

مدارس هروج سلامت
در جمهوری اسلامی ایران
Health Promoting School (HPS)





مقدمه :

امروزه سرمایه گذاری بر روی سلامت نوجوانان و جوانان در محیط های آموزشی به عنوان یکی از مهمترین مداخلات نظام های سلامت مطرح بوده به نحوی که این مهم در قالب یک برنامه فراگیر به نام "مدارس مروج سلامت" (HPS) درموزه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) توصیه شده است.

بررسی شفافیت های ارتقای سلامت در مدارس ابزار بسیار مناسبی برای سنجش اثربخشی مداخلات سلامت در موزه سلامت نوجوانان و جوانان در کشور محسوب شده و می توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در این گروه سنی، ابزارهای پیشگیری از آن ها را طراحی و با سرمایه گذاری لازم زمینه کاهش بار بیماری ها را فراهم نمود.

ابتدا در سال ۲۰۰۱ میلادی سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست اندرکاران بین المللی ذینفع، برنامه مراقبت مدرسه محور را آغاز نمود. هدف عمده ی این نظام مراقبت، روزآمد نمودن اطلاعات سلامت در دانش آموزان، والدین و کارکنان مدارس بود.

در دسامبر ۲۰۰۵ میلادی نشست مشورتی در مورد مدارس مروج سلامت در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) برگزار گردید. در این نشست کارشناسان موزه سلامت مدارس و سایر مدیران مربوطه از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی شرکت داشته و با تبادل تجربیات در مورد ارتقای سلامت در مدارس در بین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و دستیابی به بهترین رویکرد در زمینه طراحی شبکه مدارس مروج سلامت بمت و تبادل نظر نمودند. یکی از مهمترین ابعادی که در این اجلاس مورد بحث قرار گرفت، آموزش سلامت در مدارس بود، چرا که یکی از مهمترین شفافیت های مداخلات سلامت در محیط های آموزشی بوده و از آنجایی که مدارس تاثیر بسیار زیادی در رشد و تکامل کودکان و نوجوانان دارند و بسیاری از رفتارهای مخاطره آمیز سلامت نیز در سنین مدرسه شکل می گیرد، بسیاری از متخصصین علوم رفتاری توصیه می نمایند بر اساس دیدگاه "تربیت از سنین کودکی" (Early child development) آموزش را باید از سنین پیش از مدرسه و مدرسه آغاز کرد.

برنامه مدارس مروج سلامت در سطح منطقه مدیترانه شرقی علاوه بر اینکه ابزار مناسبی برای یافتن اولویت ها، تثبیت برنامه ها و تامین منابع کافی برای برنامه های نوجوانان، جوانان و مدارس می باشد، امکان تبادل نظریات را بین کشورهای مختلف جهان فراهم کرده و شرایط مناسبی را برای رقابت در بین کشورهای منطقه بوجود می آورد. این مدارس روند تغییرات رفتارهای مخاطره آمیز سلامت را زیر نظر داشته و بررسی می کنند. این رفتارها در منطقه شامل: عادت های غلط غذایی، عدم رعایت بهداشت فردی، مخاطرات سلامت روان، بی تمرکی، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز، سوء مصرف مواد و الکل، مصرف دفانیات و فشنونت می باشد.

لذا این برنامه ابعاد وسیعی از سلامت در محیط های آموزشی را در بر گرفته و تمامی جنبه ها از جمله محیط مدرسه، والدین و اولیا، سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی و معنوی دانش آموزان را شامل می شود. بر این اساس شبکه



مدارس مروج سلامت

مدارس مروج سلامت در کشورها شکل گرفته و با پیوستن تمامی مدارس منطقه با رویکرد ارتقای سلامت در جلسات منطقه ای نقاط قوت و ضعف آن به تصویر کشیده خواهد شد.

هم اکنون این برنامه به صورت پایلوت در جمهوری اسلامی ایران نیز با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش در سطح کشور آغاز شده و طی تفاهم نامه ای در بهمن ۱۳۸۶، روند توسعه آن شتاب بیشتری به خود گرفته و امید است با افزایش پوشش این برنامه در استان ها شاهد ارتقای سلامت در گروه سنی نوجوانان و جوانان باشیم.

دکتر محمد امیر امیرفانی

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



مدارس مروج سلامت و ارتقای سلامت:

مدارس مروج سلامت (HPS) مکان‌هایی هستند که در آن تمام جامعه مدارس به منظور فراهم نمودن تجارب و سافت‌های مثبت و ادغام یافته که سلامت دانش‌آموزان را ارتقا می‌دهد، دست در دست هم فعالیت می‌نمایند. نظریه مدارس مروج سلامت یک مقوله بین‌المللی است، به گونه‌ای که بسیاری از کشورهای دنیا با حمایت از برنامه‌های مرتبط با این مدارس، در راستای ارتقای سلامت گام بر می‌دارند. HPS به منزله یک نظام برای ارتقای سلامت است که منجر به افزایش ظرفیت‌ها و توانمندسازی مردم در مورد سالم‌زدگی کردن، سالم‌کارکردن و آموزش با کیفیت خواهد شد. در دیدگاه‌های ارتقای سلامت که از حدود دو دهه پیش تا کنون در حال گسترش می‌باشد، طراحی و ارائه برنامه‌ها و مداخلات سلامت جمعیت‌محتم پوشش، در چهار محیط توصیه می‌گردد. محیط‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی، محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار و محیط‌های عمومی، چهار محیط اصلی هستند که به نوعی دسترسی به تمامی گروه‌های جامعه را فراهم می‌کنند و در این میان محیط‌های آموزشی که بیشترین گروه هدف نوجوانان و جوانان را در خود جای داده است مهمترین ممل اجرای مداخلات ارتقای سلامت می‌باشند. از طرفی مدارس ممل مناسبی برای سنجمیدن اثر بخشی برنامه‌های آموزش سلامت محسوب می‌شوند. در این راستا می‌توان قبل از تشدید مشکلات سلامتی در گروه سنی نوجوانان و جوانان، ابزارهایی برای پیشگیری از آن‌ها یافت و به طور عملی و کاربردی سلامت این گروه را مدیریت نمود. مدارس مروج سلامت با استفاده از مشارکت آموزگاران، دانش‌آموزان و والدین از طریق تشکیل گروه‌های کاری و مشورتی که به طور نزدیک با مدرسه در ارتباط هستند برنامه‌های خود را در جهت دستیابی به محیط و آب سالم و پیشگیری از فشنونت و آزار، با جوی آکنده از اعتماد متقابل و امکان دستیابی یکسان به فرصت‌های آموزشی و بهداشتی فراهم می‌آورند. زمانی که این فضا برای دانش‌آموز فراهم نباشد او دچار بیماری می‌شود، از مضور در کلاس غیبت می‌کند یا به منظور تامین زندگی اقتصادی- اجتماعی خانواده خود به اجبار، به کار بیرون از منزل می‌پردازد. مدارس مروج سلامت به معنی دستیابی به راه تازه‌ای برای اندیشیدن است که خود منجر به یافتن فرصت‌ها، سیاست‌ها و سافت‌های جدید می‌شوند. کار کردن در کنار هم با یک رهبری قوی، به هر کسی امکان ابراز نظر و عقیده اش را خواهد داد. تشکیل چنین مدرسی به حمایت گسترده‌ای امتیاج دارد، لذا در این راستا باید از تمامی نیروهای علاقه‌مند کمک گرفت. می‌توان رهبران و اعضای رسمی و غیر رسمی داشت و با ایشان به طور رسمی و غیر رسمی جلساتی را برگزار نمود. برای انتقال نظر و اطلاعات، بروشورهایی تهیه کرد و از سایر وسایل ارتباط جمعی مثل رادیو، تلویزیون و پوستر کمک گرفت. مدارس مروج سلامت باید به گونه‌ای عمل نمایند که تغییرات ایجادشده توسط آنان، پایدار و بادوام باشند. آینده‌ی این مدارس نباید به تعهد و حمایت محدودی از اعضا آن یا مدیران مدارس وابسته باشد. برای این منظور رویکرد پیشنهادی این است که سیاست، عملکرد و سافت‌ها این مدارس به گونه‌ای تدوین شود که فعالیت‌های آن در زمره فعالیت‌های اصولی و بنیادین ادغام گردد.



مدارس مروج سلامت

مفهوم مدرسه مروج سلامت مزایای زیر را در بر می گیرد :

- الگویی جامع از سلامت به کار می بندد به گونه ای که تمامی جنبه های فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی سلامت را در بر می گیرد.
- از طریق تشویق خانواده ها، آنان را در پرورش مهارت ها و دانسته های مرتبط با سلامت فرزندان سهیم می نماید.
- نقش و اهمیت محیط فیزیکی (ساختمان مدرسه، بهسازی محیط، آب سالم، محیط های بازی و ورزش و ...) را در سلامت کودکان تعیین می نماید.
- اهمیت رسوم اجتماعی مدرسه را در حمایت از یک محیط آموزشی مناسب آشکار می نماید، محیطی که در آن شادابی دانش آموزان تقویت می گردد.
- خدمات بهداشتی، درمانی منطقه ای و محلی را به مدرسه پیوند می زند تا بر جنبه های مهم از قبیل آلودگی های انگلی، مالاریا و ... که بر سلامت در مدارس تأثیر می گذارد تأکید ورزد.
- با گسترش عدالت در ابعاد آموزش و سلامت، سبب افزایش شایستگی و مشارکت دختران و زنان در اجتماع می شود.
- محیط کار حمایتی و مثبت برای کارکنان مدرسه فراهم می آورد.
- مدرسه و جامعه را به مشارکت در اقدامات بهداشتی قادر می سازد، به گونه ای که دانش آموزان، خانواده هایشان و اعضای جامعه از این اقدامات بهره مند شوند.



اشاره ای به مدارس مروج سلامت در منطقه :

همانطور که اشاره شد هدف از طراحی این مدارس افزایش ظرفیت و توانمندسازی آحاد مختلف جامعه در مورد سالم زندگی کردن، سالم کار کردن و آموزش با کیفیت می باشد. این مهم در قالب برنامه جامع سلامت مدارس در سال ۱۹۹۵ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) به تصویر کشیده شده بود. سپس در سال ۲۰۰۱ میلادی سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه با دست اندرکاران بین المللی ذینفع، برنامه مراقبت مدرسه محور را آغاز نموده و در دسامبر ۲۰۰۵ میلادی نیز نشست مشورتی مدارس مروج سلامت را در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) برگزار کرد. برنامه مدرسه مروج سلامت تاکید فاصی بر روی چند موضوع دارد که از آن جمله می توان به تمقیق برای دستیابی به اطلاعات به منظور توسعه برنامه های سلامت در مدارس در منطقه، افزایش ظرفیت های ملی و منطقه ای برای تقویت برنامه و ایجاد شبکه های ملی و منطقه ای، طراحی شبکه های نظارتی و برنامه ریزی در کشور به منظور نظارت بر روند اجرای برنامه، بر اساس اهداف از پیش تعیین شده اشاره کرد. مدارس مروج سلامت در همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت - منطقه مدیترانه شرقی بجز افغانستان و جمهوری عربی لیبی اجرا می شود. کمیته های مجری این طرح شامل نمایندگان از وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و سازمان های غیردولتی این کشورها می باشند. گاهی بر مسب شرایط، سازمان های بین المللی نیز در این کمیته ها مشارکت دارند. به طور مثال در:

بمربین: کمیته ای متشکل از وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش و سازمان جهانی بهداشت این حرکت را سازماندهی نموده و از ۱۱ مدرسه شروع کرده و به ۵۰ مدرسه گسترش دادند. روند به این گونه بود که ابتدا تیم سلامت مدارس را طراحی و برای برنامه ریزی در مدارس مستقر می کردند، این تیم برنامه های کشورهای دیگر را در مورد این موضوع بررسی و مشکلات سلامت در مدارس را شناسایی کرده و به دنبال فرصت های مناسب برای مداخلات موثر بودند، در عین حال برنامه عملیاتی مناسبی را نیز طراحی می نمودند.

