

December-January 2021, Volume 10, Issue 5

Comparative Comparison of Primary School Health Education in Iran, South Korea and Japan

Fatemeh Ghahremani ¹, Mahtab Salimi ^{2*}, Mojgan Neinavaie ³

1- M.Sc Student of Elementary Education, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Educational Science, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Midwifery, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

***Corresponding Author:** Mahtab Salimi, Assistant Professor, Department of Educational Science, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email salimi_331@yahoo.com

Received: 22 June 2021

Accepted: 26 Sep 2021

Abstract

Introduction: Students are considered as the main human resources of any society and attention to their health and health promotion is an investment for the future. In the present study, the aim was to make a comparative comparison of the primary school health educations in Iran, South Korea and Japan.

Methods: This research is applied in purpose and descriptive-analytical method based on the method of comparative studies in education according to the George Brady's view. According to this, the collected data were analyzed in four stages including descriptive, interpretation, adjacency and comparison. To collect research data, an extensive search including English and Persian studies was conducted from 2005 to 2020 using valid databases and citations such as PubMed, Web of Science, Scopus, Google Scholar, WHO and Science Direct. Sampling was done selectively and primary health education in Iran, Japan and South Korea were reviewed and compared. According to the basic conceptual model, primary school health education was studied in the components of physical, mental and social health education.

Results: In terms of mental health, bicultural acceptance, family relationships, parenting style; In terms of physical health, organized sports participation, active behaviors in school, adhere to diet, balance and agility, flexibility, muscle strength, endurance; in the social dimension, security, cohesion, empowerment and social support are among the different types of health education between Iran and the other two countries.

Conclusions: In Iran, less attention has been paid to the components of primary school health education in all three dimensions of social, physical and mental health and needs to replace the different components mentioned in the research findings in the primary school health education system and the school health educators' program.

Keywords: Health education, Primary schools, Physical health, Mental health, Social health.

مقایسه تطبیقی آموزش بهداشت مدارس ابتدایی در کشورهای ایران، کره جنوبی و ژاپن

فاطمه قهرمانی^۱، مهتاب سلیمی^{۲*}، مژگان نینوایی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش ابتدایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*نویسنده مسئول: مهتاب سلیمی، استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: salimi_331@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۱

چکیده

مقدمه: دانش آموزان به عنوان سرمایه‌های اصلی انسانی هر جامعه بوده و توجه به سلامتی و ارتقای سلامت آن‌ها به عنوان سرمایه‌گذاری برای آینده در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش حاضر، هدف مقایسه تطبیقی آموزش بهداشت مدارس ابتدایی در کشورهای ایران و کره جنوبی و ژاپن است.

روش کار: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و توصیفی-تحلیلی بوده و بر اساس روش مطالعات تطبیقی در آموزش و پرورش مطابق دیدگاه جرج بردی انجام شده است. بر این اساس داده‌های جمع‌آوری شده در چهار مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، مطالعات گسترده انگلیسی و فارسی از سال ۲۰۰۵ تا سال ۲۰۲۰ با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی و استنادی معتبر از جمله PubMed، Web of Science، Scopus، Science Direct و Google scholar.WHO انجام شد. نمونه‌گیری به صورت انتخابی بوده و آموزش بهداشت دوره ابتدایی در کشورهای ایران، ژاپن و کره جنوبی بررسی و مقایسه شد. با توجه به الگوی مفهومی اولیه، آموزش بهداشت مدارس ابتدایی در مؤلفه‌های آموزش بهداشت جسمانی، روانی و اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفت.

یافته‌ها: در بعد سلامت روان پذیرش دو فرهنگی، روابط خانوادگی، سبک فرزند پروری و در بعد سلامت جسمانی مشارکت ورزشی سازمان‌یافته، رفتارهای پرتحرک در مدرسه، رعایت رژیم غذایی، تعادل و چابکی، انعطاف پذیری، قدرت عضلانی، استقامت و در بعد اجتماعی امنیت، انسجام، توانمندسازی و حمایت اجتماعی از جمله موارد آموزش بهداشت متفاوت بین ایران و دو کشور دیگر می‌باشند.

نتیجه‌گیری: در ایران به مؤلفه‌های آموزش بهداشت مدارس ابتدایی در هر سه بعد سلامت اجتماعی، جسمانی و روان کمتر توجه شده است و نیازمند جایگزین کردن مؤلفه‌های متفاوت ذکرشده یافته‌های پژوهش در سیستم آموزشی بهداشت مدارس ابتدایی و برنامه مربیان بهداشتی مدارس می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش بهداشت، مدارس ابتدایی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی.

مقدمه

دانش آموزان به عنوان سرمایه‌های اصلی انسانی هر جامعه و توجه به سلامتی و ارتقای سلامت آن‌ها به عنوان سرمایه‌گذاری برای آینده در نظر گرفته می‌شود [۱]. ایران با بیش از سیزده میلیون دانش‌آموز، یکی از جوان‌ترین جوامع در این دوره است. در جامعه‌ای با این ساختار جمعیتی،

بهداشت و آموزش از مهم‌ترین موضوعاتی است که برنامه ریزان و سیاست‌گذاران با آن روبرو هستند [۲]. سازمان بهداشت جهانی بهداشت مدارس را یکی از چهار مؤلفه طیف کمی از خدمات اجتماعی و بهداشتی در جوامع پیشرفته می‌داند و آن را به عنوان یک عنصر اساسی و سلامت ساز در مجموعه مسائل بهداشت عمومی در کشورهای در حال توسعه می‌داند [۳].

چیز بر بدن و سلامت دانش آموزان تأثیر می‌گذارد. با این حال، بیشتر سرویس‌های بهداشتی مدارس در وضعیت نامناسبی قرار دارند و منجر به انواع عفونت‌های قارچی، به ویژه در دختران می‌شوند. در ایران، مربیان بهداشت در مدارس به عنوان سربازان خط مقدم در تحقق این هدف در نظر گرفته می‌شوند ایجاد یک محیط بهداشتی با آموزش صحیح بهداشتی مکمل یکدیگر هستند. آموزش بهداشت توسط نیروهای بهداشتی در مدارس، علاوه بر جلوگیری از وقوع بسیاری از حوادث بهداشتی مانند شکستگی استخوان و بیماری‌های عفونی در مدارس، بلکه باعث بهبود کیفیت یادگیری دانش آموزان می‌شود [۱،۲].

