نیازهای آموزشی والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در حوزه سلامت جسمانی

اعظم ملایی‌نژاد *
دکتر حسن‌رضا زین‌آبادی **
دکتر علیرضا کیامنش ***
دکتر حسین عباسیان ****

چکیده

این مطالعه با هدف شناسایی نیازهای آموزشی والدین دانش‌آموزان دورهٔ ابتدایی در حوزه سلامت جسمانی انجام شده است. روش پژوهش ترکیبی و از نوع اکتشافی و در بخش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی استقرایی است. نمونه موردنظر از میان صاحب‌نظران و کارشناسان موضوعی با روش گلوله برفی و به صورت هدفمند انتخاب شده و ابزار در این مرحله مصاحبه باز بوده است که تا دستیابی به مرحله اشباع انجام شده است. در بخش کمّی، این مطالعه از نوع پیمایشی و از نظر هدف، از نوع پژوهش کاربردی است. درمجموع ۳۰۰ مدیر، ۱۸۰۰ معلم و ۳۶۰۰ ولی دانش آموز از ۱۰ استان نمونه این پژوهش بودند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق‌ساخته است که براساس نتایج حاصل از بخش کیفی طراحی و روایی آن کسب شده و پایایی پرسشنامه نیز ۰/۹۶ محاسبه و سپس میان نمونه آماری اجرا شده است. در این مطالعه ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی شناسایی شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که پاسخگویان همهٔ گویه‌ها، نشانگرها و ابعاد را در حد زیاد و خیلی زیاد مورد نیاز دانسته‌اند. اولویت‌بندی نیازها همچنین از دیدگاه مدیران و معلمان یکسان بوده است، اما میان نظرات مدیران و والدین و نظرات معلمان و والدین تفاوت معنادار وجود دارد. اولویت نیازها از دیدگاه هر سه گروه به ترتیب ۱. نیازهای بهداشتی، ۲. نیازهای تغذیه و ۳. نیازهای مهارتهای حرکتی است.

کلید واژگان: نیازسنجی، والدین، دانش آموزان دوره ابتدایی، سلامت جسمانی

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۱

* دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول) mollaeenezhad@gmail.com
** دانشیار مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی zeinabadi_hr@khu.ac.ir
*** استاد تحقیق و ارزشیابی، دانشگاه خوارزمی drarkia@gmail.com
**** استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه خوارزمی h_abbasian@khu.ac.ir

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

مقدمه

کودکان سرمایه‌های اصلی هر جامعه به شمار می‌روند و پرداختن به سلامت آنان پایه و مبنای سلامت کل جامعه در آینده است و تاثیری انکارناپذیر در ارتقای سطح سلامت کشور می‌گذارد. یکی از اساسی‌ترین شیوه‌ها برای دستیابی به سلامتی، آشنایی با مفاهیم مربوط به سلامت است. سلامت دارای مفهومی گسترده است، بنابراین با توجه به میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع و شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی هر جامعه تعریف می‌شود. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی[1]، سلامت عبارت است از تامین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی. براین اساس معنای سلامت به نبود بیماری و نقص عضو، محدود نمی‌شود، بلکه شامل سه محور جسم، روان و جامعه می‌شود. امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. باید توجه داشت که ابعاد گوناگون سلامتی بر یکدیگر اثرگذارند و تحت تاثیر یکدیگر قرار می‌گیرند. سلامت جسمانی را نسبت به ابعاد دیگر سلامت، ساده‌تر می‌توان ارزیابی کرد. سلامت جسمانی ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلولها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمانی است. برخی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر(سیدنوزادی، ۱۳۹۲). در برنامه درسی جامع آموزش سلامت در مدارس (۱۳۸۴)، سلامت جسمانی شامل مراقبت از اندامها، شناخت سیستمهای بدن، سلامت تغذیه ای، تحرک و تربیت بدنی، پیشگیری از بیماریها و حوادث و توجه به ایمنی است (اسکندری و رفیعی‌فر،۱۳۸۴). سهیلی (۱۳۹۲) ابعاد سلامت جسمانی را به نقل از مجمع بهداشت و هیات اجرایی یونیسف، شامل سلامت اندامها ، بهبود تغذیه و طرز نگهداری مواد غذایی، بهداشت فردی و بهداشت محیط، واکسیناسیون، کنترل بیماریهای واگیر و بومی، درمان ساده، بهداشت حرفه ای، مقابله با سوانح و حوادث و بهداشت دهان و دندان دانسته است. در سند برنامه درسی ملی مهارتهای حرکتی و آمادگی جسمانی، بازیها و رشته‌های ورزشی، تفریحات سالم، اصول تغذیه سالم و متوازن، ایمنی و پیشگیری از آسیبهای فردی و جمعی، مهارتهای زیستی و بهداشت فردی و عمومی، نظام مراقبت از سلامت جسمانی و روانی و بهداشت بلوغ و سلامت نوجوانی از موارد مهم حوزه سلامت و تربیت بدنی بیان شده است (سند برنامه درسی ملی،۱۳۹۱: ۲۹).

1. World Health Organization (WHO)

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

یکی از مفاهیم مهم در دوران کودکی سلامت جسمانی است(میرنصوری و همکاران،۱۳۹۴). عوامل گوناگون بر سلامت جسمانی کودکان تاثیرگذارند. نتایج مطالعات کار و هوسی[1] (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که والدین از عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر جهت‌گیری‌های کاری کودکان و نگرش و سلامت جسمانی آنها هستند (به نقل از دفورژ و ابوچار[2]، ۲۰۰۳). سالیس و همکاران[3] (۱۹۹۲) نیز به نقل از همتی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۳)، دربارهٔ تاثیرات رفتارهای مرتبط با فعالیتهای جسمانی والدین کودکان ۹ ساله دریافتند که نگرش مثبت والدین در مورد فعالیتهای جسمانی، مشارکت مستمر کودکان در فعالیتهای جسمانی را برمی‌انگیزد. فرزندانی که والدین آنها در فرآیند آموزش ایشان خود را درگیر می‌سازند، عملکردی بهتر دارند. والدین باتوجه به آموزش ارزشها، رفتارهای مناسب، باورهای معنوی، قومی–فرهنگی و سنتها، نخستین آموزگار فرزندان خود هستند؛ تعامل والدین و پشتیبانی آنها به بهبود نتایج علمی، اجتماعی، عاطفی و سلامت دانش آموزان کمک نموده و سبب می‌شود که مدارس بتوانند تاثیری بیشتر بر جمعیتی بگذارند که به آنها خدمات ارائه می‌دهند. همچنین مداخلات والدین در تغذیه سالم بر بهبود فعالیتهای جسمی تاثیر بسیار داشته است (سازمان خدمات عمومی انتاریو[4]، ۲۰۱۵). بنابراین ایجاد فضایی برای عملکرد مشترک بهداشتی میان مدرسه و والدین و نیز همکاری سه جانبه میان خانواده و مدرسه و جامعه برای بهبود سلامت کودکان و خانواده‌ها ضروری است (رمضانخوانی، ۱۳۹۲؛ علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲).

پژوهشهای انجام شده در سالهای اخیر، در زمینه وضعیت سلامت جسمانی کودکان ایرانی در زمینه شیوع بیماری به مواردی مانند شیوع انگلهای روده‌ای و شپش (امیری و همکاران، ۱۳۸۷؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹؛ سودبخش و همکاران، ۱۳۸۱)، سلامت دهان و دندان (شریف و همکاران، ۱۳۸۲؛ رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵؛ افلاطونیان و شریفی، ۱۳۸۶؛ رمضان‌زاده تبریز و همکاران؛ ۱۳۹۴)، سلامت عضلانی و استخوانی (چهره آسا و شهرکی، ۱۳۸۰؛ جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۳؛ میرزاآقایی و همکاران، ۱۳۸۵؛ رمضان‌زاده تبریز و همکاران ، ۱۳۹۴)، سلامت حواس مانند عیوب انکساری چشم، اختلالات شنوایی، عفونت گوش واختلالات پوست(امیدیان، ۱۳۷۹؛ نبوی‌زاده و همکاران، ۱۳۷۹؛ سرفراز،۱۳۸۲؛ رمضان‌زاده تبریز و همکاران، ۱۳۹۴)،