مصر: برنامه ی مدارس مروج سلامت در سال ۱۹۹۹ میلادی در مصر طراحی گردید. این برنامه از یک مدرسه شروع شد و به ۲۰ مدرسه افزایش پیدا کرد. در ادامه ۶ مدرسه در ۶ ایالت دیگر هم به برنامه اضافه شدند. چندین کارگاه آموزشی هم برای دست اندرکاران و آموزگاران برگزار شد و با طراحی یک بانک اطلاعاتی دقیق به تدریج برنامه به ۲۰۰ مدرسه گسترش پیدا کرد. **اردن:** وزارت آموزش و پرورش اردن، این برنامه را در دسامبر ۲۰۰۳ میلادی آغاز نمود. کمیته ای متشکل از نمایندگان وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش که توسط مدیر کل سلامت مدارس وزارت بهداشت رهبری می شد، هدایت این برنامه را به عهده داشت. تعداد ۲۰ مدرسه داوطلب اجرای این برنامه شدند و ۳ مدرسه جایزه بهترین مدارس مروج سلامت را دریافت نمودند.

لبنان: تجربه ی لبنان با سایر کشورها متفاوت است به این ترتیب که از مشارکت بخش خصوصی و غیر دولتی و سازمان های بین المللی در راه اندازی مدارس مروج سلامت کمک گرفته شده است. بیشترین نقشی که وزارت بهداشت ایفا می نماید هماهنگی بین بخشی و برون بخشی و برگزاری جلسات و کارگاه های آموزشی می باشد.



مدارس مروج سلامت

چالش های سلامت نوجوانان و جوانان:

جمهوری اسلامی ایران یکی از کشورهای منطقه مدیترانه شرقی با بافت جمعیتی جوان است. جمعیت کشور نزدیک به ۷۰ میلیون نفر می باشد و بر اساس گزارش بانک جهانی در مورد شاخص های توسعه جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی، مدود یک سوم از جمعیت کشور را نوجوانان و جوانان ۱۵-۲۹ ساله تشکیل می دهند. در سال ۱۳۸۳، این میزان معادل ۳۴/۹٪ کل جمعیت کشور بوده است. مشکلات این گروه سنی گرچه از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است اما در کل رویکرد یکسانی دارد و آمار و اطلاعات موجود، همچنین نتایج بررسی ها در کشور نشان می دهد که این مشکلات شامل موارد زیر است:

- حوادث و سوانح
- عفونت های انگلی
- ایدز
- بیماری های قابل پیشگیری با واکسن
- مالاریا
- اختلالات و مشکلات رفتاری
- بی خانمانی
- کمبود دریافت ریز مغذی ها و سوتغذیه پروتئین، انرژی
- عفونت های تنفسی
- خشونت و آزار
- مشکلات بینایی و شنوایی
- سوء مصرف الکل یا سایر مواد دفانی و یا مقدر
- حاملگی های نافواسته

مل و یا کاهش این مشکلات نیاز به دستورات عملی ها و قوانین ویژه ای دارد که هر یک آثار کوتاه مدت، میان مدت یا طولانی مدت فوهند داشت. تاثیرات طولانی مدت بر دانش آموزان شامل: سلامت فیزیکی و روانی، ایمنی، آموزش پرهیز از رفتارهای مخاطره آمیز سلامت، دریافت آموزش صمیم و آکادمیک می باشد. این تاثیرات بر روی آموزگاران شامل: سلامت جسمی و روانی، ایمنی، رضایت شغلی، اعتماد به نفس بالا و ارتقای کیفیت تدریس می باشد.

در مجموع، برآیند فعالیت ها در طولانی مدت به جامعه برگشته و تاثیر آن شامل: سلامتی اقشار جامعه، ایمنی، کاهش انتقال بیماری ها و ارتقای کیفیت زندگی می باشد.



مدارس مروج سلامت

بررسی وضعیت مومبود:

سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور در سال ۱۳۸۲ نشان می دهد که مهمترین علل مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ ساله عبارت است از:

بیماری	میزان عمراز دست رفته در ۱۰۰۰۰۰ نفر از همین گروه سنی
بیماری های عفونی و انگلی	۶۸/۵
سرطان ها	۴۶۵/۱
بیماری های تغذیه، غدد و متابولیک	۳۹/۲
بیماری های فون و دستگاه فونساز	۳۲
بیماری های روانی و اختلالات رفتاری	۱۵۸/۲
بیماری های دستگاه عصبی مرکزی	۸۱/۹
بیماری های قلبی عروقی	۷۴۹/۵
بیماری های دستگاه تنفسی	۱۱۰
بیماری های دستگاه گوارش	۸۴/۸
بیماری های دستگاه ادراری	۵۳/۸
عوارض ماملگی وزایمان	۲۵/۹
علل ناشی از بیماری های جلد و زیر جلد	۳/۱
بیماری های اسکلتی و عضلانی	۱۳/۶
ناهنجاری های مادرزادی و کروموزومی	۳۲/۱
بلایا و حوادث غیر مترقبه و طبیعی با تلفات کم	۱۹۵۹/۹
بلایا و حوادث غیر مترقبه و طبیعی بدون تلفات کم	۷۱/۴
حوادث و سوانح غیر عمدی با تلفات کم	۴۳۷۸/۲
حوادث و سوانح غیر عمدی بدون تلفات کم	۲۴۸۹/۴
قتل و فشنونت	۱۹۱/۶
خودکشی	۳۱۶/۶



✿ از تحقیقات به عمل آمده در سال ۱۳۸۳ در استان سیستان و بلوچستان بر روی حدود ۱۸۵۵ نفر از دانش آموزان شهرستان های زاهدان، سراوان، زابل، چابهار و یرانشهر در گروه سنی ۱۸-۲۵ ساله این نتایج به دست آمد:

سابقه مصرف سیگار، قلیان و نسوار در دانش آموزان دبیرستانی استان

پسر	دفتر	کل	سابقه مصرف	
۲۵/۴	۵/۱	۱۵/۲	سیگار	
۵۱/۲	۲۶/۱	۴۱/۷	کل	قلیان و نسوار
۲۳/۵	۱۴/۹	۱۹/۲	یکبار	
۲/۵	۲/۲	۵/۴	بیشتر از یکبار	
۲۵/۲	۹	۱۷/۱	گاهی	

سابقه مصرف موادمفدر در دانش آموزان دبیرستانی استان

پسر	دفتر	کل	سابقه مصرف	
۹/۱	۲/۲	۵/۷	کل	تریاک
۵/۹	۱/۷	۳/۸	۱-۲ بار	
۳/۲	۰/۴	۱/۹	بیشتر	
۱	۰/۲	۰/۶	هروئین	
۱/۷	۰/۳	۱	مرفین	



برآورد شیوع مصرف الکل و داروهای استروئیدی در دانش آموزان دبیرستانی استان

پسر	دفتر	کل	سابقه مصرف	
۱۱/۴	۱/۵	۵/۴	کل	مشروب (الکل)
۶/۷	۱/۳	۰/۴	۱-۲ بار	
۴/۷	۰/۲	۵	بیشتر	
۶/۳	۲/۴	۴/۴	کل	داروهای استروئیدی
۳/۸	۱/۸	۲/۸	۱-۲ بار	
۲/۵	۰/۶	۱/۶	بیشتر	

✚ در مطالعه دیگری که بر روی دانشجویان خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند به عمل آمد مشخص شد که:

بیشتر از ۳۵٪ دانشجویان رفتار جنسی مخاطره آمیز داشتند و ۳۵٪ دانشجویانی که رفتار جنسی مخاطره آمیز داشتند از کاندوم برای پیشگیری از ابتلا به بیماری های آمیزشی استفاده نمی کردند.

میانگین سن شروع استعمال سیگار در دانشجویان سیگاری ۳/۱ + ۱۸ سالگی، مصرف مواد الکی ۲/۹ + ۱۷/۷ سالگی و میانگین سن شروع روابط جنسی نامشروع ۲/۹ + ۱۶/۸ سالگی تعیین گردید. بر این اساس مشاهده می گردد که سنین دبیرستانی فطرناتکترین سن برای شروع رفتارهای مخاطره آمیز بوده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که علی رغم تمصیل نمونه های مورد مطالعه در رشته های مرتبط با علوم پزشکی و آشنایی آنها با مضرات و زیان های حاصل از رفتارهای مخاطره آمیز متأسفانه این رفتارها در بین دانشجویان از فراوانی زیادی برخوردار است.

✚ نتایج بررسی دیگری که در کرمانشاه در سال ۱۳۸۳ انجام شد به قرار زیر است:

۳/۸٪ برای اولین بار به مراکز توزیع قلیان مراجعه نموده اند، ۳۲/۷٪ در ماه ۱-۲ بار، ۳۳/۳٪ معمولاً در هفته یکبار و ۱۹/۲٪ معمولاً بیش از یکبار در هفته به این مراکز مراجعه می نمایند. ۳۹/۹٪ قلیان را کاملاً بی ضرری دانستند. ۵٪ هیچگونه مطلبی در مورد مضرات قلیان نفوانده و نشنیده اند. ۸۵/۲٪ فقط در قهوه خانه قلیان می کشند و سن شروع مصرف



مدارس مروج سلامت

آن در ۷۴٪ افراد مذکور ۱۶ - ۱۱ سالگی بوده است. ۳۳٪ دلیل کشیدن قلیان را تفریح و سرگرمی و ۲۱/۵٪ آن را برای گذراندن وقت و رفع بیکاری عنوان نمودند. ۶۷/۷٪ کودکان و نوجوانان مورد بررسی دارای پدر قلیانی هستند و ۸۶/۴٪ کودکان و نوجوانان مورد بررسی اظهار داشتند خانواده ها از قلیان کشیدن آن ها اطلاع دارند.

✚ مطالعه در مورد سوانح نشان می دهد که:

- ۷۵٪ حوادث منجر به مرگ در گروه سنی ۲۵-۵ ساله است.
- حوادث دومین علت مرگ در گروه سنی ۲۵-۵ ساله است.
- ۲۵٪ آسیب ها در مدارس اتفاق می افتد که ۸۰٪ آن ها در مدارس ابتدایی است.
- سالیانه حدود ۳۰/۰۰۰ فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور اتفاق می افتد.
- در ایران سالیانه حدود ۳۰۰/۰۰۰ مورد مصدومیت و معلولیت اتفاق می افتد.

✚ مطالعه سال ۱۳۸۷ در مورد ایدز نشان می دهد که:

- تا اول مهر ۱۳۷۸ جمعاً ۱۸۳۲۰ مورد آلودگی به ویروس ایدز ثبت شده است.
- میزان آلودگی به ویروس ایدز در طی سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۷، بیش از ۵/۵ برابر شده است.
- میزان آلوده شدگان در کشور ۷۰ تا ۸۰ هزار نفر تخمین زده می شود.
- ۷۶/۵٪ از موارد آلودگی به HIV و ایدز در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ ساله اتفاق افتاده است.
- ۶۹٪ از موارد آلوده به HIV و ایدز در اثر استفاده از سرنگ و سوزن مشترک در بین معتادان تزریقی اتفاق افتاده است.
- ۷/۹٪ از موارد آلودگی به HIV و ایدز در اثر تماس جنسی بوده است.

✚ با توجه به بررسی علل مرگ در ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۰:

در بررسی علل مرگ در ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۰ که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد، سوانح و حوادث غیر عمدی در راس علل مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ ساله بوده است. در بررسی سال ۱۳۷۹ مرگ و میر در موزه دانشگاه های علوم پزشکی کشور مشخص شد که ۹/۶٪ موارد مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ ساله رخ داده است که با میزان های اعلام شده در سایر کشور های در حال توسعه مشابه همخوانی دارد.