حدود ۳۵۰۰ مربی بهداشت برای ۱۴ میلیون دانش آموز در ایران وجود دارد که طبق تعریف استاندارد جهانی باید حداقل بیش از شش برابر افزایش یابد. طبق گفته رئیس کمیسیون آموزش و بررسی مجلس، بر اساس شاخص جهانی بهداشت، برای هر ۷۰۰ دانش آموز باید یک مربی بهداشت وجود داشته باشد، در حالی که در ایران یک مربی برای بیش از ۴۰۰۰ دانش آموز وجود دارد [۷]. با توجه به جمعیت جوان ایران و وجود چندین میلیون دانش آموز در مدارس کشور و همچنین اولویت سلامت نسبت به درمان از نظر صرفه‌جویی اقتصادی، آموزش بهداشت و آموزش مربیان بهداشت و حضور آن‌ها در مدارس الزامی است. مطالعات در زمینه آموزش بهداشت مدارس نشان می‌دهد که بهداشت مدارس در جهان بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در این مطالعه، محقق قصد دارد با مقایسه شرایط کشور ما، به ویژه با کره جنوبی و ژاپن، آموزش بهداشت در مدارس را مورد بررسی قرار دهد تا به نتایج موثقی برسد که در مدارس کشور قابل استفاده باشد. یکی از دلایل انتخاب سه کشور ایران، ژاپن و کره هم قاره‌ای بودن و توسعه‌یافته بودن کشورها است [۸].

در کشور کره جنوبی معلمان مدارس به عنوان «معلم-مشاوره حرفه‌ای مدرسه» آموزش می‌بینند. امروزه مشاوران در مدارس کره جنوبی فعال‌تر و قابل دسترس‌تر هستند. با این حال انجمن مشاوره مدارس نیز در کره تأسیس شده است، هدف از ایجاد این مرکز نیز در طی مشاوره‌ها تبیین مواردی برای دانش آموزان است که به ارتقا سلامت یاری کند [۹].

از سویی در ژوئن ۲۰۰۸، قانون بهداشت مدارس مصوب ۱۹۵۸ در ژاپن اساساً مورد تجدیدنظر قرار گرفت تا پس

سلامت مدرسه مجموعه اقداماتی است که برای تشخیص، تضمین و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان و کارکنانی که به نوعی بادنش آموزان در تماس هستند، انجام می‌شود. برنامه‌های درسی آموزش سلامت مدارس منعکس‌کننده تحقیقاتی است که بر آموزش اطلاعات بهداشتی به دانش آموزان به عنوان یک دانش اساسی، شکل دادن به ارزش‌ها و باورهای شخصی ناشی از رفتارهای سالم و شکل دادن به هنجارها و ارزش‌های گروهی متمرکز است. از یک زندگی سالم، پیشرفت مهارت‌های اساسی بهداشتی که بر اتخاذ، تمرین و حفظ رفتارهای بهداشتی و توسعه برنامه‌های درسی تأکید دارند که اغلب دانش آموزان را با آموزش علمی و بهداشتی همراه می‌کند [۴].

طرح درسی یادگیری بهداشت مدارس از رویکردهای نظری مانند نظریه شناختی اجتماعی گرفته‌شده و تأثیر مثبتی بر ارزش‌های فردی، نگرش‌ها، هنجارها، عوامل اجتماعی و رفتارهای بهداشتی افراد دارد. این سرمایه‌گذاری دانش آموزان را قادر می‌سازد تا از امکانات بهداشتی و مراقبت کافی برخوردار باشند، یادگیری خوبی داشته باشند و پیام‌های بهداشتی را از مدرسه به خانواده منتقل کنند [۲]. ایران با بیش از ۱۵ میلیون جوان که یک‌چهارم جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که یکی از جوان‌ترین کشورها در جهان است. نقش عوامل اجتماعی بر جوانان و سلامت آن‌ها انکارناپذیر است، بعد اجتماعی یکی از جنبه‌های تأکید شده در تعریف سازمان بهداشت جهانی از بهداشت است. با توجه به اینکه از یک سو، یکی از محورهای ارزیابی سلامت در جوامع مختلف، وضعیت سلامت آن جامعه است که نقش مهمی در اطمینان از پویایی و کار آیی آن دارد و از سوی دیگر، دانشجویان از بخش‌های با استعداد منتخب جامعه و سازندگان هر یک از آن‌ها کشور هستند، به همین دلیل سلامت این گروه از اهمیت خاصی برخوردار است [۵]. در این راستا، Sarason و همکاران نشان داده‌اند که سلامتی یک برداشت شخصی است که تحت تأثیر عوامل جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌کند [۶]. آگاهی از علائم جسمی به روند روان‌شناختی خاصی بستگی دارد. به معنای دیگر، این تابعی از درک و جنبه‌های شناختی شخصیت یک انسان است که در پردازش محرک‌های داخلی و خارجی تأثیر می‌گذارد. از طرف دیگر، بهداشت محیط مدارس، نمازخانه‌ها، بوفه‌ها و توالت‌ها بیش از هر

از نیم قرن فعالیت به قانون ایمنی و بهداشت مدارس تبدیل شود و قانون برنامه ناهار مدرسه نیز اصلاح شد. این بازنگری‌ها شامل سه حوزه مدیریت مدرسه بود، یعنی بهداشت مدرسه، ایمنی مدرسه و برنامه ناهار مدرسه. ذیل این اقدامات نقش متخصصان تغذیه مدارس نیز تعریف شد [۱۰]. در ایران نیز در سال ۱۳۴۸ اداره بهداشتی آموزشگاه‌های کل کشور به اداره کل بهداشتی آموزشگاه‌های کشور تغییر نام یافت و در سال ۱۳۵۰ به منظور تربیت نیروی انسانی برای اولین بار دوره دوساله آموزش مراقبین بهداشت برقرار گردید. در اسفندماه سال ۱۳۷۵ اداره کل بهداشتی آموزشگاه‌ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس، از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداشتی شد. پس از مدتی این اداره کل منحل و بهداشت مدارس بخشی از فعالیت‌های اداره کل بهداشت خانواده را تشکیل داد. در سال ۱۳۷۳ بعد از انتقال مراقبین بهداشت به آموزش و پرورش، بهداشت مدارس از اداره کل بهداشت خانواده منتزع گردید و به صورت اداره مستقل در وزارت بهداشت و درمان فعالیت نمود. در حال حاضر با تصویب ساختار تشکیلاتی جدید وزارت بهداشت درمان و سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس می‌باشد [۷]. علی‌رغم تلاش‌ها و موفقیت‌های سال‌های اخیر، هنوز تعدادی از مدارس کشور فاقد امکانات و تسهیلات بهداشتی هستند و فضاهای آموزشی از استانداردهای لازم برخوردار نمی‌باشند، همچنین هنوز بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مختلف چشم، دهان و دندان، اختلالات شنوایی، قلبی و عروقی، بیماری‌های انگلی، کمبودهای تغذیه‌ای و بالآخره اختلالات رفتاری، سلامت دانش آموزان را تهدید می‌کند و موجب مشکلاتی در فراگیری و افت تحصیلی آن‌ها می‌شود و این در حالی است که شناخت به موقع و رفع مشکلات دانش آموزان، اقدامی مؤثر و سنجیده در بهبود سلامت و پیشرفت آموزش آن‌ها خواهد بود [۱۱].