1. Carr & Hussey
2. Desforges & Abouchaar
3. Sallis et al.
4. The Ontario Public Service

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

ناهنجاریهای وضعیتی مانند لوردوز کمری، شانه‌های نامتقارن و انحرافات ستون کمری (ناشی از الگوهای غلط نشستن، ایستادن، راه رفتن و حمل اشیا به طور نامناسب، استفاده از پوشاک نامناسب، بیماریها و وراثت) اشاره شده است(یوسفی،۱۳۸۴؛ سنه، ۱۳۸۸؛ میرنصوری و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهشها نشان می‌دهند که اجرای برنامه تمرینی آمادگی جسمانی و ورزش یکی از نشانگرهایی است که سبب بهبود معنادار سلامت جسمانی دانش آموزان می‌شود (سنه و همکاران، ۱۳۸۷؛ مظلومی و همکاران ،۱۳۹۰).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که میان شاخصهای تغذیه ای و شاخصهای مدرسه ای مانند سطح نمرات، سن ورود به مدرسه، حضور ذهن، پیشرفت تحصیلی، بهره هوشی و مهارتهای عملی و فکری شامل تمرکز در کلاس درس رابطه وجود دارد(علیزاده سیوکی و همکاران،۱۳۹۲). الگوهای تغذیه ای سالم در دوران کودکی سبب افزایش سطح تندرستی و رشد و نمو و توان بیشتر ذهنی می‌شود و از عوارض و مشکلاتی مانند فقر آهن، چاقی و اختلالات گوارشی و پوسیدگی دندانی در کوتاه مدت و بیماریهای مزمن و خطرناک در دراز مدت پیشگیری می‌کند. نتایج پژوهش جاست[1] و همکاران (۲۰۱۲) که در ۲۲ مدرسه ابتدایی و روی بیش از ۴۸ هزار کودک انجام شده نشان داده است که تغذیه در سلامت و یادگیری کودکان نقشی اساسی ایفا می‌کند و خوردن یک واحد میوه یا سبزیجات در طول روز به عنوان میان وعده برای دانش آموزان می‌تواند ارزش غذایی بالایی داشته باشد(جاست و همکاران ،۲۰۱۲). همچنین وعده‌ها و میان وعده‌های غذایی مناسب و مغذی در ساعات مدرسه موجب افزایش ظرفیت کار و توانایی یادگیری دانش آموزان می‌شود(خلج و محمدی زیدی، ۱۳۸۵). همچنین مصرف صبحانه به منزلهٔ یکی از عادتهای مطلوب بر تعادل تغذیه ای، رشد جسمی و یادگیری کودکان این سنین تأثیری مثبت می‌گذارد و سبب افزایش میزان وزن، قد و حضور در مدرسه می‌شود، به ویژه در کودکانی که فقر غذایی داشته اند (بغدادچی و همکاران، ۱۳۸۰). از این رو اهمیت توجه به تغذیه کودک در دوره ابتدایی (۷ تا ۱۲ سالگی) دوچندان می‌شود (وکیلی و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج پژوهشهای انجام شده در سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۴ نشان می‌دهد که دانش‌آموزان در مقاطع مختلف تحصیلی دچار مشکلاتی در زمینهٔ تغذیه هستند(حاجیان، ۱۳۷۹؛ طاهری و فؤادالدینی، ۱۳۸۴؛ شیخ‌الاسلام و همکاران، ۱۳۸۶) و سوءتغذیه همچنان به عنوان مهم‌ترین مشکلات تغذیه ای در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما به شمار می آید(کریمی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج مطالعه کاسپین که در زمینهٔ عادات غذایی

1. Just

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

کودکان و نوجوانان در ۲۱ شهرستان ایران انجام گرفته نشان دهنده مشکلات تغذیه ای و مصرف میان وعده‌های غذایی ناسالم است (علیزاده سیوکی و همکاران،۱۳۹۲). بررسی کشوری در ایران نشان داده است که ۵۱ درصد از کودکان طی هفته از انواع پفکها، آب میوه‌های صنعتی، نوشابه‌های گازدار، آبنباتها و شکلاتها تغذیه می کنند (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۲) و مصرف زیاد نوشابه موجب کاهش کلسیم دریافتی در جمعیت دختران نوجوان و جوان شده است(کریمی و همکاران، ۱۳۹۴). رفتارهای غلط تغذیه ای در کودکان مانند مصرف بالای مواد قندی، شیرینی، شکلات و کمبود مصرف لبنیات و سوء تغذیه و اثرات آن بر بلوغ دختران نیز از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد، چراکه ۲۰ درصد قد نهایی و ۵۰ درصد وزن نهایی فرد، مربوط به رشد در این دوران است. همچنین پژوهشگر به اهمیت تغذیه صحیح در دوران بلوغ اشاره می‌کند و ابراز می‌دارد ۶۳ تا ۸۲ درصد از دختران دانش آموز دربارهٔ مسائل دوران بلوغ و تغذیه آگاهی لازم را ندارند. بررسی تغذیه دختران کودک و نوجوان در شهر کرمان نیز نشان دهندهٔ سوء تغذیه و عملکرد نامطلوب تغذیه ای در میان دختران دانش آموز است (کیخانی و همکاران، ۱۳۹۲). بررسی عادات غذایی دانش آموزان در مدارس ابتدایی نشان داده است که ۲۰ درصد دانش آموزان اکثر روزهای هفته بدون صبحانه، به مدرسه می‌روند (علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهشها لزوم مداخله برای آموزش دست اندرکاران به ویژه والدین در زمینه سلامت جسمانی را روشن می‌سازد، چراکه آموزش یک مسئولیت مشترک میان دانش آموزان، والدین، معلمان، مدرسه و جامعه است (مؤسسه یادگیری آلبرتا، ۲۰۰۰). چنین مشارکتی با یک شیوه متقابل و سودمند سبب می‌شود فرصتهای یادگیری، سیاستها، برنامه‌ها و طرحهای ابتکاری مدارس سالم حمایت و افزایش یابد (سازمان خدمات عمومی انتاریو، ۲۰۱۵). در این میان نقش و اهمیت آموزش والدین بسیار روشن است چراکه میان سطح تحصیلات والدین و سلامت دانش‌آموزان رابطه ای معنادار وجود دارد (خلج و محمدی زیدی، ۱۳۸۵؛ کیخانی و همکاران، ۱۳۹۲). آموزش والدین می‌تواند به روشهای گوناگون، از طریق اطلاع رسانی، مباحثه، برپایی کارگاههای آموزشی و مشارکت والدین در تصمیم‌گیری (آژانس خدمات بهداشتی و درمانی آلامیدا[1]، ۲۰۱۱)، ارائه دستور العملها، تدارک برنامه‌های آموزشی خارج از مدرسه و تکنیکهای آماده سازی همراه با کودکان باشد(واندنر و هِر[2]، ۲۰۰۹ :۲). هرچند ارتقای سلامت در مدارس نیازمند آموزش مناسب است، اما

1. Alameda County Health Care Services Agency
2. Wandner & Hair

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

ارائه برنامه‌های آموزشی بدون مشخص کردن نوع آموزش مورد نیاز برای تهیه محتوای مناسب میسر نیست (رمضانخوانی،۱۳۹۲). بنابراین تعیین نیازهای آموزشی اولین گام در برنامه‌ریزی آموزشی و در واقع نخستین عامل ایجاد و تضمین اثربخشی کارکرد آموزش و بهسازی است که اگر به درستی انجام شود، یک مبنای عینی برای برنامه‌ریزی به منزلهٔ نقشه اثربخشی فراهم خواهدشد(بازرگان،۱۳۸۰). در زمینه شناسایی نیازهای آموزشی والدین پژوهشهای اندکی انجام شده است که در این زمینه می‌توان به پژوهش عصاره و نصری (۱۳۸۴) در مقطع متوسطه کشور، حکیم زاده و همکاران (۱۳۹۳) در تمامی دوره‌های تحصیلی ناحیه یک تبریز و مظاهری(۱۳۹۳) در دوره دوم متوسطه شهرری اشاره کرد. از آنجا که در سالهای اخیر پژوهشی در سطح ملی درمورد نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی انجام نشده و همچنین این موضوع یکی از اولویتهای پژوهشی پژوهشگاه مطالعات سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی در سال ۹۴ بوده است، مطالعه حاضر با هدف شناسایی نیازهای آموزشی والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه سلامت جسمانی انجام شده است و درنظر دارد به سؤالهای زیر پاسخ دهد:

۱. ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی دانش آموزان دوره ابتدایی کدام است؟
۲. نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه نشانگرها و ابعاد تربیت جسمانی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دوره ابتدایی کدام است؟
۳. ترتیب نیازهای اولویت دار در زمینه ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دوره ابتدایی چگونه است؟
۴. چه تفاوتی میان دیدگاههای مدیران، معلمان و والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش استفاده شده در این مطالعه، ترکیبی و از نوع اکتشافی است. رویکرد ترکیبی از نظر نوع داده‌ها در زمره روشهای کمّی و روشهای کیفی قرار دارد و در آن به صورت توأمان از هر دو روش استفاده می‌شود. در طرح ترکیبی اکتشافی ابتدا داده‌های کیفی گردآوری می‌شود. داده‌های این بخش مقدمه انجام بخش کمّی هستند(کرسول و پلانوکلارک[1]، ۲۰۰۷). روش پژوهش در بخش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی استقرایی است. سیوفانگ و شانون[2] تحلیل محتوای کیفی را یک روش تحقیق برای تفسیر ذهنی محتوای متون می‌دانند که از طریق فرآیند طبقه‌بندی منظم

1. Creswell & Plano Clark
2. Hsiu-fang & Shannon

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

مضامین یا الگوهای کدگذاری شده عمل می‌کنند تا در نهایت به اصلی‌ترین مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع تحقیق دست پیدا کنند(تبریزی،۱۳۹۳). ابزار گردآوری اطلاعات مورد نیاز اسناد و مدارک علمی- پژوهشی، مصاحبه باز و پرسشنامه است. در تحلیل محتوای کیفی ابتدا محتوای متون و اسناد علمی تحلیل و طبقه بندی شد و با ۱۲ نفر از صاحب‌نظران و کارشناسان موضوعی که با استفاده از روش گلوله برفی و به صورت هدفمند انتخاب شدند، مصاحبه باز انجام شد و تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. پس از پیاده کردن تمامی مصاحبه‌ها در مرحله اول، تمام مفاهیم مطرح شده از سوی افراد مورد مصاحبه به صورت کد باز استخراج شد و سپس با توجه به قرابت و نزدیکی این مفاهیم با هم، کدهای باز در مقولاتی به عنوان کدهای محوری دسته‌بندی و در نهایت کد انتخابی از کدهای محوری احصاء شد. جدول شماره ۱ نمونه ای از کدگذاری باز را براساس قسمتی از یک مصاحبه نشان می‌دهد.