✚ شاخص های سلامت و باروری:

بالغ بر ۲۷/۷٪ نوجوانان پسر در مناطق شهری تهران تا ۱۵ سالگی سابقه تماس جنسی داشته اند و متوسط سن اولین تماس جنسی ۱۴/۸ سال بوده است. متوسط سن در اولین ازدواج برای دختران ۲۲ می باشد. در سال ۱۳۸۰ بر آورد گردیده است که



مدارس مروج سلامت

تعداد نوجوانان دفتر مبتلا به ایدز یا آلوده به ویروس آن در بالاترین برآورد ۱۱۰۰ نفر باشد، در مورد پسران این تعداد بالغ بر ۴۶۰۰۰ نفر برآورد شده است.

✚ در بررسی شفاف‌های مرتبط با عوامل فطر بیماری‌های مهم غیر واگیر و شیوه زندگی در آفرین بررسی سلامت و بیماری مشخص گردید که:

۹۶/۸٪ افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله سیگار نمی‌کشند، ۰/۷٪ آنان روزانه بیست نخ سیگار یا بیشتر مصرف می‌کنند و اکثر سیگاری‌های این گروه سنی عادت خود را در سنین ۱۵ تا ۱۹ سالگی آغاز می‌کنند. اضافه وزن در مردان گروه سنی ۱۵ تا ۳۹ ساله در شهر ۲۱/۲٪ و در روستا ۱۴/۳٪ و در زنان شهری ۲۴/۵٪ و در زنان روستایی ۱۸/۵٪ بوده است. میزان چاقی در مردان شهری همین گروه سنی ۴/۷٪ و در مردان روستایی ۲/۲٪ و در زنان شهری و روستایی به ترتیب ۱۲/۳٪ و ۶/۹٪ گزارش شده است که نمایانگر تأثیر شهرنشینی در اضافه وزن و چاقی جوانان می‌باشد. میزان ابتلا به بیماری فشار فون بالا بر اساس معیار سازمان جهانی بهداشت در گروه‌های سنی ۱۲-۲۴ و ۲۵-۴۴ ساله به ترتیب ۱/۸٪ و ۷/۱٪، در مردان بیش از زنان و در شهر بیش از روستا بوده است. ۲۸/۵٪ مردان شهری و ۳۲/۲٪ مردان روستایی در سنین ۱۵-۳۹ سالگی میزان کلسترول فون بیش از ۲۰۰ دارند. این مشکل در زنان همین گروه سنی در شهر نسبت ۳۱/۵٪ و در روستا ۳۶/۷٪ را به خود اختصاص می‌دهد.

✚ طرح سنجش سلامت جسمانی و آمادگی تمصیلی کودکان بدو ورود به دبستان که در سال تمصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۶ در ۶۹۳ پایگاه و ۸۱۳ شهر و منطقه به اجراء در آمد نشان داد که:

از نظر شفاف نمایه توده بدنی ۱۲٪ نوآموزان زیر صدک ۵٪ و ۱۳/۵٪ بین صدک ۸۵ و ۹۵٪ و ۳/۵٪ بالاتر از صدک ۹۵٪ بودند و ۷۰٪ نیز مشکلی نداشتند. در مورد اوتیسم نیز باید گفت که حدود بیش از ۹۹٪ مشکلی نداشتند اما بین ۰/۵٪ تا ۱٪ مشکوک به اوتیسم بودند که ارجاع داده شدند. حدود ۹۲٪ کودکانی که مورد معاینه بینایی قرار گرفتند (از ۸۸۹۰۰۰ نفر) مشکل بینایی نداشتند اما ۳٪ مشکوک بودند که به سطوح تفصیلی ارجاع داده شدند. این آمار با آمار جهانی نیز تطبیق دارد. از میان این تعداد، ۴۲٪ نیاز به عینک داشتند. ۲۰٪ تمت درمان آمبلیوپیا قرار گرفتند. حدود ۱/۹٪ تمت درمان دارویی و جراحی قرار گرفتند و ۰/۳٪ نابینا بودند. حدود ۵۰/۹٪ والدین از وضعیت بینایی فرزندشان اطلاع نداشتند، حدود ۷٪ اطلاع داشتند اما کاری نمی‌کردند. این امر تاییدی بر ضرورت معاینات غربالگری می‌باشد.

یافته‌های اودیومتری نشان داد که حدود ۰/۵٪ تا ۱٪ کودکان افتلالات شنوایی داشتند که ارجاع شدند. از این میان حدود ۳۵٪ بدون مشکل بودند، ۹٪ کلاپس مجرا داشتند، ۱۷٪ تمت درمان طبی قرار گرفتند، ۱۳٪ به جهت شستشوی گوش ارجاع شدند و ۰/۷٪ هم نیاز به سمک داشتند که بتوانند در مدرسه عادی مشغول تمصیل شوند.



مدارس مروج سلامت

نتایج ارزیابی های غربالگری و معاینات پزشکی دانش آموزان تمت پوشش خدمات سلامتی سال تمصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۶ بیانگر این است که :

در کل ۴ پایه تمصیلی و در ارزیابی های غربالگری افتلال نمایه توده بدنی (چاقی بیش از حد یعنی بالاتر از صدک ۹۵ % و لاغری بیش از حد یعنی کمتر از صدک ۳ %) بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است. پس از آن به ترتیب مشکلات بینایی، رشتک و شپش و مشکلات رفتاری قرار دارند و در معاینات انجام شده توسط پزشک اختلالات مربوط به گوش و ملق و بینی بیشترین درصد را به خود اختصاص داده است. پس از آن به ترتیب کم فونی، مشکلات مربوط به پوست و مو و مشکلات قلبی و سایکولوژی قرار دارند. این الگو در پایه های تمصیلی مختلف یکسان است با توجه به این که در پایه سوم ابتدایی افزایش قابل توجهی را نشان می دهد. قابل ذکر است که در پایه اول ابتدایی مشکلات قلبی، ستون فقرات، ادراری، نورولوژی و سایکولوژی به نسبت سایر پایه های تمصیلی بیشتر است.