در همین راستا مسن آبادی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با نام تأثیر برنامه آموزشی ترکیبی بر بهداشت خواب دانش آموزان دختر ابتدایی بیان کردند آموزش به وسیله شبکه اجتماعی برای مادران و از طریق بازی و سرگرمی برای دانش آموزان در بهبود بهداشت خواب دانش آموزان مؤثر است [۱۲]. همچنین ملکی پور و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان تأثیر مداخله تجربه مربیان بهداشت مدارس در جهت‌گیری برنامه‌های آموزش بهداشت مدارس

عنوان کردند که مربیان بهداشت مدارس دارای ۱۸ زیر طبقه فرعی در قالب ۶ درون‌مایه اصلی جهت‌گیری برنامه درسی و تحت عنوان فرهنگ سازانه، هم یارانه، واکاوانه، اداری-وظیفه مدارانه، واگذارنده و فرا مدرسه‌ای هستند. برنامه ریزان درسی و متصدیان آموزشی برای طراحی و تدوین برنامه درسی بهداشت مدارس باید گونه‌های جهت‌گیری برنامه درسی مربیان بهداشت مدارس را مورد توجه قرار دهند [۴]. لذا با توجه به موارد مطروحه، سؤالات اصلی پژوهش بدین شکل مطرح می‌شود که:

- ۱) آیا آموزش‌های بهداشت روان مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟
- ۲) آیا آموزش‌های بهداشت جسمانی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟
- ۳) آیا آموزش‌های بهداشت اجتماعی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟

روش کار

این پژوهش از نظر هدف کاربردی بوده و روش تحقیق در پژوهش حاضر روش توصیفی - تحلیلی می‌باشد. در این پژوهش همچنین از مطالعه تطبیقی جرج آف بردی شامل چهار مرحله، توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه استفاده شده است. در مرحله اول مطالعه تطبیقی به توصیف هریک از عوامل مورد تحقیق به صورت جداگانه پرداخته شد؛ مرحله تفسیر شامل واری‌های اطلاعاتی است که در مرحله قبلی به توصیف آن‌ها پرداخته شد، در مرحله هم‌جواری اطلاعاتی که در مراحل قبلی بررسی شده‌اند، طبقه‌بندی شده و کنار هم قرار می‌گیرند و چارچوبی برای مرحله بعد یعنی مقایسه فراهم می‌آید. در مرحله مقایسه، مواردی که در مرحله هم‌جواری مطرح شده بودند، دقیقاً با توجه به جزئیات مورد بررسی و مقایسه قرار می‌گیرند و نتایج پژوهش نیز در این مرحله به دست می‌آیند. جهت جمع‌آوری داده‌های تحقیق، جستجوی گسترده‌ای شامل مطالعات انگلیسی و فارسی‌زبان از سال ۲۰۰۵ تا سال ۲۰۲۰ با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی و استنادی معتبر از جمله PubMed، Web of Science، Scopus، Google scholar، WHO انجام شد. همچنین از بین کشورهای جهان در این تحقیق، کشورهای ایران، ژاپن و کره جنوبی انتخاب شد؛ بنابراین با توجه به اهداف تحقیق نمونه‌گیری به صورت انتخابی بوده و برنامه‌های

جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد [۶] و در این راستا از مقالات Lee, Koo, Oh در کره جنوبی و Tomokawa, Kimura در ژاپن و موسوی مقدم و همکاران در ایران استفاده شد که رویکرد سیستم آموزشی کشور را در راستای بهداشت جسمانی، روانی و اجتماعی تبیین کردند [۷، ۹، ۱۰، ۱۳-۱۵].

داده‌های مورد نیاز در مرحله مطالعه‌ی مروری از طریق رجوع به سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف برای شناسایی و مقایسه‌ی شاخص‌های مرتبط با بهداشت مدارس در آسیا جمع‌آوری شده است. در مرحله بعد با مرور مقالات کشورهای منتخب مؤلفه‌های ابعاد الگوی مفهومی اولیه استخراج و با مؤلفه‌های کشورهای دیگر مقایسه تطبیقی شد. با ذکر نام کامل منبع از مطالعات استفاده شده، حقوق مؤلفین و منابع حفظ‌شده و در انتشار و ارائه مطالب به نویسنده یا نویسندگانی که از اطلاعات و یا نوشته آن‌ها به طور مستقیم استفاده شده، ارجاع داده شده است. این موضوع شامل نتایج منتشر شده، منتشر نشده و یا الکترونیکی می‌باشد.

جدول ۱. مقایسه کشورهای مورد مطالعه از لحاظ توسعه و آموزش (۲۰۱۹) (۱)

کشور	رتبه آموزش تحصیلی در دنیا (۲۰۱۹)	رتبه شاخص توسعه انسانی (۲۰۱۹) HDI	امید به زندگی در بدو تولد (۲۰۱۹)
ایران	۷۶	۷۰	۷۶٫۷
ژاپن	۲۲	۱۹	۸۴٫۶
کره جنوبی	۱۸	۲۲	۸۳

راستا برای خانواده‌ها نیز کارگاه‌هایی برای فرزند پروری و دوری از برخی باورهای غلط در رشد کودک برگزار می‌شوند. در این جلسات رفتار متقابل خانواده در برابر کودک تبیین می‌شوند.

۲- مؤلفه فرهنگ پذیری در مقابل پذیرش دو فرهنگی: راهکارهایی در این راستا به کودکان آموزش داده می‌شود که کمک می‌کند تا فاصله‌ای میان خود و مهاجرین حس نکنند.

۳- مؤلفه درآمد خانواده: از دیگر مواردی که کودکان شدیداً کم سن و سال با آن مواجه‌اند، میزان درآمد خانوادگی و مقایسه آن با خانواده‌های همکلاسی‌ها می‌باشد. وظیفه مشاوران در این راستا تبیین اولویت‌های مهم زندگی برای دانش‌آموز است. این بخش موجب می‌شود تا دانش‌آموز در کنار نگاه واقع بینانه به ارزش‌های دیگر زندگی نیز توجه کند.

درسی دوره ابتدایی (شامل آموزش بهداشت جسمانی، روانی و اجتماعی) بین کشورهای مذکور مورد مطالعه قرار گرفت. از دلایل انتخاب سه کشور می‌توان به هم قاره بودن هر سه اشاره کرد. از سویی اطلاعات مورد نیاز برای پژوهش در باب این سه کشور در دسترس قرار دارد. همچنین از آنجایی که ژاپن و کره جنوبی با توجه به شاخص‌های یونیسف همچون ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتیهای کافی، خواب راحت و منظم و اجابت مزاج منظم، کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع، دارای فرهنگ آموزشی بالایی هستند و از لحاظ آموزش و شاخص توسعه انسانی در رده بالاتری از ایران قرار دارند، انتخاب شدند. در (جدول ۱) مقایسه کشورهای مورد مطالعه از لحاظ توسعه و آموزش آورده شده است [۹]. معیار جستجو مؤلفه‌های مستخرج از مطالعه اولیه در مورد بهداشت مدارس کشورها و الگوی مفهومی اولیه می‌باشد. در پژوهش حاضر با بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه به مدل مفهومی محقق ساخته‌ای رسیده شده است. در این راستا، Sarason و همکاران معتقدند که سلامتی، یک ادراک شخصی بوده که تحت تأثیر عوامل

یافته‌ها

در پاسخ به سؤالات پژوهش و با توجه به شیوه جرج بردی ابتدا به توصیف مؤلفه‌های بهداشت در سه کشور پرداخته و در گام دوم به تفسیر و واری‌های اطلاعات ارائه‌شده پرداخته شده سپس هم‌جواری و مقایسه از لحاظ مؤلفه‌های تبیین شده در سه کشور صورت گرفت.