جدول ۱: یک نمونه کدگذاری بر اساس بخشی از یک مصاحبه

کد انتخابی	کد محوری	کد باز	نقل قول یک صاحب نظر
مهارتهای حرکتی	شناخت جنبه های حرکتی دانش آموزان و روشهای ایجاد تناسب اندام در آنان	شناسایی جنبه‌های رشد حرکتی کودکان و انواع مهارتهای حرکتی پایه مانند طرز راه رفتن، طرز نشستن، طرز ایستادن و ...	والدین باید در زمینهٔ چگونگی تغییرات جسمانی حرکتی در دوره ابتدایی، اهمیت تحرک بدنی و روشهای ایجاد تناسب اندام در کودکان، جنبه‌های رشد حرکتی، انواع مهارتهای حرکتی پایه مانند راه رفتن، نشستن و ایستادن اطلاعات لازم را دریافت کنند و در مدرسه شرایط ارائه آموزشهای لازم برای ایشان مهیا شود.

در این پژوهش به منظور تعیین روایی و بررسی صحت یافته‌ها از روش مثلث‌سازی (سه‌سویه‌نگری) منابع داده‌ها یعنی بررسی و بازبینی مطالب ارائه شده از سوی صاحب‌نظران (مصاحبه شوندگان)، بازنگری منابع مورد مطالعه و درنهایت بازنگری مجدد صاحب نظران استفاده شده است. هدف مثلث سازی غلبه بر سوگیریهای ذاتی است که ناشی از به کار گرفتن یک منبع، یک روش، یک مشاهده‌گر یا یک تئوری در مطالعات است (کرسول، ۱۳۹۶). به این معنا که در مصاحبه‌های انجام شده، برای افزایش روایی پژوهش، پس از اتمام توضیحات مصاحبه‌شوندگان در مورد سؤالهای مطرح شده، برداشت پژوهشگر از توضیحات مصاحبه‌شونده بیان می‌شد تا با تأیید مصاحبه شونده، درستی آنها مورد تایید قرار گیرد. البته در طول فرآیند مصاحبه به منظور رفع ابهام و تایید صحت دریافتهای پژوهشگر سؤالاتی دربارهٔ منظور مصاحبه شونده پرسیده می‌شد. یافته‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، تا حد زیادی مطالب مطروحه در ادبیات و مبانی نظری مورد مطالعه را در هریک از حوزه‌ها دربرداشت که این خود نشان از روایی این پژوهش است. در مرحله نهایی

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

طبقه‌بندی حاصل از نتایج کدگذاری انجام شده و تحلیل متون و مبانی نظری به شماری از شرکت کنندگان به منظور تایید درستی نتایج ارائه و براساس آن اصلاحات مورد نظر اعمال شد.

سپس فهرستی از نیازها در قالب پرسشنامه طراحی و نظرات شماری از افراد مورد مصاحبه‌شونده اخذ و اصلاحات لازم انجام شد و در نهایت و با استفاده از نظرات اساتید و مشاوران موضوعی نهایی شد. تحلیل عاملی انجام شده نیز به شرح جدول شماره ۲ است.

جدول ۲: آزمون کایزر- میر-اولکین[1] و بارتلت

مقیاس کفایت نمونه‌گیری کیزر-میر- الکین		۰/۹۷۴
آزمون کرویت بارتلت	مقدار خی دو	۶۷۸۳۹/۸۸۷
	درجه آزادی	۲۳۱
	سطح معناداری	۰/۰۰۱

براساس جدول ۲ در پژوهش حاضر مقدار KMO نشانگر کفایت نمونه انتخاب شده است. همچنین آزمون کرویت بارتلت برابر با ۶۷۸۳۹ و $p<0.001$ است بنابراین مقدار محاسبه شده معنادار است و نشان می‌دهد که همبستگی داده‌ها در جامعه صفر نیست. در این تحلیل با بهره‌گیری از مدل عامل‌یابی مؤلفه‌های محوری و با استفاده از چرخش ابلیمین ۳ عامل به دست آمد که بار عاملی بالاتر از ۰,۳ داشتند (جدول ۵).

جدول ۳ ارزش ویژه، درصد واریانس تبیین شده و درصد واریانس تجمعی هر عامل را نشان می دهد. براساس جدول ۳ این سه عامل روی هم ۶۰,۲۴ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند.

جدول ۳: واریانس کل تبیین شده

عاملها	مجموع مجذور بارهای استخراج شده		
	کل	درصد واریانس تبیین شده	درصد واریانس تجمعی
۱	۱۱/۷۹۵	۵۳/۶۱۵	۵۳/۶۱۵
۲	۱/۲۵۴	۵/۶۹۹	۱۱۹/۵۵۷
۳	۰/۵۰۰	۲/۲۷۲	۶۰/۲۴۴

پرسشنامه اولیه به صورت آزمایشی روی ۳۰ نفر از نمونه پژوهش اجرا و ابهامات احتمالی در سؤالات مشخص و برطرف شد. پرسشنامه نهایی در ۳ بعد، ۱۰ نشانگر و ۲۲ گویه طراحی و در مرحله کمّی میان افراد نمونه توزیع و گردآوری و تجزیه تحلیل نهایی شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی مؤلفه‌ها به شرح جدول ۴ است.

1. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

جدول ۴: ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد و کل پرسشنامه

ابعاد	تعدادگویه	ضریب آلفا
مهارتهای حرکتی	۱۰	۰/۹۱
بهداشت	۶	۰/۸۸
تغذیه	۶	۰/۹۱
کل		۰/۹۶

در بخش کمّی، این مطالعه از نوع پیمایشی و در زمره روشهای پژوهش غیرآزمایشی قرار می‌گیرد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۱) و از نظر هدف، از نوع پژوهش کاربردی[1] است. جامعه آماری این تحقیق را مدیران، معلمان و والدین دانش آموزان مدارس ابتدایی کشور تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری در بخش کمّی روش نمونه‌گیری خوشه ای چند مرحله‌ای بوده است. ابتدا برحسب موقعیت جغرافیایی کشور به پنج منطقه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم و سپس از هر منطقه ۲ استان انتخاب شد. بر این اساس ۱۰ استان تهران، قزوین، گیلان، آذربایجان غربی، خراسان جنوبی، هرمزگان، فارس، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد و اصفهان انتخاب شدند. در هراستان ۳ منطقه و از مناطق انتخاب شده ۱۰ مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی و به تفکیک جنسیت (۵ مدرسه دخترانه و ۵ مدرسه پسرانه) انتخاب شدند. از هر مدرسه منتخب ۶ معلم از هر پایه و در هر پایه ۲ نفر از اولیای دانش‌آموزان دارای حداقل مدرک دیپلم انتخاب شدند. بنابراین نمونه این پژوهش ۱۰ استان، ۳۰۰ مدیر، ۱۸۰۰ معلم و ۳۶۰۰ ولی دانش‌آموز بوده اند.

به منظور پاسخگویی به سؤال ۱ از روش تحلیل محتوای کیفی و برای پاسخگویی به سؤالهای کمّی از روشهای آمار توصیفی مانند میانگین و روشهای آمار استنباطی وبا توجه به نرمال نبودن توزیع داده ها از آزمونهای خی دو، کروسکال والیس و آزمون یومن ویتنی برای مقایسه دو به دو استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

سؤال ۱: ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی چیست؟

نتایج حاصل از تحلیل محتوای کیفی پژوهش یعنی کدگذاری مصاحبه‌های انجام شده و تحلیل اسناد و پژوهشهای مرتبط منجر به کشف و شناسایی ابعاد، نشانگرها و گویه‌های سلامت جسمانی شد. این نشانگرها با توجه به قرابت معنایی در سه بعد مهارتهای حرکتی، با چهار نشانگر (شناخت مفاهیم رشد جسمانی، ورزش، ارگونومی، بازی)، بهداشت با سه نشانگر(بهداشت فردی، بهداشت محیطی، پیشگیری از بیماریها و ایمنی) و تغذیه با دو نشانگر(الگوی تغذیه سالم و الگوهای غلط تغذیه ای) به شرح جدول ۵ طبقه بندی شد.