مدارس مروج سلامت

اهداف و روش های اجرایی مدارس مروج سلامت:

پیشم انداز:

دستیابی به سلامت دانش آموزان، والدین و آموزگاران در تمامی ابعاد.

هدف کلی:

ترویج و استقرار مفاهیم ارتقای سلامت در بین دانش آموزان مدارس کشور از طریق استقرار نظام مدارس مروج سلامت.

اهداف اختصاصی:

۱. مرور و تبادل اطلاعات حاصل از تجارب و موفقیت های بدست آمده در زمینه مدارس مروج سلامت در سطوح استانی، ملی و منطقه ای.
۲. دستیابی به بهترین مدل و مکانیسم ها برای ایجاد شبکه های ملی و منطقه ای در کشورهای مدیترانه شرقی بر اساس شواهد و بهره گیری از تمامی نظریه ها.
۳. توانمند سازی دانش آموزان، پرسنل، اولیا و مربیان در زمینه مفاهیم ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان و سافتار مدارس مروج سلامت.
۴. ارائه بسته های خدمات سلامت در یک مجموعه ادغام یافته و تامین شفافص های آن در سطح کلیه مدارس کشور.
۵. گردآوری و استفاده از مداخل داده ها برای جمع آوری شفافص ها و اطلاعات به منظور پایش، برنامه ریزی، ارزشیابی و رتبه بندی مدارس مروج سلامت در سطوح ملی و منطقه ای.
۶. بهبود الگوهای تغذیه ای دانش آموزان.
۷. پیشگیری از رفتارهای مضطرب آمیز سلامت در دانش آموزان.
۸. بهبود وضعیت بیماریابی و درمان دانش آموزان مبتلا به اختلالات و مشکلات سلامتی
۹. بهبود شرایط فیزیکی مدارس.
۱۰. افزایش مشارکت دانش آموزان، کارکنان، اولیا و مربیان در زمینه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان و جامعه.

استراتژی ها:

۱. ایجاد محیط حمایتی برای گسترش مدارس مروج سلامت در سطوح ملی و منطقه ای.
۲. مشارکت های بین بخشی در خصوص برنامه جامع سلامت مدارس.
۳. حمایت از ایجاد سیستم های مراقبتی در زمینه پیشگیری از رفتارهای آسیب رسان.
۴. استفاده صمیمی و موثر از منابع موجود.
۵. فراهم آوردن و استقرار مدل منطقه ای بر اساس تجربه های موفق دنیا، بر گرفته از دانش و هنر و قابل تعمیم به فعالیت های روزانه مدارس و محیط مدرسه.



مدارس مروج سلامت

۶. آموزش به منظور توانمند سازی دانش آموزان.

۷. رتبه بندی مدارس بر اساس نظام مدارس مروج سلامت.

بدیهی است اتخاذ این استراتژی ها فواید فراوانی بر میزان دانش سلامت دانش آموزان و زمینه های فکری آنان تأثیر گذاشته و باعث تبادل تجارب و دستیابی به ابزارهای مناسب در این زمینه می شود.

روش اجرا:

برنامه مدارس مروج سلامت تلاش نموده تا ضمن تبیین اهداف مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش و ارائه یک مدل همکاری دوجانبه، با جامعیت بخشی و ادغام مداخلات سلامت در مدارس، نظام یکپارچه و قابل پایش و ارزشیابی را در راستای ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان تدارک ببیند، بطوری که با مشارکت فعالانه اولیا، مربیان و دانش آموزان زمینه توسعه سلامت گروه هدف را با رویکرد توانمندسازی دانش آموزان در زمینه مراقبت از خود، فرهنگ خود مراقبتی (Self care) و آموزش همسالان و همسالان فراهم آورد.

این مدل که یک نظام مراقبت سلامت را در خود جای داده است، از سال ۲۰۰۱ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت در تعاملی چند جانبه بادرست اندرکاران بین المللی ذینفع در برنامه مراقبت مدرسه محور شکل گرفت و هدف عمده این نظام مراقبت، دستیابی به روند به روزآوری اطلاعات سلامت در دانش آموزان مدرسه و مدیریت آن با مشارکت همه جانبه والدین و کارکنان مدارس بود. مدارس مروج سلامت علاوه بر اینکه مکان مناسبی برای یافتن اولویت ها، تثبیت برنامه ها و تامین منابع کافی برای برنامه های نوجوانان، جوانان و مدارس می باشد، امکان تبادل نظریات را بین کشورهای مختلف جهان فراهم کرده و شرایط مناسبی را برای رقابت در بین کشورهای منطقه بوجود می آورد. این مدارس امکان ثبت و تحلیل روند تغییرات سلامت در گروه سنی نوجوانان و جوانان کشور را به صورت پویا ایجاد نموده و موجبات اعمال مدیریت متمرکز را فراهم می آورند. لازم به ذکر است نظام مراقبت مورد نظر علاوه بر جنبه های جسمی سلامت دانش آموزان، جنبه های روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان در میانه های دانشی، نگرشی و رفتاری را همچون عادت های غذایی، بهداشت فردی، سلامت روان، میزان فعالیت فیزیکی، فاکتورهای حفاظتی و خود مراقبتی، رفتارهای جنسی مخاطره آمیز، مصرف سیگار، فشنونت، سوء مصرف مواد و الکل و ... را مورد بررسی قرار می دهد. از طرفی آموزش سلامت در این مدارس بر اساس شواهد عمل نموده و پس از نیازسنجی آموزشی با کمک گروه های درگیر و افراد فنی و علاقه مند محتوای آموزشی طراحی و با مدل آموزش همسالان انجام می شود.