سؤال اول: آیا آموزش‌های بهداشت روان مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟ در ابتدا مؤلفه‌های مستخرج در بعد بهداشت روان را مورد تفسیر قرار می‌دهیم [۷، ۹، ۱۳، ۱۶].

۱- مؤلفه عوامل خانوادگی - کیفیت روابط خانوادگی - سبک فرزند پروری - سازگاری مادرانه: روابط داخل خانواده مورد موشکافی قرار می‌گیرد و رفتار درست در مقابل پدر، مادر، خواهر و برادر به دانش‌آموزان تدریس می‌شود. در همین

۴- مؤلفه سطح تحصیلات و محل تولد والدین: برخی این عوامل را ملاک برتری قرار می‌دهند و متعاقباً دانش‌آموزانی که در قبال این مؤلفه‌ها احساس ضعف می‌کنند به سرخوردگی و افسردگی مبتلا می‌گردند. خانواده‌هایی که مهارت‌های اساسی زندگی را می‌دانند از حداقل امکانات موجود خانواده به بهترین وجه، حداکثر بهره‌برداری لازم برای پیشرفت و ترقی امور فرهنگی فرزندان خود به عمل می‌آورند.

۵- مؤلفه عزت نفس: دانش‌آموزانی که دارای عزت نفس پایین هستند نسبت به توانمندی و میزان پیشرفتشان نگرش منفی دارند. آن‌ها از خودشان خیلی انتقاد می‌کنند و به جای این که بر توانمندی‌هایشان متمرکز شوند بیشتر به کارهایی که نمی‌توانند انجام دهند توجه می‌کنند.

۶- مؤلفه تاب آوری و جلوگیری از اضطراب: بسیاری از دانش‌آموزان در زمان تحصیل با موقعیت‌های مشکل‌ساز اجتماعی و آموزشی در کلاس، خانه و اجتماع مواجه می‌شوند که می‌تواند به شکست آن‌ها در مدرسه منجر شود و زندگی آینده آنان را با ضعف و ناتوانی روبه‌رو کند. لذا راهکارهای کاهش این موضوع در دستور کار مدارس قرار دارد.

۷- مؤلفه دوری از فشار عصبی: برنامه‌ریزی برای آرام نگه داشتن ذهن کودکان و پرهیز از وارد کردن فشار به آن‌ها به منظور جلوگیری از تهییج بیش از حد دانش‌آموز. ۸- مؤلفه دوری از هراسانی: برنامه ریزان سعی در دور نگه داشتن کودکان از هراس دارند. با کنکاش در ذهن کودک انواع هراسانی با توجه به شرایط فردی و محیطی

شناسایی می‌شوند و سعی در مصون نگه داشتن کودک از آن‌ها می‌شود.

۹- مؤلفه دوری از بی‌ارزشی: همواره برنامه ریزان به دنبال القای حس ارزشمندی و کارآمدی به کودکان هستند. این امر از طریق شناساندن قابلیت‌های فردی هر کودک به وی و شناخت استعداد مسیر می‌گردد.

۱۰- مؤلفه دوری از ناامیدی: در این مورد تلاش می‌شود تا از رسیدن کودک به شور و اشتیاق اولیه خود جلوگیری نشود چراکه در این صورت دیگر حتی تمایلی ندارد که به موضوع مورد نظر فکر کند؛ بنابراین اگر اهداف از پیش تعیین شده را داشته باشد و مسیر مناسبی را برای خود انتخاب کرده باشد، هرگز ناامید نخواهد شد.

۱۱- مؤلفه مثبت اندیشی: یک ذهن باز خیلی راحت‌تر می‌تواند راه‌حل‌های متفاوت را پیدا کرده و آن‌ها را به کار بندد. هدف این است که راه‌حل مناسب را انتخاب کرده، تمام حواس خود را روی آن متمرکز کند و سپس عکس العمل مناسب نشان دهد. تفهیم نگرش امیدوارانه و مثبت اندیشانه چنانچه گفته شد منجر به باز شدن ذهن می‌شود.

۱۲- مؤلفه ترسیم آینده روشن: نگاه به آینده همیشه می‌تواند مؤلفه‌های قبلی مطرح شده را نیز پوشش دهد.

۱۳- مؤلفه گرایش به رقم خوردن اتفاقات خوب: کودک همواره باید به دنبال دستیابی به موفقیت و رقم زدن اتفاقات خوب باشد. در این حین آموزش و تقویت وی از لحاظ ذهنی مهم‌ترین عامل است.

در جدول ۲ و ۳ مقایسه و تطبیق زمینه‌های آموزش بهداشت روان در مدارس ابتدایی سه کشور آورده شده است.

جدول ۲. مقایسه گرایش و زمینه‌های آموزش سلامت روان در مدارس ابتدایی در ایران، ژاپن و کره جنوبی

ایران	کره جنوبی	ژاپن
دوری از فشار عصبی	فرهنگ پذیری در مقابل پذیرش دو فرهنگی	درآمد خانواده
دوری از هراسانی	عوامل خانوادگی	سطح تحصیلات والدین
دوری از بی‌ارزشی	کیفیت روابط خانوادگی	محل تولد والدین
دوری از ناامیدی	سبک فرزند پروری	عزت نفس
مثبت اندیشی	سازگاری مادرانه	وضعیت اقتصادی خانواده
ترسیم آینده روشن		تاب آوری
گرایش به رقم خوردن اتفاقات خوب		

جدول ۳. تطبیق گرایش‌ها و رویکردهای آموزش بهداشت روان مدارس ابتدایی ایران، ژاپن و کره جنوبی

ایران	ژاپن	کره جنوبی	آموزش بهداشت مدارس ابتدایی
-	-	+	فرهنگ پذیری در مقابل پذیرش دو فرهنگی
-	-	+	عوامل خانوادگی
-	-	+	کیفیت روابط خانوادگی
-	-	+	سبک فرزند پروری
-	-	+	سازگاری مادرانه
-	+	+	درآمد خانواده
-	+	+	سطح تحصیلات والدین
-	+	+	محل تولد والدین
-	+	-	عزت نفس
-	+	+	وضعیت اقتصادی خانواده
-	+	-	تاب آوری
+	+	-	جلوگیری از اضطراب
-	+	-	ارتقا میزان رضایت از زندگی
+	-	-	فشار عصبی
+	-	-	هراسانی
+	-	-	بی‌ارزشی
+	-	-	ناامیدی
+	+	-	مثبت اندیشی
+	+	-	ترسیم آینده روشن
+	-	-	گرایش به رقم خوردن اتفاقات خوب