1. Applied research

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

جدول ۵: ابعاد، نشانگرها و گویه‌های سلامت جسمانی و ماتریس عاملی بعد از چرخش

ابعاد	نشانگر	گویه‌ها	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم
مهارتهای حرکتی	شناخت مفاهیم رشد جسمانی	آشنایی با مفاهیم و اصول آمادگی جسمانی و تغییرات جسمانی حرکتی در دوره ابتدایی		۰/۷۸۶	
		آشنایی با روشهای تناسب وزن و قد کودکان و چگونگی کنترل آن		۰/۸۰۹	
		آشنایی با میزان خواب و استراحت در کودکان		۰/۶۰۶	
		آشنایی با بلوغ و اقتضائات هویت جنسیتی پسران و دختران		۰/۵۳۶	
	ورزش	آشنایی با اصول مهارتهای ورزشی متناسب با ویژگیهای سنی و جنسیتی فرزندان		۰/۵۹۷	
		آشنایی با رشته‌های ورزشی و روشهای علاقه‌مند کردن دانش آموزان به ورزش		۰/۴۲۴	
	ارگونومی	آشنایی با روشهای تقویت بدن فرزندان		۰/۳۹۰	
		آشنایی با ناهنجاریهای بدنی (مانند اختلالات ستون فقرات و ...) و شیوه‌های درمان آن		۰/۳۱۷	
	بازی	شناخت انواع بازی و نقش و اهمیت آن در سلامتی کودکان		۰/۴۸۶	
		آشنایی با انواع تفریحات سالم و چگونگی بهره‌گیری از اوقات فراغت در کنار خانواده		۰/۴۳۲	
بهداشت	بهداشت فردی	آشنایی با بهداشت و مراقبت از اندامها (بهداشت دهان و دندان، پوست و مو، چشم و گوش و ...)			۰/۶۲۹
	پیشگیری از بیماریهای رایج	آشنایی با بیماریهای رایج کودکان (واگیر و غیر واگیر، روشهای مصرف دارو، تغذیه بیمار و روشهای پیشگیری و مراقبت)			۰/۴۹۸
	ایمنی	آشنایی با مهارتهای ایمنی و شیوه‌های حفاظت فرزندان در برابر خطرات احتمالی			۰/۶۱۷
	بهداشت محیطی	آشنایی با اصول بهداشت محیط (خانه، مدرسه و جامعه)و روشهای رعایت بهداشت			۰/۶۸۳
		آشنایی با بهداشت مواد غذایی (راههای آلوده شدن غذا و تشخیص مواد غذایی سالم و ناسالم، چگونگی طبخ و نگهداری مواد غذایی و ظروف مورد استفاده و ...)			۰/۵۳۲
		آشنایی با روشهای خرید و انتخاب مواد غذایی از بیرون			۰/۴۷۳
تغذیه	الگوی تغذیه سالم	آشنایی با الگوی تغذیه ای سالم و برنامه‌ریزی تغذیه برای فرزندان با توجه به ویژگیهای سنی و جنسی آنان	۰/۶۳۴		
		آشنایی با گروههای غذایی و مکملها(ویتامینها) و میزان نیاز کودکان به آنها	۰/۷۶۵		
		آشنایی با نقش میان وعده‌ها و صبحانه در سلامت فرزندان	۰/۷۱۹		
		آشنایی با رژیم غذایی دوران امتحانات	۰/۸۰۴		
	الگوهای غلط تغذیه ای	آشنایی با انواع اختلالات تغذیه ای و نقش آن در ضعف و ناتوانی جسمی و روانی کودکان	۰/۹۲۴		
		آشنایی با رژیم غذایی مناسب و چگونگی رفتار با کودکان بی اشتها و پراشتها و حساسیتهای غذایی	۰/۸۲۷		

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

سؤال ۲: نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه نشانگرها و ابعاد تربیت جسمانی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دوره ابتدایی کدام است؟

جدول ۶: آماره‌های توصیفی و استنباطی مربوط به نشانگرهای نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه تربیت جسمانی

ابعاد	نشانگرها		کاملاً مخالفم (۱)	۲	۳	۴	کاملاً موافقم (۵)	درجه آزادی = ۴ مقدار خی دو نشانگرها
مهارتهای حرکتی	شناخت مفاهیم رشد جسمانی	مدیر	۵	۳۳	۷۳	۱۵۳	۸۳۹	۲۲۲۳/۲۶**
		معلمان	۸۰	۲۲۹	۴۶۶	۸۷۳	۴۷۱۱	۱۱۹۰۷/۷۴**
		والدین	۲۷۰	۴۷۷	۱۰۷۵	۱۵۰۷	۸۵۲۷	۲۰۳۷۵/۵**
		کل	۳۵۵	۷۳۹	۱۶۱۴	۲۵۳۳	۱۴۰۷۷	۳۴۴۸۰/۳۱**
	ورزش	مدیر		۱۰	۴۹	۱۲۱	۳۷۲	۵۷۵**
		معلمان	۲۱	۸۷	۲۸۶	۶۴۵	۲۱۳۷	۴۸۰۹/۸۳**
		والدین	۸۹	۱۹۵	۵۴۴	۱۰۰۰	۴۰۶۱	۹۲۵۲/۴۵**
		کل	۱۱۰	۲۹۲	۸۷۹	۱۷۶۶	۶۵۷۰	۱۴۸۹۸/۷۸**
	ارگونومی	مدیر	۲	۱۳	۳۶	۱۰۹	۳۸۸	۹۴۷/۳۸**
		معلمان	۳۲	۹۶	۲۶۳	۵۷۶	۲۱۹۹	۵۱۲۰/۱۴**
		والدین	۱۰۷	۲۲۹	۴۶۱	۱۰۰۸	۴۱۰۷	۹۴۴۶/۵۲**
		کل	۱۴۱	۳۳۸	۷۶۰	۱۶۹۳	۶۶۹۴	۱۵۵۰۷/۸**
	بازی	مدیر	۲	۶	۳۱	۹۲	۴۱۴	۱۱۱۴/۲۸**
		معلمان	۲۲	۵۳	۱۷۱	۵۲۸	۲۳۶۵	۶۲۶۶/۱۳**
		والدین	۶۹	۱۷۷	۴۱۳	۹۱۷	۴۳۳۶	۱۰۸۷۴/۵۷**
		کل	۹۳	۲۳۶	۶۱۵	۱۵۳۷	۷۱۱۵	۱۸۲۴۲/۷۶**
بهداشت	بهداشت فردی	مدیر		۵	۱۰	۲۴	۲۳۵	۵۴۲/۴۴**
		معلمان	۱۰	۱۴	۶۲	۱۷۶	۱۳۲۲	۳۵۴۵/۸۵**
		والدین	۳۲	۷۱	۱۳۷	۳۲۹	۲۳۹۷	۶۹۴۴/۱۲**
		کل	۴۲	۹۰	۲۰۹	۵۲۹	۳۹۵۴	۱۱۷۲۶/۰۶**
	پیشگیری از بیماریهای رایج	مدیر	۱	۳	۱۰	۴۵	۲۱۶	۶۱۲/۱۱**
		معلمان	۹	۲۴	۹۱	۲۶۴	۱۲۰۲	۳۵۴۵/۸۵**
		والدین	۳۶	۸۲	۲۰۵	۴۴۵	۲۲۱۱	۵۶۴۲/۳۳**
		کل	۴۶	۱۰۹	۳۰۶	۷۵۴	۳۶۲۹	۹۴۴۷/۶۹**
	بهداشت محیطی	مدیر	۳	۱۰	۴۱	۱۱۶	۶۵۱	۱۸۵۲/۸۵**
		معلمان	۴۰	۸۹	۲۴۴	۷۴۶	۳۶۳۶	۹۸۰۴/۴۸**
		والدین	۱۶۹	۲۷۶	۶۶۲	۱۳۴۵	۶۴۷۸	۱۵۸۸۳/۲۶**
		کل	۲۱۲	۳۷۵	۹۴۷	۲۲۰۷	۱۰۷۶۵	۲۷۴۸۹/۸۸**
	ایمنی	مدیر		۳	۱۴	۵۰	۲۰۸	۳۹۳/۶۴**
		معلمان	۸	۳۵	۸۵	۲۶۴	۱۱۹۵	۳۱۵۸/۵۴**
		والدین	۲۹	۸۲	۲۱۸	۴۲۶	۲۲۰۷	۵۶۳۱/۱۰**
		کل	۳۷	۱۲۰	۳۱۷	۷۴۰	۳۶۱۰	۹۳۷۱/۶۵**

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

تغذیه	الگوی تغذیه سالم	مدیر	۲	۱۱	۵۹	۱۹۶	۸۲۲	۲۲۰۲/۲۲**
		معلمان	۳۶	۹۷	۳۲۳	۱۰۹۳	۴۷۷۱	۱۲۷۲۴/۴۰**
		والدین	۱۵۳	۳۵۵	۸۷۵	۱۸۸۷	۸۵۹۹	۲۱۱۶۶/۰۶**
		کل	۱۹۱	۴۶۳	۱۲۵۷	۳۱۷۶	۱۴۱۹۲	۳۶۰۴۸/۲۳**
	الگوی غلط تغذیه‌ای	مدیر	۱	۱۳	۲۱	۱۰۹	۴۰۵	۱۰۵۸/۶۲**
		معلمان	۲۱	۵۵	۲۱۲	۵۶۶	۲۳۱۹	۵۸۸۲/۳۵**
		والدین	۷۷	۱۵۱	۴۶۲	۹۷۶	۴۲۳۶	۱۰۳۱۱/۵۲**
		کل	۹۹	۲۱۹	۶۹۵	۱۶۵۱	۶۹۶۰	۱۷۲۴۰/۱۸**

** معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۷ : آماره‌های توصیفی و استنباطی مربوط به ابعاد حیطه نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در زمینه تربیت جسمانی

		کاملاً مخالفم (۱)	۲	۳	۴	کاملاً موافقم (۵)	مقدار خی‌دو ابعاد درجه آزادی = ۴
مهارتهای حرکتی	مدیر	۹	۶۲	۱۸۹	۴۷۵	۲۰۱۳	۵۱۰۷/۶**
	معلمان	۱۵۵	۴۶۵	۱۱۸۶	۲۶۲۲	۱۱۴۱۲	۲۷۹۵۹/۰۷**
	والدین	۵۳۵	۱۰۷۸	۲۴۹۳	۴۴۳۲	۲۱۰۳۱	۴۹۸۴۰**
	کل	۶۹۹	۱۶۰۵	۳۸۶۸	۷۵۲۹	۳۴۴۵۶	۸۲۸۶۵/۲۶**
بهداشت	مدیر	۱۳	۸۳	۲۶۴	۷۱۰	۳۳۲۳	۸۸۳۶/۲**
	معلمان	۲۲۲	۶۲۷	۱۶۶۸	۴۰۷۲	۱۸۷۶۷	۴۸۰۰۰/۶۲**
	والدین	۸۰۱	۱۵۸۹	۳۷۱۵	۶۹۷۷	۳۴۳۲۴	۸۳۷۷۸/۱۵**
	کل	۱۰۳۶	۲۲۹۹	۵۶۴۷	۱۱۷۵۹	۵۶۴۱۴	۱۴۰۵۲۷/۶۳**
تغذیه	مدیر	۳	۲۴	۸۰	۳۰۵	۱۲۲۷	۳۲۵۸/۹۲**
	معلمان	۵۷	۱۵۲	۵۳۵	۱۶۵۹	۷۰۹۰	۱۸۵۹۷/۶۷**
	والدین	۲۳۰	۵۰۶	۱۳۳۷	۲۸۶۳	۱۲۸۳۵	۳۱۴۷۵/۱**
	کل	۲۹۰	۶۸۲	۱۹۵۲	۴۸۲۷	۲۱۱۵۲	۵۳۲۷۹/۹**

** معناداری در سطح ۰/۰۱

جداول ۶ و۷ توزیع فراوانی پاسخهای مدیران، معلمان و والدین را به هر یک از گزینه‌های کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) دربارهٔ هریک از ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی و خی‌دو محاسبه شده نشان می‌دهد. باتوجه به اطلاعات ارائه شده درجداول با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم پاسخ دهندگان به طور معناداری با اهمیت ابعاد به عنوان نیازهای آموزشی والدین کاملاً موافق هستند.