نظام HPS بر اجزای ۸ گانه برنامه که مطابق با استاندارد های جهانی و منطبق یافته با شرایط کشور می باشد استوار است. این اجزا و موارد قابل طرح مدارس مروج سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت به کشورهای عضو توصیه شده عبارتند از:

۱. برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس

۲. ارائه خدمات بهداشتی در مدرسه از طریق برنامه نظام مراقبت سلامت جسمی - روانی - اجتماعی و معنوی دانش

آموزان، ارائه خدمات بالینی (خدمات عمومی و غربالگری سلامت- شناسنامه سلامت دانش آموزی) و همچنین، ارائه

خدمات خاص به دانش آموزان با نیازهای ویژه



مدارس مروج سلامت

۳. سلامت محیط مدرسه

۴. خدمات در زمینه بهبود تغذیه در مدارس

۵. فعالیت جسمی در مدارس

۶. سلامت کارکنان مدرسه همچنین مشارکت فعالانه اولیا و مربیان در ارتقای سلامت دانش آموزان

۷. خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدارس، همچنین آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر مدل آموزش همسالان و همسالان- Peer Education (شامل: پیشگیری از رفتارهای مفاطره آمیز و فشنونت، پیشگیری از سوء مصرف مواد، بهداشت فردی، تغذیه، سلامت روان، ایمن سازی، تمرک جسمی، شیوه زندگی سالم، مشارکت های اجتماعی، مسئولیت پذیری، فرهنگ فود مراقبتی، بیماری های واگیر و غیر واگیر و ...) و توانمند سازی در زمینه حقوق اجتماعی و مباحث سلامت باروری و جنسیت

۸. مشارکت والدین و جامعه در برنامه های ارتقای سلامت در مدارس، همچنین ایجاد شبکه داوطلبان سلامت دانش آموزان در راستای مشارکت فعالانه دانش آموزان.

موارد قابل طرح درموزه های ملی و بین المللی در مدارس مروج سلامت نیز عبارت است از:

- تدوین یک برنامه جامع ملی و منطقه ای

- مشارکت بین مدارس وموزه های سلامت کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی

- تعریف یک نظام ارتقای سلامت تعریف شده قابل مقایسه بین کشورها

اجزای مورد نظر باید در هر مدرسه به اجرا در آید و مسئولیت مسن اجرای آن در هر شهرستان به عهده کارشناسان سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس آن شهرستان گذاشته شود. برای این کار یک لیستی تهیه شده که در آن به هر یک از اجزای ۸ گانه ۱۰ امتیاز تعلق گرفته شده است. بدین ترتیب امتیاز نهایی مدارس مروج سلامت ۸۰ فواید بود. مدرسی که ۸۰ امتیاز را کسب نمایند به عنوان مدارس دارای رتبه اول معرفی شده و به آن ها لوح تعلق فواید گرفت. امتیاز زیر ۵۰ نیز به این معنی است که مدارس مورد نظر فاقد هر گونه شرایط استاندارد مورد نظر مدارس مروج سلامت هستند. در هر جزء از اجزای مدارس مروج سلامت به نکات مختلفی توجه شده است برای مثال در جزء ۷ (ارتقای سلامت محیط مدرسه) به نکاتی مانند نور، آب مصرفی، دستشویی و توالت توجه شده است که هر کدام امتیاز ویژه فود رادارد، اما جمع امتیازهای این جزء باید ۱۰ امتیاز باشد.



مدارس مروج سلامت

شاخص های قابل طرح در مدارس مروج سلامت:

شاخص های برون داد برنامه:

- شاخص های سلامت نوجوانان و جوانان
- شاخص های شیوه زندگی و رفتارهای سالم
- شاخص های کیفیت نظام ارائه خدمت در مدارس
- شاخص های کمی ارائه خدمت

شاخص های نتایج برنامه:

- میزان کاهش بیماری های جسمی
- میزان کاهش رفتارهای مخاطره آمیز سلامت
- میزان افزایش بهره مندی توام با لذت در مدرسه
- میزان افزایش مشارکت دانش آموزان در تصمیم گیری ها در محیط مدرسه



امتیاز	فعالیت ها
۱۰	۱- برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس
<p>۱-۱- آگاهی در زمینه مدرسه مروج سلامت</p> <p>- وجود یک برد که در آن عناوین آموزشی مشخص باشد</p> <p>- وجود پوستر و مواد چاپی دیگر که موید مدرسه مروج سلامت باشد</p> <p>- آگاهی دانش آموزان از مفهوم، اهداف و استراتژی های مدرسه مروج سلامت</p> <p>۲-۱- آموزش کارکنان مدرسه مروج سلامت</p> <p>- وجود تیمی در مدرسه که در فصول مدرسه مروج سلامت آموزش دیده اند</p> <p>- وجود یک فرد هماهنگ کننده در مدرسه مروج سلامت</p> <p>۳-۱- فعالیت های وابسته به برنامه درسی (Curriculum) و خارج از برنامه درسی (Extra-Curriculum)</p> <p>- برنامه درسی باید شامل سر فصل های سلامت باشد</p> <p>- وجود مطالب و منابع آموزشی مرتبط با سلامتی برای دانش آموزان و کارکنان</p> <p>- واد ایفای نقش و طرح درس معلمین نیز باید در آن روشن باشد</p> <p>- تغییرات رفتاری</p> <p>۴-۱- آماده سازی محتوی آموزش سلامت</p> <p>- استفاده از دانش آموزان مقاطع مختلف برای طراحی برنامه درسی</p>	
۱۰	۲- ارائه خدمات بهداشتی در مدرسه
<p>۲</p> <p>۱</p> <p>۲</p> <p>۱</p> <p>۱</p> <p>۱</p> <p>۲</p>	<p>- وجود یک شناسنامه سلامت برای هر دانش آموز و یا کارکنان مدرسه</p> <p>- تکمیل واکسیناسیون برای دانش آموزان مدرسه</p> <p>- انجام غربالگری در مدارس</p> <p>- وجود کیت های کمک های اولیه در مدارس</p> <p>- آموزش دانش آموزان و سایر مسئولین در فصول کمک های اولیه</p> <p>- هماهنگی با سیستم ارجاع در مدارس</p> <p>- وجود پزشک، پرستار و یا مراقب بهداشت در مدارس به طور منظم و یا با برنامه تعیین شده</p>