همکلاسی‌های خود برخوردارند در امتحانات استاندارد مدارس، نتایج بهتری می‌گیرند. سلامت جسمانی که شامل مفاهیمی مانند چابکی، استقامت و توان عضلانی، قدرت، سرعت، انعطاف‌پذیری و استقامت قلبی-تنفسی می‌باشد، حالتی نسبی از آمادگی بدنی است که به فرد امکان می‌دهد تا خود را با وظایف بدنی انطباق داده و بتواند آن‌ها را به نحوی کارآمد و بدون آنکه دچار خستگی و احساس درد بدون دلیل شود به انجام برساند و درعین حال مازادی از انرژی برایش باقی‌مانده تا در اوقات فراغت خود از آن استفاده کند. ورزش در کنار احساس شادابی بدنی ازجمله روش‌های مهم تکامل جسمانی محسوب می‌شود.

۲- مؤلفه پرهیز از پریدن از خواب و بی‌خوابی، دوری از نگرانی: بی‌خوابی به خودی خود عواملی همچون کسلی، بی‌حوصلگی، گاه‌ها فراموشی و دیگر نکات منفی را در پی دارد. لذا کودکان علی‌الخصوص در زمان مدرسه باید طبق برنامه به خواب بروند و با انجام برنامه‌هایی آرامش‌بخش قبل از خواب، از خواب پریدن آن‌ها جلوگیری شود.

۳- مؤلفه مشارکت ورزشی سازمان‌یافته: آمادگی جسمانی

با توجه به جدول ۲، مؤلفه‌هایی همچون توجه به درآمد خانواده، سطح تحصیلات و محل تولد والدین و وضعیت اقتصادی خانواده در کشورهای ژاپن و کره جنوبی مشترک بودند. همچنین جلوگیری از اضطراب مثبت اندیشی و ترسیم آینده روشن میان ایران و ژاپن دارای اشتراک هستند. در برنامه درسی آموزش بهداشت مدارس ابتدایی ایران، به مؤلفه‌های فرهنگ‌پذیری در مقابل پذیرش دو فرهنگی، عوامل خانوادگی، کیفیت روابط خانوادگی، سبک فرزند پروری، سازگاری مادرانه، درآمد خانواده، سطح تحصیلات و محل تولد والدین، عزت‌نفس، تاب آوری و ارتقا میزان رضایت از زندگی کم‌تر توجه شده است.

سؤال دوم: آیا آموزش‌های بهداشت جسمانی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟ در ابتدا مؤلفه‌های مستخرج در بعد جسمانی را مورد تفسیر قرار می‌دهیم [۷، ۱۳، ۱۴].

۱- مؤلفه دوری از احساس درد، احساس شادابی بدنی، آمادگی بدنی، سرعت عمل فیزیکی: مشخص شده است دانش‌آموزانی که از سلامت جسمانی بهتری نسبت به

را می‌توان به نردبانی تشبیه کرد که هر پله آن تکیه‌گاه محکمی است که یک ورزشکار موفق را بر سکوهایی بلند مسابقات و موفقیت‌های ورزشی هدایت می‌کند.

۴- مؤلفه رفتارهای پرتحرک در مدرسه و بازی‌های فعال: هنگامی که دانش آموزان در زمان استراحت پس از درس‌ها هستند، این مشکل پیش می‌آید که چگونه آن‌ها را سرگرم نگه داشت. شاید این مورد پدیده‌ی چالش برانگیزی برای سیستم مشاوره‌ای باشد اما با انواع بازی‌های فعال و خلاق برای نوجوانان می‌توان لحظات عالی برای آن‌ها ساخت.

۵- مؤلفه رعایت رژیم غذایی: توجه به دو اصل «تنوع و تعادل» در برنامه غذایی دانش آموزان، علاوه بر رفع نیازهای تغذیه‌ای، ریزمغذی‌هایی نظیر روی، آهن، کلسیم و ید که نقش مهمی در رشد و یادگیری آن‌ها دارند را نیز تأمین می‌کند.

۶- فعالیت‌های فیزیکی، تعادل، چابکی، انعطاف‌پذیری، قدرت عضلانی و استقامت: تأثیرات مثبتی که ورزش روی سلامت جسم، حافظه، تمرکز و انگیزه‌ی افراد دارد بر کسی پوشیده نیست. بهره گرفتن از فواید ورزش در دوران مدرسه باید به گونه‌ای باشد که آن را در برنامه‌ی روزانه‌ی قرارداد و این امری است که توسط وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علوم و فناوری ژاپن پیش‌بینی شده؛ این وزارت در تحقیقات خود به بررسی ارتباط بین مغز و ورزش می‌پردازد و شواهد محکمی ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد ورزش به خصوص ورزش‌هایی که اکسیژن بیشتری لازم دارند مانند ورزش‌های هوازی، از نظر جسمی مغز را برای عملکرد خود در آمادگی بالایی قرار می‌دهند.

در جدول ۴ و ۵ مقایسه و تطبیق زمینه‌های آموزش بهداشت جسمانی در مدارس ابتدایی سه کشور آورده شده است.

جدول ۴. مقایسه گرایش و زمینه‌های ارائه آموزش سلامت جسمانی در مدارس ابتدایی در ایران، ژاپن و کره جنوبی [۷،۱۳،۱۴].

ایران	کره جنوبی	ژاپن
دوری از احساس درد	مشارکت ورزشی سازمان‌یافته	رعایت رژیم‌های غذایی
احساس شادابی بدنی	رفتارهای پرتحرک در مدرسه	فعالیت‌های فیزیکی
پرهیز از پریدن از خواب	آمادگی جسمانی	تعادل
دوری از نگرانی از بی‌خوابی	بازی‌های فعال	چابکی
آمادگی بدنی		انعطاف‌پذیری
سرعت عمل فیزیکی		قدرت عضلانی
		استقامت

جدول ۵. تطبیق گرایش‌ها و رویکردهای آموزش سلامت جسمانی مدارس ابتدایی ایران، ژاپن و کره جنوبی [۷،۱۳،۱۴].