سؤال ۳: ترتیب نیازهای اولویت‌دار به تفکیک دیدگاه مدیران، معلمان و والدین دانش آموزان دوره ابتدایی در حوزه سلامت جسمانی چیست؟

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

جدول ۸: ترتیب نیازهای اولویت دار والدین دانش آموزان دوره ابتدایی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین در نشانگرهای سلامت جسمانی

نشانگرها	مدیر			معلم			والدین		
	میانگین	میانگین رتبه	رتبه	میانگین	میانگین رتبه	رتبه	میانگین	میانگین رتبه	رتبه
بهداشت فردی	۴/۷۸۴	۶/۲۳۳	۱	۴/۴۶	۶/۲۵	۱	۴/۶۸	۶/۱۷	۱
پیشگیری از بیماریهای رایج	۴/۷۱۸	۵/۹۲۱	۲	۴/۶۶	۵/۷۵	۲	۴/۵۸	۵/۷۶	۳
ایمنی	۴/۶۸۹	۵/۶۸۷	۳	۴/۶۵	۵/۷۲	۳	۴/۵۹	۵/۷۸	۲
بهداشت محیطی	۴/۷۰۸	۵/۶۷۸	۴	۴/۶۶	۵/۵۸	۴	۴/۵۴	۵/۳۶	۷
بازی	۴/۶۵۶	۵/۵۰۷	۵	۴/۶۴	۵/۵۵	۵	۴/۵۸	۵/۵۸	۴
الگوی تغذیه سالم	۴/۶۸۳	۵/۴۸۴	۶	۴/۶۶	۵/۵۳	۶	۴/۵۶	۵/۳۸	۶
الگوهای غلط تغذیه‌ای	۴/۶۵۰	۵/۴۳۲	۷	۴/۶۱	۵/۴۹	۷	۴/۵۶	۵/۵۲	۵
ارگونومی	۴/۵۷۱	۵/۰۹۳	۸	۴/۵۲	۵/۰۵	۹	۴/۴۹	۵/۲۲	۸
شناخت مفاهیم رشد جسمانی	۴/۶۰۷	۵/۰۷۱	۹	۴/۵۶	۵/۰۶	۸	۴/۴۸	۵/۰۳	۱۰
ورزش	۴/۵۳۱	۴/۸۹۴	۱۰	۴/۵۱	۵/۰۲	۱۰	۴/۴۹	۵/۲۰	۹
	خی دو:۹۷ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد= ۲۷۲			خی دو: ۴۹۰ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۱۵۷۲			خی دو: ۷۲۰ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۲۹۲۲		

جدول ۹: ترتیب نیازهای اولویت دار والدین دانش آموزان دوره ابتدایی از دیدگاه مدیران، معلمان و والدین در ابعاد سلامت جسمانی

ابعاد	مدیر			معلم			والدین		
	میانگین	میانگین رتبه	رتبه	میانگین	میانگین رتبه	رتبه	میانگین	میانگین رتبه	رتبه
بهداشت	۴/۶۶	۲/۱۸	۱	۴/۶۳	۲/۱۵	۱	۴/۵۵	۲/۱۱	۱
تغذیه	۴/۶۱	۲/۰۵	۲	۴/۵۹	۲/۰۵	۲	۴/۵۰	۲/۰۳	۲
مهارتهای حرکتی	۴/۵۵	۱/۷۷	۳	۴/۵۵	۱/۸	۳	۴/۴۶	۱/۸۶	۳
	خی دو: ۴۰ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۲۷۹			خی دو: ۱۷۳ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۱۶۰۵			خی دو: ۱۸۸ سطح معناداری: ۰/۰۰۱ تعداد = ۳۰۱۷		

داده‌های جدول ۸ و ۹ میانگینها و رتبه‌های نشانگرها و ابعاد مربوط به نیازهای آموزشی والدین در حیطهٔ نیازهای جسمانی را به تفکیک سه گروه مدیران، معلمان و والدین نشان می‌دهند. براساس نتایج آزمون فریدمن با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می‌گیریم که در هر سه گروه مدیران، معلمان و والدین این رتبه‌بندیها معنادار است. ترتیب نیازها نشان می‌دهد اولویتها به طور کلی از دیدگاه پاسخ دهندگان ابتدا بهداشت، دوم تغذیه و سوم مهارتهای حرکتی است.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

سؤال ۴: آیا تفاوت معناداری میان دیدگاههای مدیران، معلمان و والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه سلامت جسمانی وجود دارد؟

جدول ۱۰: آماره‌های توصیفی و استنباطی تفاوت دیدگاههای مدیران، معلمان و والدین دانش‌آموزان دوره ابتدایی در زمینه سلامت جسمانی

ابعاد	نشانگر		تعداد	میانگین رتبه	کروسکال والیس		
					آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
مهارتهای حرکتی	شناخت مفاهیم رشد جسمانی	مدیر	۲۷۷	۲۵۴۴	۶/۷۹۱	۲	٭۰/۰۳۴
		معلمان	۱۶۰۳	۲۴۸۶			
		والدین	۲۹۹۱	۲۳۹۸			
		کل	۴۸۷۱				
	ورزش	مدیر	۲۷۷	۲۴۴۸	۰/۰۷۲	۲	۰/۹۶۵
		معلمان	۱۶۰۲	۲۴۲۷			
		والدین	۲۹۸۰	۲۴۲۹			
		کل	۴۸۵۹				
	ارگونومی	مدیر	۲۷۶	۲۴۸۲	۰/۷۳۳	۲	۰/۶۹۳
		معلمان	۱۵۹۴	۲۴۳۵			
		والدین	۲۹۸۶	۲۴۱۹			
		کل	۴۸۵۶				
	بازی	مدیر	۲۷۶	۲۴۸۹	۴/۸۵۱	۲	۰/۰۸۸
		معلمان	۱۵۸۹	۲۴۶۹			
		والدین	۲۹۸۶	۲۳۹۶			
		کل	۴۸۵۱				
بهداشت	بهداشت فردی	مدیر	۲۷۴	۲۵۰۵	۹/۱۰۷	۲	٭۰/۰۱۱
		معلمان	۱۵۸۴	۲۴۵۴			
		والدین	۲۹۶۶	۲۳۸۱			
		کل	۴۸۲۴				
	پیشگیری از بیماریهای رایج	مدیر	۲۷۵	۲۵۲۹	۵/۳۳۹	۲	۰/۰۶۹
		معلمان	۱۵۹۰	۲۴۴۹			
		والدین	۲۹۷۹	۲۳۹۸			
		کل	۴۸۴۴				
	بهداشت محیطی	مدیر	۲۷۶	۲۵۸۷	۲۲/۲۷۳	۲	٭۰/۰۰۰۱
		معلمان	۱۵۹۲	۲۵۲۲			
		والدین	۲۹۸۸	۲۳۶۳			
		کل	۴۸۵۶				
تغذیه	الگوی تغذیه سالم	مدیر	۲۷۶	۲۴۷۰	۱۰/۴۰۴	۲	٭۰/۰۰۶
		معلمان	۱۵۹۲	۲۵۰۵			
		والدین	۲۹۸۷	۲۳۸۲			

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

ابعاد	نشانگر		تعداد	میانگین رتبه	کروسکال والیس		
					آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
		کل	۴۸۵۵				
	الگوهای غلط تغذیه‌ای	مدیر	۲۷۶	۲۵۰۱	۳/۸۸۷	۲	۰/۱۴۳
		معلمان	۱۵۹۲	۲۴۶۲			
		والدین	۲۹۸۶	۲۴۰۱			
		کل	۴۸۵۴				

به منظور پاسخ به این سؤال از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. داده‌های جدول نشان می‌دهند که پاسخ‌دهندگان در بعد مهارتهای حرکتی، نشانگر شناخت مفاهیم رشد جسمانی (۰,۰۵ ≥ P، و ۶,۷۹۱ :$\chi 2$)، بعد بهداشت، نشانگرهای بهداشت فردی (۰,۰۵ ≥ P، و ۹,۱۰۷ :$\chi 2$) و بهداشت محیطی (۰,۰۱≥ P، و ۲۲,۲۷ :$\chi 2$) و بعد تغذیه، نشانگر الگوی تغذیه سالم (۰,۰۱ ≥ P، و ۱۰,۴۰ :$\chi 2$) تفاوت معنادار دارند.