مدارس مروج سلامت

۱۰	۳- سلامت محیط مدرسه
	فراهم نمودن موارد زیر:
۱	- دسترسی کامل به آب آشامیدنی سالم
۱	- دستشویی و توالت های بهداشتی (به از هر ۵۰ دانش آموز یک دستشویی و توالت بهداشتی)
۱	- مکان دفع بهداشتی زباله و سطل زباله های کافی
۱	- نور و حرارت کافی
۱	- پیشگیری از حوادث
۱	- محیط تمیز و ایمن
۱	- وجود فضای سبز در مدارس
۱	- مشارکت دانش آموزان و معلمان در تصمیم گیری های مدرسه
۱	- ایجاد رومیه همکاری بین همه
۱	- وجود برنامه برای تیم آموزش دیده
۱۰	۴- اقدامات در زمینه بهبود تغذیه در مدارس
۲	- آموزش تغذیه صحیح در مدارس
۲	- آشامیدنی ها و خوردنی های سالم در مدارس
۲	- نظارت و بازدید منظم از بوفه مدارس
۲	- آزمایش منظم کارکنان مرتبط با تغذیه در مدارس
۲	- وجود برنامه های تغذیه ای در مدارس مانند شیر مدارس
۱۰	۵- فعالیت جسمی در مدارس
۲	- حداقل ساعاتی برای فعالیت جسمی دانش آموزان و مسئولین مدارس در تمام روزهای هفته در برنامه درسی دانش آموزان گنجانیده شود و یا به شکل فوق برنامه وجود داشته باشد
۲	- درگیر کردن جامعه در فعالیت جسمی مدارس
۲	- فراهم آوردن فرصت مناسب برای حضور تمامی دانش آموزان در فعالیت جسمی در مدارس
۲	- جلب همکاری کارکنان مدارس برای عهده دار شدن فعالیت جسمی در مدارس
۲	- فراهم آوردن حداقل امکانات لازم برای فعالیت جسمی در مدارس



مدارس مروج سلامت

۱۰	۶- سلامت کارکنان مدرسه
۲	- آزمایش منظم دوره ای کارکنان
۲	- آموزش کارکنان در زمینه مسائل بهداشتی و عوامل فطر
۲	- وجود فعالیت جسمی صمیم
۲	- وجود برنامه تغذیه صمیم برای کارکنان
۲	- همکاری کامل کارکنان مدرسه در برنامه های ارتقای سلامت
۱۰	۷- خدمات سلامت روان و مشاوره ای و آموزش و ارتقای سلامت در مدارس
۲	- وجود برنامه های اجتماعی و تفریحی در مدارس
۲	- وجود برنامه های کنترل و پیشگیری از رفتارهای پرخطر در جوانان و نوجوانان در مدارس و ارائه خدمات خاص به دانش آموزان با نیازهای ویژه
۲	- آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان در مدارس
۲	- وجود یک برنامه مدون پیشگیرانه در مدارس
۲	- ایجاد مشاوره فعال در مدارس
۱۰	۸- مشارکت والدین و جامعه در برنامه های ارتقای سلامت در مدارس و شبکه داوطلبان سلامت دانش آموزان
۲	- مشارکت والدین در تصمیم گیریهای مدارس و سلامت مدارس به طور فعال
۲	- مشارکت و پشتیبانی انجمن های محلی از مدرسه مروج سلامت (مالی و ...)
۲	- استفاده از مدارس به عنوان مکان قابل استفاده برای برنامه های مرتبط با سلامتی در جامعه در ساعات غیر فعال
۲	- استفاده از مدارس به عنوان مکانی برای آموزش جامعه در ساعات غیر فعال
۲	- هر گونه همکاری دو طرفه بین مدرسه و جوامع محلی
۸۰	جمع

Source: H. Bella

Measurable effects (outcome indicators) of school health activity



مدارس مروج سلامت

الزامات استقرار نظام مدارس مروج سلامت :

- تعیین یک هماهنگ کننده کشوری در این زمینه
- وجود یک کمیته راهبری که تمام ذینفعان داخلی و خارجی را در بر گیرد
- داشتن برنامه استراتژیک با چشم انداز و رسالت مشخص
- وجود برنامه عملیاتی در سطوح ممیعی و ستاد وزارتخانه
- وجود سیستم روز آمد اطلاع رسانی
- مشخص نمودن بازدید های سالانه
- ارزیابی های دوره ای
- تدوین مستندات آموزشی مورد نیاز
- مستندات قابل استفاده در مقوله مدارس مروج سلامت
- تعیین بودجه اختصاصی برای این برنامه
- وجود استانداردها و راهنماها در مدارس مروج سلامت
- وجود کمیته های هماهنگی در استان



مدارس مروج سلامت

منابع:

- Consultation on health-promoting schools in the Eastern Mediterranean Region Sana'a, Republic of Yemen 12-14 December 2005
- <http://www.emro.who.int/hps/>
- HIV presentation for the Eco members countries.
- CASPIAN Report.

- سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور سال ۱۳۸۲.
- سیمای مرگ و میر در ۱۸ استان کشور سال ۱۳۸۰.
- مدارس مروج سلامت (رهنمودهای منطقه ای برای ایجاد مدارس مروج سلامت- چارچوبی برای عمل).
- اشاره ای به نتایج طرح سنجش سال گذشته.
- برنامه کلان سلامت جوانان ایران- دکتر علی رمضانفانی، دکتر سیامک عالیفانی سال ۱۳۸۴.
- نتایج ارزیابیهای غربالگری و معاینات پزشکی دانش آموزان تحت پوشش خدمات سلامتی سال تحصیلی ۸۶-۸۵.
- گزارش برنامه پیشگیری از رفتارهای پرخطر.