آموزش بهداشت مدارس ابتدایی	کره جنوبی	ژاپن	ایران
مشارکت ورزشی سازمان‌یافته	+	-	-
رفتارهای پرتحرک در مدرسه	+	-	-
آمادگی جسمانی	+	+	+
بازی‌های فعال	+	-	-
رعایت رژیم‌های غذایی	-	+	-
فعالیت‌های فیزیکی	+	+	-
تعادل	-	+	-
چابکی	-	+	-
انعطاف‌پذیری	-	+	-
قدرت عضلانی	-	+	-
استقامت	+	+	-
دوری از احساس درد	-	+	-
احساس شادابی بدنی	-	-	+
پرهیز از پریدن از خواب	-	-	+
دوری از نگرانی از بی‌خوابی	-	-	+
آمادگی بدنی	+	+	+
سرعت عمل فیزیکی	+	+	+

و کیف روابط متقابل دانش آموز و جامعه معطوف می کنند. ۵- شمول اجتماعی، توانمندسازی اجتماعی، روابط اجتماعی: بحث شمول اجتماعی به ویژه در میان دانش آموزان مهاجر به طور ویژه مورد توجه مشاوران قرار دارد. آن ها سعی می کنند تا دانش آموزان به این باور برسند که بر اساس شمول اجتماعی به همه افراد و گروه های جامعه امکان شرکت در سیستم های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی داده می شود. در همین راستا ذیل توانمندسازی اجتماعی، مشاوران سعی در تبیین این نکته دارند که توانمندسازی مشارکتی است همه جانبه و عبارت است از تسهیم قدرت با اعضای گروه تا بدین طریق، احساس خود از اثربخشی آنان ارتقا یابد.

۶- تبعیض اجتماعی در مقابل حمایت اجتماعی: نهایتاً مشاوران در راستای ارائه ی اصولی برای ارتقای سلامت اجتماعی به تبیین حمایت اجتماعی می پردازند. مشاوران هنگام تلاش برای دستیابی به اهداف یا مقابله با یک بحران غالباً دانش آموزان را وادار می کنند که از دوستان و خانواده خود طلب حمایت کنند.

۷- عدم حضور در شیب اجتماعی: طبق برنامه ریزی ها سعی بر آن است که به کودک اجازه داده نشود تا خود را در مقام مقایسه با دیگران ببیند و همواره قانون مساوات برای وی تبیین می گردد.

۸- عدم قرار گرفتن در محرومیت اجتماعی و جلوگیری از بیکاری: با ترسیم برنامه های متناسب با شخصیت، علاقه و استعداد اشخاص مختلف، سعی می گردد تا روحیه کارآفرینی در آن ها ایجاد و تقویت گردد و هم نگرانی کودک و خانواده وی در مورد بیکاری او از بین می رود و هم باعث عدم قرارگیری دانش آموز در طبقه محروم می شود.

۹- حمایت اجتماعی: همواره به کودکان آموزش داده می شود تا یکدیگر را در شرایط مختلف اعم از درسی، ورزشی و حتی بازی مورد پوشش و پشتیبانی قرار دهند. این عمل در سنین کم به کودک می آموزد تا در آینده غیر از زندگی خویش نیم نگاهی نیز به اطرافیان داشته باشد تا در صورت نیاز بتواند حامی خوبی باشد.

در جدول ۶ و ۷ مقایسه و تطبیق زمینه های آموزش بهداشت اجتماعی در مدارس ابتدایی سه کشور آورده شده است.

آمادگی جسمانی، آمادگی بدنی و سرعت عمل فیزیکی مؤلفه هایی هستند که در سه کشور مورد ارائه قرار گرفته اند. همچنین مؤلفه های استقامت و فعالیت فیزیکی در کره جنوبی و ژاپن مشترک هستند. در ایران مؤلفه های مشارکت ورزشی سازمان یافته، رفتارهای پرتحرک در مدرسه، بازی های فعال، رعایت رژیم غذایی، فعالیت های فیزیکی، تعادل، چابکی، انعطاف پذیری، قدرت عضلانی، استقامت و دوری از احساس درد در مقایسه با دو کشور مورد مطالعه، آن چنان که باید در برنامه ریزی آموزش بهداشت جسمانی در مدارس ابتدایی مورد توجه قرار نگرفته اند.

سؤال سوم: آیا آموزش های بهداشت اجتماعی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟

در ابتدا مؤلفه های مستخرج در بعد بهداشت اجتماعی را مورد تفسیر قرار می دهیم [۷، ۱۳، ۱۵].

۱- مؤلفه انجام امور اجتماعی، تعلق به اجتماع، قدم برداشتن برای جامعه و مهارت های اجتماعی: رفتارهایی هستند که فرد را قادر به تعامل مؤثر و اجتناب از پاسخ های نامطلوب نموده و بیانگر سلامت رفتاری و اجتماعی افراد هستند. این مهارت ها ریشه در بسترهای فرهنگی و اجتماعی داشته و شامل رفتارهایی نظیر پیش قدم شدن در برقراری روابط جدید، تقاضای کمک نمودن و پیشنهاد برای کمک به دیگران است. میزان برخورداری کودکان و بالغین از این مهارت ها بر سلامت فردی و اجتماعی و نیز موفقیت تحصیلی آنان اثرگذار است.

۲- مؤلفه رضایت، مفید بودن، تبدیل شدن به فردی مهم، الگو شدن: در این موارد تلاش بر این است که حس رضایتمندی از خود به کودک القا شود، در همین راستا برای وی این گونه ترسیم می شود که وی در کانون جهان قرار دارد و عملکرد وی و تأثیرگذاری او در جامعه غیر قابل اغماض است.

۳- امنیت اجتماعی: مشاوران در این زمینه سعی می کنند تا با نقطه نظرات خود دانش آموز را توجیه کنند که وی در سطح بالایی از منظر امنیت اجتماعی قرار دارد.

۴- انسجام اجتماعی: مشاوران در مدارس کره جنوبی ذیل انسجام اجتماعی به چگونگی روابط بین فرد و جامعه می پردازند و این مؤلفه را به بررسی، تبیین، چرایی و کم

جدول ۶. مقایسه گرایش و زمینه‌های آموزش سلامت اجتماعی در مدارس ابتدایی در ایران، ژاپن و کره جنوبی

ایران	کره جنوبی	ژاپن
انجام امور اجتماعی	امنیت اجتماعی	
تعلق به اجتماع	انسجام اجتماعی	عدم حضور در شیب اجتماعی
قدم برداشتن برای جامعه	شمول اجتماعی	عدم قرار گرفتن در محرومیت اجتماعی
رضایت	توانمندسازی اجتماعی	جلوگیری از بیکاری
مفید بودن	روابط اجتماعی	حمایت اجتماعی
تبدیل شدن به فردی مهم	تبعیض اجتماعی در مقابل حمایت اجتماعی	
الگو شدن		

جدول ۷. تطبیق گرایش‌ها و رویکردهای آموزش سلامت اجتماعی مدارس ابتدایی ایران، ژاپن و کره جنوبی

آموزش بهداشت مدارس ابتدایی	کره جنوبی	ژاپن	ایران
امنیت اجتماعی	+	+	-
انسجام اجتماعی	+	+	-
شمول اجتماعی	+	+	-
توانمندسازی اجتماعی	+	+	-
روابط اجتماعی	+	+	+
تبعیض اجتماعی در مقابل حمایت اجتماعی	+	-	+
عدم حضور در شیب اجتماعی	+	+	-
عدم قرار گرفتن در محرومیت اجتماعی	+	+	-
جلوگیری از بیکاری	-	+	-
حمایت اجتماعی	+	+	-
انجام امور اجتماعی	+	+	-
رضایت	-	-	+
مفید بودن	-	-	+
تعلق به اجتماع	+	+	+
قدم برداشتن برای جامعه	+	+	+
تبدیل شدن به فردی مهم	-	-	+
الگو شدن	-	-	+

شیب اجتماعی، عدم قرار گرفتن در محرومیت اجتماعی و جلوگیری از بیکاری، حمایت اجتماعی چنانکه باید در مقایسه با دو کشور مورد مطالعه مورد توجه در برنامه‌ریزی آموزش بهداشت اجتماعی در ابتدایی قرار نگرفته‌اند.