جدول ۱۱: تفاوت دیدگاههای مدیران- معلمان؛ مدیران –والدین و معلمان- والدین دوره ابتدایی در زمینه تربیت سلامت در بعد نشانگرها

نشانگرها	گروهها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	یومن ویتنی	
					آماره	سطح معناداری
شناخت مفاهیم رشد جسمانی	مدیر	۲۷۷	۹۵۹	۲۶۵۶۵۷	۲۱۶۸۷۷	۰/۵۰۳
	معلمان	۱۶۰۳	۹۳۷	۱۵۰۲۴۸۳		
بهداشت فردی	مدیر	۲۷۴	۹۴۶	۲۵۹۳۹۱	۲۱۲۳۰۰	۰/۳۷۰
	معلمان	۱۵۸۴	۹۲۶	۱۴۶۷۶۲۰		
بهداشت محیطی	مدیر	۲۷۶	۹۵۵	۲۶۳۸۰۴	۲۱۳۸۱۴	۰/۴۰۶
	معلمان	۱۵۹۲	۹۳۰	۱۴۸۱۸۴۲		
الگوی تغذیه سالم	مدیر	۲۷۶	۹۲۲	۲۵۴۵۱۶	۲۱۶۲۹۰	۰/۶۴۱
	معلمان	۱۵۹۲	۹۳۶	۱۴۹۱۱۲۹		
شناخت مفاهیم رشد جسمانی	مدیر	۲۷۷	۱۷۲۳	۴۷۷۵۳۳	۳۸۹۴۷۶	۰/۰۷۴
	والدین	۲۹۹۱	۱۶۲۶	۴۸۶۴۰۱۲		
بهداشت فردی	مدیر	۲۷۴	۱۶۹۶	۴۶۴۷۹۸	۳۸۵۵۶۱	۰/۰۳۹*
	والدین	۲۹۶۶	۱۶۱۳	۴۷۸۵۶۲۲		
بهداشت محیطی	مدیر	۲۷۶	۱۷۷۰	۴۸۸۵۹۳	۳۷۴۳۲۱	۰/۰۰۴*
	والدین	۲۹۸۸	۱۶۱۹	۴۸۳۹۸۸۷		
الگوی تغذیه سالم	مدیر	۲۷۶	۱۶۸۶	۴۶۵۶۰۶	۳۹۷۰۳۲	۰/۲۵۸
	والدین	۲۹۸۷	۱۶۲۶	۴۸۵۹۶۱۰		
شناخت مفاهیم رشد جسمانی	معلمان	۱۶۰۳	۲۳۵۱	۳۷۶۹۲۰۹	۲۳۱۰۹۶۹	۰/۰۲۹*
	والدین	۲۹۹۱	۲۲۶۸	۶۷۸۵۵۰۵		
بهداشت فردی	معلمان	۱۵۸۴	۲۳۲۰	۳۶۷۴۸۸۵	۲۲۷۸۵۷۹	۰/۰۱۳*
	والدین	۲۹۶۶	۲۲۵۱	۶۶۷۸۶۴۰		

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

نشانگرها	گروهها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مجموع رتبه‌ها	یومن ویتنی	
					آماره	سطح معناداری
بهداشت محیطی	معلمان	۱۵۹۲	۲۳۸۸	۳۸۰۲۰۱۵	۲۲۲۲۹۰۹	۰/۰۰۰*
	والدین	۲۹۸۸	۲۲۳۸	۶۶۸۸۴۷۵		
الگوی تغذیه سالم	معلمان	۱۵۹۲	۲۳۶۵	۳۷۶۵۹۴۴	۲۲۵۷۳۸۸	۰/۰۰۱*
	والدین	۲۹۸۷	۲۲۴۹	۶۷۱۹۹۶۶		

براساس جدول ۱۱، با توجه به مقادیر آمارهٔ یومن ویتنی و سطح معناداری به دست آمده، میان دیدگاههای مدیران و معلمان در زمینهٔ نشانگرها تفاوت معنادار وجود ندارد. اما میان دیدگاههای مدیران و والدین درزمینه نشانگرهای بهداشت فردی (۰,۰۵ ≥ P، و ۳۸۵۵۶۱ =یومن ویتنی) و بهداشت محیطی (۰,۰۵ ≥ P، و ۳۷۴۳۲۱=یومن ویتنی) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میان دیدگاههای معلمان و والدین در نشانگرهای شناخت مفاهیم جسمانی (۰,۰۵ ≥ P، و ۲۳۱۰۹۶۹ =یومن ویتنی)، بهداشت فردی (۰,۰۵ ≥ P، و ۲۲۷۸۵۷۹ =یومن ویتنی)، بهداشت محیطی (۰,۰۵ ≥ P، و ۲۲۲۲۹۰۹ =یومن ویتنی) و الگوی تغذیه سالم (۰,۰۵ ≥ P، و ۲۲۵۷۳۸۸ =یومن ویتنی) تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به نتایج آزمون من ویتنی در مورد تک تک گویه‌ها که به دلیل حجم بالای مطالب از ارائهٔ آنها خودداری شده است نتیجه می‌گیریم که این تفاوتها مربوط به "مفاهیم و اصول آمادگی جسمانی، میزان خواب و استراحت، بلوغ و اقتضائات جنسیتی، اصول بهداشت محیط، بهداشت و مراقبت از اندامها، بهداشت مواد غذایی و توجه به میان وعده‌ها و نوع صبحانه است، به طوری که میانگین نظرات مدیران به طور معنادار با نظرات والدین متفاوت بوده و از نظر مدیران دارای اهمیت بیشتری بوده است. همچنین میان نظرات معلمان و والدین نیز تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. از نظر معلمان روشهای تناسب وزن و قد کودکان، میزان خواب و استراحت در کودکان، بلوغ و اقتضائات جنسیتی، انواع تفریحات سالم و بهره‌گیری از اوقات فراغت در کنار خانواده، بهداشت و مراقبت از اندامها، اصول بهداشت محیط، بهداشت مواد غذایی، روشهای خرید و انتخاب مواد غذایی، الگوی تغذیه سالم و برنامه ریزی تغذیه برای فرزندان، نوع میان وعده‌ها و نوع صبحانه و رژیم غذایی در دوره امتحانات به طور معناداری با نظرات والدین متفاوت است و برای معلمان از درجه اهمیت بیشتری برخوردار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

خانواده نخستین و مهم‌ترین پایگاه اجتماعی و نظام ارتباطی انسان برای کودکان به شمار می‌رود. کارکردهای پراهمیت نهاد خانواده و تأثیر آن بر رشد و موفقیتهای آتی دانش‌آموزان و نیز تربیت آنان ضرورت کشف و شناسایی ظرفیت و توان بالقوه آن را توجیه می‌نماید. آگاهی والدین

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

از شیوه‌های تربیتی نوین و روزآمد متناسب با پدیده‌های اجتماعی جامعه امروز می‌تواند نگرش آنان را نسبت به تربیت فرزندان تغییر دهد و سبب کاهش مسائل و مشکلات مبتلابه شود. همچنین می‌تواند از پدید آمدن مسائل جدید پیشگیری کند. امروزه موضوع ارتقای سلامت و بهداشت دانش‌آموزان در اسناد تحولی آموزش و پرورش مورد توجه قرار گرفته است. در همین راستا توجه به نهاد خانواده به ویژه والدین و فراهم آوردن شرایط برای ارتقای دانش و آگاهی ایشان در این امر ضروری می‌نماید. بدیهی است که تعیین نیازهای والدین و شناسایی اولویتها در این زمینه به منزلهٔ نخستین گام می‌تواند مسیر برنامه‌ریزی برای ارائه آموزشهای مورد نیاز را فراهم نماید. یافته‌های این پژوهش حوزه سلامت جسمانی را در سه بعد مهارتهای حرکتی(با نشانگرهای مفاهیم رشد جسمانی، ارگونومی، ورزش، بازی)، بهداشت (با نشانگرهای بهداشت فردی، بهداشت محیطی و پیشگیری از بیماریهای رایج و ایمنی) و تغذیه (با نشانگرهای الگوی تغذیه سالم و اختلالات تغذیه ای) شناسایی نمود. یافته‌ها نشان دادند که همهٔ بیست و دو گویه، نشانگرها و ابعاد سلامت جسمانی از نظر پاسخ‌دهندگان به منزلهٔ نیاز آموزشی در حد زیاد و خیلی زیاد مطرح شده است و از نظر آماری معنادار است. این بدان معناست که میزان آگاهی و شناخت والدین در این زمینه پاسخگوی نیازهای فعلی ایشان درزمینه سلامت جسمانی دانش آموزان نیست. یافته‌ها نشان دادند که تفاوتی معنادار میان دیدگاههای مدیران و معلمان در زمینه اولویت‌بندی نیازها وجود ندارد. اما میان دیدگاه مدیران و معلمان با دیدگاه والدین تفاوت معنادار وجود دارد.

اولویت‌بندی نیازهای آموزش والدین از دیدگاه مدیران و معلمان نشان می‌دهد که ترتیب نیازها ابتدا در بعد بهداشت آن هم در نشانگرهای بهداشت فردی و محیطی و سپس پیشگیری از بیماریهای رایج است. این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده در زمینه لزوم توجه به بهداشت عمومی (امیری و همکاران، ۱۳۸۷؛ رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹؛ سودبخش و همکاران، ۱۳۸۱)، سلامت دهان و دندان (شریف و همکاران، ۱۳۸۲؛ رفیع‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۵؛ افلاطونیان و شریفی، ۱۳۸۶)، بیماریهای دهان و دندان (کیخانی و همکاران،۱۳۹۲) و سلامت چشم و گوش (امیدیان، ۱۳۷۹؛ نبوی‌زاده و همکاران، ۱۳۷۹؛ سرفراز، ۱۳۸۲) مطابقت دارد .

