends in Obesity among U.S. Adults, 1999-2008. *Journal of the American medical association, 303(3), 235-241.*

Gieger, B. F., Fulmor, J. S., & Werner, K. A., (2010b). Health education curriculum. In C. Kridel, *Encyclopedia of curriculum studies*(pp. 42-429). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Gieger, B. F., Fulmor, J. S., & Werner, K. A., (2010a). History of Health education curriculum. In C. Kridel, *Encyclopedia of curriculum studies*(pp. 429-431). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Graham, G., Holt-Hale, S. A., & Parker, M. (2004). *Children moving: A reflective approach to teaching physical education (6th ed.).* New York: McGraw-Hill.

Herbert, P. C., & Lohrmann, D. K. (2011). It's all in the delivery! An analysis of instructional strategies from effective health education curricula. *Journal of school health,* 81(5), 258-264.

Hinduja, S., & Patchin, J. W., (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. Archives of suicide research, 14(3), 206-221.

Hoyle, t. B., Bartee, R. T., & Allensworth, D. D (2010). Applying the process of health education in schools: A commentary. Journal of school health, 80(4), 163-166.

Inmann, D. D., van Bakergem, K. M., Larosa, A. C., & Garr, D. R. (2011). Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *American journal of preventive medicine,* 40(2), 207-219.

Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7, 40.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. & Schulenberg, J. E. (2011). *Monitoring the future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings,* 2010. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

Joint Committee on Health Education Standards. (2006). *Achieving health literacy: An investment in the future.* Atlanta: American Cancer Society.

Lohrmann, D. K. (2010). A complementary ecological model of the coordinated school health program. *Journal of school health, 80(1). 1-9.*

National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (2010). Fast Facts: Summary of 2009 preliminary birth data from the national center for Health Statistics. Available at www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/fastfacts_2009birthdata.pdf

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). *Tobacco use: Targeting the nation's leading killer at a glance 2011.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2011/tobacco_AAG_2011_508.pdf.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *School health index (SHI).* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Available at www.cdc.gov/healthyyouth/shi/index.htm

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). *School health programs: Improving the health of our nation's youth-at a glance 2011.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Available at http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/dash.htm#links

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *Unintentional drowning: Fact sheet.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Available at www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/water-safety/waterinjuries-factsheet.html.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). *Traumatic Brain Injury.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. Available at www.cdc.gov/traumaticbraininjury.

National Fire Protection Association. (2011a). NFPA Safety tips & Fact sheets. Available at www.nfpa.org

National Fire Protection Association. (2011b). The U.S. fire problem. Available at www.nfpa.org

National Highway Traffic Safety Administration. (2008). *Teen driver crashes: A report to congress* (DOTHS 81005). Washington, DC: Author.

National Highway Traffic Safety Administration. (2008). Teen drivers: additional resources. Washington, DC: Author. Available at www.nhtsa.gov/Driving+Safety/Driver+Education/Teen+Drivers/Teen+Drivers+-+Additional+Resources.

National Institute on Drug Abuse. (2011). *Understanding drug abuse and addiction.* Bethesda, MD: National Institute of Health. Available at http://www.inda.nih.gov/PDF/ InfoFacts/Understanding.pdf.

Ogden, C. L., Carrol, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M., & Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in U.S. children and adolescents, 2007-2008. *Journal of the Amerinan Medical Association, 303(3), 242-249.*

Story, M., Kaphingst, K. M., & French, S. (2006). The role of schools in obesity prevention. *The future of children, 16(1), 109-142.*

University of New Hampshire Cooperative Extension. (2010). Understanding Bullying. Durham, NH: Author. Available at www.externsion.unh.edu.

Wade, A., & Beran, T. (2011). Cyberbullying: The new era of bullying. *Canadian Journal of School Psychology,* 26(1), 44-61.

Winnail, S., Dorman, S., & Stevenson, B. (2004). Training leaders for school health programs. *Journal of School Health,* 74(3), 79-84.

فهرست منابع فصل دوم

Allensworth, D., Lewallen, T. C., Stevenson, B., & Katz, S. (2011). Addressing the needs of the whole child: What public health can do to answer the education sector's call for a stronger partnership. *Preventing Chronic Disease,* 80(2), 1-6.

Ana, G. R., & Shendell, D. G. (2011). School environmental health programs and the challenges of achieving the Millenium Development Goals. *Journal of School Health*, 81(2), 55-56.

Baisch, M. J., Lundeen, S. P., & Murphy, M. K. (2011). Evidence-based research on the value of school nurses in an urban school system. *Journal of School Health*, 81(2), 74-80.

Bannister, A., & Kelts, S. (2011). *Position state- ment: The role of the school nurse and school based health centers*. Silver Springs, MD: National Association of School Nurses.

Board, C., Bushmiaer, M., Davis-Alldritt, L., Fekaris, N., Morgitan, J., Murphy, K., & Yovv, B. (2011). *Position statement: Role of the school nurse*. Silver Springs, MD: National Associa- tion of School Nurses.