بحث

در پاسخ به سؤال نخست "آیا آموزش‌های بهداشت روانی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟" باید اقرار کرد که ژاپن و کره جنوبی با تمرکز آموزش بهداشت روان بر روی مدیران مدارس (تحت نظر وزارت آموزش و پرورش) و مشاوران اختصاصی حرفه‌ای در مدارس، قادرند آموزش بهداشت روان بر دانش آموزان را اجرا کنند.

در مبحث بهداشت اجتماعی مواردی همچون عدم حضور در شیب اجتماعی، عدم قرار گرفتن در محرومیت اجتماعی، جلوگیری از بیکاری و حمایت اجتماعی در دستور کار قرار دارد همچنین طبق آمار منتشره از سوی سازمان بهداشت جهانی، در ژاپن ۹۸/۶ درصد از دانش آموزان دارای سلامت اجتماعی هستند که رقمی قابل توجه می‌باشد [۸].

همان‌طور که در (جدول ۷) مشاهده می‌گردد در میان تمامی مؤلفه‌های ارائه‌شده در سه کشور، مؤلفه‌های روابط اجتماعی، تعلق به اجتماع و قدم برداشتن برای جامعه در هر سه کشور مشترک می‌باشد. همچنین ایران و کره جنوبی در تبعیض اجتماعی در مقابل حمایت اجتماعی مشترک‌اند. در ایران مؤلفه‌های امنیت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شمول اجتماعی، توانمندسازی اجتماعی، عدم حضور در

عبارتی ورزش سازمان یافته است. کره جنوبی، تحت نظارت مشاوران حرفه‌ای خود، دانش‌آموزان را همیشه به بازی و انجام فعالیت‌های بدنی ترغیب می‌کند. در ژاپن همچنین، مشکلات جسمی دانش‌آموزان در مدرسه ارتباط نزدیکی با تغذیه آن‌ها دارد. طبق برنامه‌های پیشنهادی برای تغذیه سالم، دانش‌آموزان باید به دو اصل مهم یعنی تعادل و تنوع در مصرف غذا توجه کنند. تنوع تغذیه سالم دانش‌آموزان شامل مصرف همه گروه‌های غذایی است. ژاپن با تمرکز بر رژیم غذایی دانش‌آموزان توانسته اختلافات چشمگیری را نه تنها با ایران بلکه با سایر کشورها ایجاد کند. تحت نظارت وزارت آموزش و پرورش، این کشور با ارائه یک برنامه رژیم غذایی سالم برای سنین دانش‌آموزان دبستان، کاملاً بر مشکل اضافه وزن غلبه خواهد کرد. در مطالعه نینوایی و همکاران (۱۳۹۴) نیز مشخص شده است که توجه به بهداشت کودکان در ژاپن جزو برنامه‌های مدون بوده و تا سن دبستان در مدارس و خانواده توسط دولت پیگیری می‌شود [۱۷].

برای پاسخ دادن به سؤال سوم "آیا آموزش‌های بهداشت اجتماعی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟" باید اظهار کرد که وزارت آموزش و پرورش به انجام امور اجتماعی، رضایت، مفید بودن، تعلق داشتن به جامعه، قدم برداشتن برای جامعه، تبدیل شدن به یک فرد مهم و تبدیل شدن به یک الگو اشاره دارد. آن‌ها سعی می‌کنند دانش‌آموز را با این دیدگاه که از نظر امنیت اجتماعی در سطح بالایی قرار دارد توجیه کنند.

در کره جنوبی، دانشجویان سعی می‌کنند مردم را باور کنند که بر اساس شمول اجتماعی، همه افراد و گروه‌های جامعه مجاز به شرکت در سیستم‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هستند. در این راستا با توانمندسازی اجتماعی، مشاوران نشان می‌دهند که توانمندی مشارکتی همه‌جانبه است که فقط در محیط‌های کوچک مانند مدارس قابل اجرا است. وزارت آموزش و پرورش در ژاپن مواردی از جمله عدم حضور در شیب اجتماعی، نبودن در محرومیت اجتماعی، جلوگیری از بیکاری و حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان در برنامه خود آورده است. هیچ دانش‌آموزی نباید نگران مواجه شدن بیش از حد با جامعه باشد. در راستای صحنه گذاشتن به نتایج این پژوهش نیز با بررسی نرخ بهداشت روانی دانش‌آموزان در کره جنوبی (حدود ۱۰ درصد از محصلین در کشور کره جنوبی با مشکلات سلامت روان

در ایران، دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی لازم است ارتباط نزدیک با معلمان برقرار کنند تا تصویری از دنیای مدرسه و یادگیری داشته باشند. یکی از برنامه‌های آن‌ها سرمایه‌گذاری در ارتقای سواد بهداشتی برای آموزش کودکان برای آینده است. خصوصاً در این سن، آموزش هر رفتاری به کودک، بخشی از رفتار او خواهد شد و در بزرگسالی نهادینه خواهد شد. در کره جنوبی می‌توان درباره پذیرش فرهنگی در مقابل پذیرش دو فرهنگ بحث کرد. از آنجاکه کره در سال‌های اخیر مقصد مهاجران بوده است، کودکان باید بتوانند شکاف فرهنگی بین خود و کودکان مهاجر را برطرف کنند و روش‌های انجام این کار به آن‌ها آموزش داده خواهد شد. همچنین کارگاه‌های آموزشی برای والدین و پرهیز از برخی تصورات غلط در مورد رشد کودک برای خانواده‌ها برگزار می‌شود. در ژاپن، ارائه آموزش بهداشت روان با استفاده از روش‌هایی به صورت فعالیت‌های فوق برنامه، برگزاری جلسات آموزشی، کلاس‌های مشاوره حرفه‌ای و غیره که مستقیماً تحت نظارت وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علوم و فنون ژاپن انجام می‌شود. همچنین، دانش‌آموزانی که توسط مربیانی که دارای عزت نفس سالم هستند آموزش می‌بینند، بسیار آرام تر و مستعد ابتلا به اختلالات اضطرابی و مشکلات ناشی از اضطراب در مقایسه با دانش‌آموزانی هستند که توسط مربیانی که دارای اعتماد به نفس پایین هستند، آموزش می‌بینند [۸]. در این راستا، توجه به نکاتی از جمله فرهنگ پذیری در مقابل پذیرش چند فرهنگی، عوامل خانوادگی، کیفیت روابط خانوادگی، سبک فرزند پروری، سازگاری مادران، درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین، محل تولد والدین، وضعیت اقتصادی خانواده و تاب آوری با جزئیات بیشتر از آنچه وزارت آموزش و پرورش ایران فکر کرده است، ضروری به نظر می‌رسد. در پاسخ به سؤال دوم، "آیا آموزش‌های بهداشت جسمانی مدارس ابتدایی در کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ایران متفاوت است؟" باید اذعان کرد که در ایران، شرکت کردن در فعالیت‌های ورزشی مردم را از نظر محیط و مکان نزدیک تر می‌کند و همین طور راه‌ها و فرصت‌های زیادی را برای مهارت در ابعاد فرهنگی و جسمی برای فرد در جامعه مهیا می‌کند در نتیجه ورزش به عنوان یک پدیده سازمان یافته در نظر گرفته می‌شود که از جنبه‌های مختلف قابل بررسی است.