اولویت بعدی مورد نیاز، بعد تغذیه با نشانگر الگوی تغذیه سالم و انواع اختلالات تغذیه ای است. این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده درمورد سلامت تغذیه(علیزاده سیوکی و همکاران، ۱۳۹۲؛ وکیلی و همکاران، ۱۳۸۶؛ طاهری و فؤادالدینی، ۱۳۸۴؛ شیخ‌الاسلام و همکاران، ۱۳۸۶)، الگوهای تغذیه ای سالم و سوءتغذیه (کریمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ خلج و محمدی زیدی، ۱۳۸۵؛

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

علیزاده سیوکی و همکاران،۱۳۹۲) و تغذیه نامناسب (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۲؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۴) همسو است و نشان می‌دهد توجه به الگوی تغذیه سالم و رسیدگی به وضعیت تغذیه ای دانش آموزان و ارائه اطلاعات موردنیاز به ویژه به والدین درجهت ارتقای سلامت جسمانی دانش آموزان ضروری است. درزمینه مصرف صبحانه و توجه به میان وعده‌ها نتایج این مطالعه با یافته‌های بغدادچی و همکاران(۱۳۸۰) و در زمینه اثرات فقدان صبحانه با علیزاده سیوکی و همکاران(۱۳۹۲) و خلج و محمدی زیدی (۱۳۸۵) مطابقت دارد. همچنین در زمینه میان‌وعده‌های غذایی و اهمیت آنها با نتایج پژوهش جاست و همکاران در سال ۲۰۱۲ همسوست.

توجه به نیازهای مربوط به بعد مهارتهای حرکتی در اولویت سوم از منظر پاسخ دهندگان است که با نتایج پژوهشهای انجام شده در زمینه سلامت عضلانی و استخوانی (چهره آسا و شهرکی، ۱۳۸۰؛ جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۳؛ میرزا آقایی و همکاران، ۱۳۸۵)، اختلالات ستون فقرات و اختلال سیستم عضلانی (رمضان زاده تبریز و همکاران، ۱۳۹۴) و شیوع ناهنجاریهای وضعیتی(یوسفی،۱۳۸۴؛ سنه،۱۳۸۸) مطابقت دارد.

از جمله مواردی که در تحقیقات پیشین به آنها توجه نشده و یا کمتر توجه شده است و پاسخ‌دهندگان آنها را به مثابه نیازهای اولویت‌دار مطرح کرده اند به شرح زیر است:

۱. آشنایی با انواع تفریحات سالم و چگونگی بهره‌گیری از اوقات فراغت در کنار خانواده
۲. آشنایی با مهارتهای ایمنی
۳. آشنایی با میزان خواب و استراحت در کودکان
۴. آشنایی با رژیم غذایی دوران امتحانات
۵. آشنایی با روشهای خرید و انتخاب مواد غذایی

درزمینه نیازسنجی آموزشی والدین دانش آموزان در کشور مطالعات کافی انجام نشده است. در این رابطه می‌توان به پژوهشهای عصاره و نصری (۱۳۸۴)، حکیم‌زاده و همکاران(۱۳۹۳) و مظاهری (۱۳۹۳) اشاره کرد که در مقطع متوسطه انجام شده است و البته حوزه سلامت جسمانی در این پژوهشها به منزلهٔ یکی از اولویتها در نیازهای آموزشی والدین مطرح شده است. لذا با توجه به محدود بودن پژوهشها در زمینه نیازسنجی والدین برای دانش آموزان دوره ابتدایی، نتایج این پژوهش در سطح ملی و شناسایی ابعاد و نشانگرهای سلامت جسمانی از نکات بارز و مهم این تحقیق است.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

پیشنهادها

۱. نیازهای شناسایی‌شده به عنوان سرفصلهای آموزشی در تهیهٔ بسته‌های آموزشی دورهٔ ابتدایی مورد استفاده مؤلفان و برنامه‌ریزان قرار گیرد.

۲. وزارت آموزش و پرورش با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه‌های آموزشی منسجم برای ارتقای آگاهی والدین تدارک ببینند. بدیهی است که نیازهای شناسایی شده باید به عنوان سرفصلهای آموزشی برای آموزش والدین درنظر گرفته شوند.

۳. نیازهای آموزشی شناسایی شده در قالب مقاله در مجلات کمک آموزشی درج شوند تا در دسترس والدین و معلمان قرار گیرند. در این زمینه تهیه و توزیع فیلمهای آموزشی کوتاه و نرم‌افزارهای آموزشی نیز می‌تواند مؤثر باشد.

۴. صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی نیز می‌توانند از نیازهای شناسایی شده در تولید برنامه و تهیه مجلات برای والدین بهره بگیرند.

۵. مدیران مدارس می‌توانند آموزشهای مورد نیاز را (با توجه به سرفصلها) در سطح مدرسه برای معلمان و والدین طراحی کنند و برای اجرا از متخصصان مربوطه دعوت به عمل آورند.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

منابع

اسکندری، حسین؛ رفیعی‌فر، شهرام و همکاران. (۱۳۸۴). *کوریکولوم جامع آموزش سلامت در مدارس از مقطع پیش‌دبستانی تا پایان پیش‌دانشگاهی*. تهران: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، وزارت آموزش و پرورش.

افلاطونیان، محمدرضا و شریفی، ایرج. (۱۳۸۶). میزان شیوع لیشمانیوز پوستی در دانش‌آموزان شهر بم و بروات در بهار ۱۳۸۵. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۴*(۲)، ۸۲-۸۹.

امیدیان، جلیل. (۱۳۷۹). شیوع کوررنگی ارثی مادرزادی در دانش‌آموزان دبستانی شهر کرمانشاه طی سال‌های ۷۸-۱۳۷۷. *مجله بینا، ۵*(۴)، ۳۲۵-۳۳۰.

امیری، فاطمه السادات؛ امانی، رضا؛ خواجه موگهی، ناهید و رشیدخانی، بهرام. (۱۳۸۷). تأثیر دو نوع صبحانه (پرکربوهیدرات و پرپروتئین) بر عملکرد شناختی دانش‌آموزان ۹-۱۱ ساله دبستانی. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۳(۲)، ۲۳-۳۲.

بازرگان، عباس. (۱۳۸۰). *ارزشیابی آموزشی*. تهران: انتشارات سمت.

برنامه درسی ملی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۱). تهران: وزارت آموزش و پرورش، شورای عالی آموزش و پرورش.

بغدادچی، جلیل؛ امانی، رضا و خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۸۰). بررسی اثرات صبحانه بر قدرت تمرکز و حافظه کوتاه‌مدت دانش‌آموزان دبستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۸*(۲۷)، ۵۳۵-۵۴۰.

تبریزی، منصوره. (۱۳۹۳). تحلیل محتوای کیفی از منظر رویکردهای قیاسی و استقرایی. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۲۱(۶۴)، ۱۰۵-۱۳۸.

جمشیدی، احمدرضا؛ شاعری، حمیدرضا و اکبریان، محمود. (۱۳۸۳). شیوع و اشکال هایپر موبیلیتی مفصلی در دانش‌آموزان تهرانی. *مجله حکیم، ۷*(۳)، ۶-۱۳.

چهره آسا، فاطمه و شهرکی پور، مهناز. (۱۳۸۰). قوس‌های کف پا در دانش‌آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی زاهدان و تأثیر شاخص توده بدن بر آن. *مجله طب جنوب*، ۴(۲)، ۱۲۸-۱۳۴.

حاجیان، کریم‌اله. (۱۳۷۹). بررسی وضعیت تغذیه‌ای دانش‌آموزان دبستانی ۱۱-۶ ساله شهر بابل بر اساس معیارهای تن‌سنجی در سال ۱۳۷۷. *مجله دانشور، ۸*(۲۹)، ۴۳-۶۰.

حکیم زاده، رضوان؛ میرزابیگی، محمدعلی و رسولی سقای، مقصود. (۱۳۹۳). نیازسنجی آموزشی برنامه‌های آموزش خانواده برای اولیاء دانش‌آموزان ناحیه یک تبریز. *فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۷*(۲۶)، ۷-۲۴.

خلج، محمد و محمدی زیدی، عیسی. (۱۳۸۵). بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت در تغییر آگاهی و رفتارهای تغذیه ای دانش آموزان مدارس ابتدایی در شهر قزوین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۸*(۱)، ۴۱-۴۹.

رفیع‌نژاد، جواد؛ نوراللهی، ایوب؛ جوادیان، عزت‌الدین؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان و شمشاد، خدیجه. (۱۳۸۵). بررسی اپیدمیولوژی شپش سر و فاکتورهای مؤثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهرستان املش، استان گیلان سال ۱۳۸۳-۱۳۸۲. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۲(۳ و ۴)، ۵۱-۶۳.

رفیعی، محمود؛ ترکمن، محمد و شربتدارعلایی، محمدرضا. (۱۳۸۹). آلودگی‌های انگلی در کودکان مدارس شهری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵۸*(۱)، ۸۲- ۸۶

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

رمضانخوانی، علی. (۱۳۹۲). بهداشت مدارس. در حسین حاتمی، سید منصور رضوی، حسن افتخار اردبیلی و فرشته مجلسی (گردآورندگان)، *کتاب جامع بهداشت عمومی* (چاپ سوم، صص. ۱۷۹۴-۱۸۱۹). تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

رمضان‌زاده تبریز، الهه؛ رزاقی، نغمه و حصاری، بهرام. (۱۳۹۴). وضعیت سلامت جسمانی و رفتاری در دانش‌آموزان دختر ۱۱-۷ ساله جنوب شهر مشهد. *مجله پرستاری کودکان*، ۲(۱)، ۱۹-۲۹.