Center for Health and Health Care in Schools. (2005). *A question and answer session on health care in schools*. Washington, DC: Author. Available at www.healthinschools.org.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *School health index for physical activity and healthy eating: A selfassessment and planning guide*. Atlanta: Author. Available at https://apps_nccd.cdc.gov/SHI/Default .aspx.

Child Welfare Information Gateway. (2009). *Making and screening reports of child abuse and neglect: Summary of state laws*. Washington, DC: Children's Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

Committee on School Health. (2004). Policy statement: School-based

mental health services. *Pediatrics*, 113(6), 1839-1845.

Dryfoos, J. G. (2008). Centers of hope: Full-service community schools can improve the lives of children in poverty. *Educational Leadership*, 65(7), 38-43.

Environmental Protection Agency. (2010). Indoor air quality. Available at http://cfpub.epa.gov/ schools/top_sub.cfm?t_id=45&s_id=4.

Food Research & Action Center (2009) *Child nutrition fact sheet School Breakfast Program*. Available at http://frac.org/pdf/cnsbp pdf.

Geierstanger S. P., Amaral G. Mansour M. & Walters S. R. (2004) School based health centers and academic performance Research challenges and recommendations. *Journal of School Health,* 74(9) 347-352.

Grogan, J. (2011 January 24). Lack of school nurses leaves students at risk. MDNews E-Newsletter. Available at www.mdnews.com/ news/2011-01/ lack- of- nurses- leaves- students- at- risk.

Hankin A Hertz M & Simon T (2011). Impacts of metal detector use in schools Insights from 15 years of research. *Journal of School Health,* 81(2) 100 -106.

Kann L. Brener N. D., & Wechsler H. (2007). Overview and summary School Health Policies and Programs Study 2006, *Journal of School Health*, 77(8) 385-397.

McCreery J., & Hill T. (2005 February). Illuminating the classroom environment. *School Planning & Management,* Available at www. petrilicom/archive/spm/850shtm.

NASN (2004a). *Issue brief: Environmental concerns in the school setting Castle Rock* CO, Author.

NASN (2004b), *Issue brief: Privacy standards for student health records Castle Rock*, CO: Author.

NASN. (2004c). *Position statement: Emergency care plans for students with special health care needs,* Castle Rock, CO: Author.

NASN. (2006). *Issue brief School nursing man- agement of students with chronic health conditions,* Castle Rock, CO: Author.

National Association of School Nurses. (2010). *Position statement: Caseload assignments,* Castle Rock, CO: Author.

New Hampshire Department of Education (2011). *Confidentiality and public school health records,* Concord, NH: Author. Available at http://www.education.nh.gov/instruction/schoolhealth/faq_records.htm.

New Mexico Department of Health (2011). *New Mexico School Health Manual,* Santa Fe, NM: Ofice of School Health, New Mexico Department of Health, Available at http://www.nmschoolhealthmanual org/index.html.

Rittner-Heir, R. (2004). Healthful school environments. *School Planning & Management*, October. Available at www.peterli.com/archive/spm/760.shtm.

Robert Wood Johnson Foundation. (2009). *Improving child nutrition policy: Insights from national USDA study of school food environments: Policy brief,* Princeton, NJ: Author.

Smith, S. K. (2009). *Mandatory reporting of child abuse and neglect.* Available at http://www.smith-lawfirm.com/mandatory_reporting.htm.

Story, M., Kaphingst, K. M., & French, S. (2006). The role of schools in obesity prevention. *The Future of Children*, 16(1), 109-142.

Strolin-Goltzman, J. (2010). The relationship between school-based health centers and the learning environment. *Journal of School Health*, 80(3), 153-159.

Tucker, C. (2011). School-based health centers improving access for youth: School settings a boon to student health. *The Nations*

Health, 41(3), 1-20

USDA. (2011a). *National school lunch program--Fact sheet*. Available at www.fns.usda.gov/cnd/ Lunch/AboutLunch/ NSLPFactSheet.pdf.

USDA. (2011b). *The school breakfast program--Fact sheet*. Available at www.fns.usda.gov/cnd/ breakfast/AboutBFast/SBPFactSheet.pdf.

USDA. (2011c). *Special milk program-Fact sheet*. Available at www.fns.usda.gov/cnd/Milk/AboutMilk/SMPFactSheet.pdf.

USDA. (2008a, May 23). *National school breakfast program: Participation and breakfasts served*. Available at www.fns.usda.gov/pd/sbsummar.htm.

USDA. (2008b, May 23). *National school lunch pro- gram: Participation and lunches served*. Available at www.fns.usda.gov/pd/slsummar.htm.

U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *Healthy People 2020*. Washington, D.C.: USDHHS Available at www.healthypeople .gov/2020/default.aspx.

Varias, L. (2008). Full-service community schools. *ASCD Info brief, 54 (Summer),* 1-6. Availabley at http://www.ascd.org/publications/newsletters/policy-priorities/summer08/num54.aspx.

Zimmerman, B. (2005). What do all of these have in common? Linking the Coordinated School Health Program, School Health Council and Child Nutrition and WIC Reauthorization Act of 2004-PL 108-265. *NASN Newsletter*, November.