سرافراز، مظفر. (۱۳۸۲). فراوانی افیوژن گوش میانی در بیش از هفت هزار دانش‌آموز پایه اول و دوم دبیرستان. *مجله گوش، گلو، بینی و حنجره ایران*، ۱۵(۳۱)، ۲۰-۲۳.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۹۱). *روشهای تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: نشر آگه.

سنه، افسانه. (۱۳۸۸). مقایسه میزان شیوع ناهنجاری‌های وضعیتی در اندام فوقانی دانش‌آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی تحصیلی. *فصلنامه علمی- پژوهشی نوآوری‌های آموزشی*، ۸(۳۰)، ۱۳۹-۱۵۶.

سنه، افسانه؛ سلمان، زهرا و آقازاده، محرم. (۱۳۸۷). تأثیر فعالیتهای بدنی و بازی بر رشد توانایی‌های ذهنی پسران پیش‌دبستانی. *فصلنامه علمی -پژوهشی نوآوری‌های آموزشی*، ۷(۲۶)، ۸۷-۱۰۶.

سودبخش، عبدالرضا؛ احمدی‌نژاد، زهرا و کریم‌پور، علیرضا. (۱۳۸۱). بررسی میزان شیوع آلودگی به انگل ژیاردیا در میان دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهرستان نکا در طی سال‌های ۷۸-۱۳۷۷. *مجله بیماری‌های عفونی و گرمسیری ایران*،۷(۱۸)،۳۵-۳۹.

سهیلی، ثریا. (۱۳۹۲). بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه. در حسین حاتمی، سید منصور رضوی، حسن افتخار اردبیلی و فرشته مجلسی (گردآورندگان)، *کتاب جامع بهداشت عمومی* (چاپ سوم، صص.۷۶ -۸۷). تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

سیدنوزادی، محسن. (۱۳۹۲). سلامت و بیماری. در حسین حاتمی، سید منصور رضوی، حسن افتخار اردبیلی و فرشته مجلسی (گردآورندگان)، *کتاب جامع بهداشت عمومی* (چاپ سوم، صص.۴۴-۵۷). تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

شریف، مهدی؛ متولی حقی، فرزاد و ضیایی هزارجریبی، هاجر. (۱۳۸۲). بررسی شیوع بیماری گال و عوامل مؤثر در ابتلا به آن در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر ساری در سال ۷۹-۱۳۷۸. *مجله دانشگاه علوم* پزشکی *مازندران*، ۱۳(۳۸)، ۴۹-۵۳.

شهبازی، حسن؛ باقیانی‌مقدم، محمدحسین؛ خواجه، زهرا؛ اسماعیلی، عباس؛ کریمی، معصومه و علیانی عجم، شهناز (۱۳۹۲). بررسی رفتارهای تغذیه‌ای و بهداشتی در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان. *فصلنامه علمی- پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۱(۴)، ۶۹-۸۰.

شیخ‌الاسلام، ربابه؛ نقوی، محسن؛ امامی‌خو، حمید؛ اسماعیلی، محمدجعفر؛ هدایتی، مهدی و عزیزی، فریدون. (۱۳۸۶). شیوع گواتر و میزان ادرار در دانش‌آموزان ۱۰-۷ ساله استان قم در سال ۱۳۸۰. *مجله* دانشگاه *علوم پزشکی قم*، ۱(۱)، ۱۳-۱۹.

طاهری، فاطمه و فوادالدینی، محسن. (۱۳۸۴). تعیین نورموگرام رشد دانش‌آموزان دختر ۱۴-۱۱ ساله شهر بیرجند در سال ۱۳۸۳ و مقایسه آن با مقادیر مرجع مرکز آمارهای بهداشتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۲(۳ و ۴)، ۵۰-۵۶.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

عصاره، علیرضا و نصری، صادق. (۱۳۸۴). بررسی نیازهای آموزشی و تربیتی والدین و دانش‌آموزان مقطع متوسطه کشور در خرده‌فرهنگ‌های مختلف ایران. *فصل‌نامهٔ نوآوری‌های آموزشی*، ۴(۱۴)، ۶۴- ۱۰۶.

علیزاده سیوکی، هادی؛ کشاورز، محسن؛ جعفری، احمد و رمضانی، حسن. (۱۳۹۲). تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی و عملکرد تغذیه‌ای دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تربت‌حیدریه. *فصلنامه دانشکده علوم پزشکی تربت‌حیدریه*، (۱)، ۴۴-۵۱.

کرسول، جان دبلیو. (۱۳۹۶). *طرح پژوهش رویکردهای کیفی، کمی و ترکیبی*، (ترجمه علیرضا کیامنش و مریم دانای طوس). تهران: جهاد دانشگاهی. (اثر اصلی در سال ۲۰۰۹ چاپ شده است).

کرسول، جان و پلانو کلارک، ویکی. (۱۳۹۰). *روشهای پژوهش ترکیبی* (ترجمه علیرضا کیامنش و جاوید سرایی). تهران: آییژ. (اثر اصلی در سال ۲۰۰۷ چاپ شده است).

کریمی، هنگامه؛ شیرین‌کام، فاطمه؛ سجادی، پروین؛ شریفی، مولود و بایندری، معصومه. (۱۳۹۴). الگوی مصرف مواد غذایی، صبحانه و میان وعده در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه. *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۷۶)، ۷۳-۸۳.

کیخایی، راضیه؛ رخشانی، فاطمه؛ ایزدی، شاهرخ و هاشمی، سیده زهرا. (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای بهداشت دهان و دندان دانش‌آموزان دختر پایهٔ اول ابتدایی زابل بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی. *فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل*، ۴(۲)، ۳۳-۴۱.

مظاهری، حسن. (۱۳۹۳). بررسی نیازهای آموزشی والدین دانش آموزان دوره دوم متوسطه در کلاسهای آموزش خانواده. *فصلنامه علمی- پژوهشی خانواده و پژوهش*، ۱۱(۳)، ۴۷-۵۸.

مظلومی محمودآباد، سیدسعید؛ ذوالقدر، راضیه؛ میرزایی علویجه، مهدی و حسن بیگی، افسانه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه استرس مزمن و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی در شهر یزد در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه علمی- پژوهشی طلوع بهداشت*، ۱۰(۲)، ۱-۱۰.

میرزا آقایی، فرزانه؛ معین‌فر، زینب؛ افتخاری، سحر؛ کریمی‌خضری، مرضیه؛ مزیدی، مونا؛ علی‌رمضانی، مریم و صداقت، مجتبی. (۱۳۸۵). میزان آگاهی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی از بیماری پوکی استخوان و عوامل مؤثر بر آن. *مجله حیات*، ۱۲(۳)، ۴۳-۵۰.

میرنصوری، رحیم؛ طاهرپوری، طیبه؛ محمدی، مجید و احمدی، گیتی. (۱۳۹۴). تأثیر فعالیتهای آمادگی جسمانی بر ارتقاء سلامت عمومی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر خرم‌آباد. *فصلنامه سلامت جامعه*، ۹(۴)، ۱۸-۲۷.

نبوی‌زاده، سیدحسام‌الدین و نجابت، محمود. (۱۳۷۹). شیوع کوررنگی در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهرستان یاسوج. *مجله ارمغان دانش*، ۵(۱۹ و ۲۰)، ۱۸-۲۴.

وکیلی، محمود؛ باقیانی مقدم، حسین؛ پیرزاده، آسیه و دهقانی، محبوبه. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی در مورد مصرف شیر و لبنیات. *مجله دانش تندرستی*، ۲(۴)، ۴۰-۴۵.

یوسفی، بهرام. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط بین برخی ویژگی‌های ارگونومیک میز و نیمکت مدارس با شاخص‌های آنتروپومتری دانش‌آموزان پسر شهرستان کرمانشاه و شیوع ناهنجاری‌های ستون فقرات و اندام اسکلتی فوقانی. *فصلنامه حرکت*، (۲۶)، ۲۳-۴۰.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

Alameda County Health Care Services Agency. (2011). *Frick middle school: School health needs assessment.* San Leandro, CA: Author.

Alberta Learning, Learning and Teaching Resources Branch. (2000). *Physical education guide to implementation (kindergarten to grade 12)*. Edmonton, AB: Author.

Desforges, C., & Abouchaar, A. (2003). *The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievements and adjustment: A literature review* (Research Report RR433). London: Department for Education and Skills.

Hemmatinezhad, M. A., Behrozi, A., Ramazani-nejad, R., Namjoo, S., Faraji, R., & Farzan, F. (2013). The relationship between parent's attitude and children's attitude toward physical activity. *International Journal of Sport Studies, 3*(10), 1126-1131.

Just, D. R., Lund, J., & Price, J. (2012). The role of variety in increasing the consumption of fruits and vegetables among children. *Agricultural and Resource Economics Review*, *41*(1), 72–81.

The Ontario Public Service. (2015). *Health and physical education*. Canada: Author.

Wandner, L. D., & Hair, E. (2009). *Research-based recommendations to improve child nutrition in schools and out-of-school time programs*. Washington, DC: Child Trends.

[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]

[DOR: 20.1001.1.10174133.1396.33.4.4.3]
[Downloaded from qjoe.ir on 2026-11-17]