یکی از اصلی‌ترین جنبه‌های آن جهانی بودن آن و به

دست و پنجه نرم می‌کنند) و ژاپن (کمتر از ۵ درصد از دانش آموزان ژاپنی با مشکلات سلامت روان مواجه‌اند) می‌توان اثبات نمود که این دو کشور نسبت به ایران (طبق گزارش انجمن روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان ایران، حدود ۲۵ درصد دانش آموزان مقطع دبستان از این مشکلات رنج می‌برند). این نتایج همسو با یافته‌های موسوی مقدم و همکاران (۱۳۹۲) و Lee و همکاران (۲۰۱۹) می‌باشد [۷۹]، چراکه در پژوهش‌های صورت گرفته توسط این محققین به برخی از مؤلفه‌های یافت شده در پژوهش حاضر اشاره شده است. از سویی با نگاهی به آمار هم به راحتی می‌توان نتیجه گرفت که ایران در این مقول نیز با دو کشور مذکور دارای فاصله است، چراکه طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی حدود ۹۷ درصد از دانش آموزان کره‌ای دارای سلامت جسمانی قابل قبول هستند و فقط ۳ درصد در این زمینه ضعف دارند. در ژاپن نیز حدود ۹۳ درصد از دانش آموزان این کشور دارای سلامت جسمانی قابل قبولی هستند؛ اما طبق آمار وزارت بهداشت حدود ۲۱ درصد از دانش آموزان مقطع دبستان با ضعف جسمانی به ویژه اضافه‌وزن مواجه‌اند. همچنین ژاپن و کره جنوبی با در نظر گرفتن مشارکت ورزشی سازمان‌یافته، رفتارهای پرتحرک در مدرسه، بازی‌های فعال، رعایت رژیم‌های غذایی، فعالیت‌های فیزیکی، قدرت عضلانی و استقامت جزئیات بیشتری را نسبت به ایران برای دانش آموزان خود تدارک دیده‌اند. این نتایج همسو با یافته‌های Oh و همکاران (۲۰۱۹) و Kimura و همکاران (۲۰۱۲) می‌باشد [۱۰،۱۴] چراکه محققین مذکور در تحقیقات خود به برخی از مؤلفه‌های مطرح شده در پژوهش حاضر اشاره کرده‌اند. همچنین کشورهای کره جنوبی و ژاپن با ترسیم جامعه برای دانش آموزان خود توانسته‌اند در سنین پایین باعث از بین رفتن بحران‌های ناشی از سلامت اجتماعی آن‌ها شوند. این دو کشور با تمرکز تخصصی در حوزه‌های امنیت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شمول اجتماعی، توانمندسازی اجتماعی، عدم حضور در شیب اجتماعی، عدم قرار گرفتن در محرومیت اجتماعی، جلوگیری از بیکاری، حمایت اجتماعی و انجام امور اجتماعی توانسته‌اند نرخ ضعف اجتماعی دانش آموزان را نسبت به ایران کاهش دهند. در همین راستا طبق آمار منتشره از سوی سازمان بهداشت جهانی، در ژاپن ۹۸/۶ درصد از دانش آموزان دارای سلامت اجتماعی هستند که این رقم در قیاس با ایران که با اعلام وزارت

آموزش و پرورش، حدود ۳۰ درصد دانش‌آموزان در معرض جدی آسیب‌های اجتماعی هستند، دارای فاصله‌ای چشمگیر است. همچنین باید به این نکته نیز توجه داشت که فقط حدود ۷ درصد از دانش آموزان مدارس کره جنوبی از نظر سلامت اجتماعی دارای ضعف می‌باشند. Koo و همکاران (۲۰۱۶)، Tomokawa و همکاران (۲۰۲۱)، Heli و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهش‌های خود به مؤلفه‌های مذکور اشاره داشته‌اند [۱۳،۱۵،۱۶]. محدودیت پژوهش عدم امکان استفاده از مقالات غیر انگلیسی‌زبان بوده و از نقاط قوت مطالعه، توجه به ابعاد مختلف آموزش بهداشت در مدارس و الگوبرداری از کشورهای توسعه‌یافته آسیایی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی آموزش بهداشت مدارس در کشورهای توسعه‌یافته دیگر انجام شود و تعداد بیشتری از کشورها وارد مطالعه شوند تا نتایج مستندتر و قابل تعمیم به ایران باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، به منظور پیشرفت سلامت روان در مدارس ایران، مواردی مانند فرهنگ‌پذیری در مقابل پذیرش دو فرهنگی، عوامل خانوادگی، کیفیت روابط خانوادگی، سبک فرزند پروری، سازگاری مادران، درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین، محل تولد والدین، عزت‌نفس، وضعیت اقتصادی خانواده و تاب‌آوری باید موردتوجه قرار گیرد و در برنامه آموزشی گنجانده شود. برای ایجاد ارتباط بین مدرسه و مراکز بهداشتی تخصصی، یک هماهنگ‌کننده بهداشت روان در مدارس تعیین شود. محیطی فراهم شود که در آن همه دانش‌آموزان و معلمان صرفاً به خاطر نقشی که می‌توانند بازی کنند، بدون توجه به شخصیت، شکل ظاهری، نژاد و جنسیت، احساس ارزش و ارزشمندی کنند.

برای سلامت جسمانی دانش‌آموزان ابتدایی مؤلفه‌هایی مانند مشارکت ورزشی سازمان‌یافته، رفتارهای فعال در مدرسه، بازی‌های فعال، رعایت رژیم‌های غذایی، فعالیت بدنی، تعادل، چابکی، انعطاف‌پذیری، قدرت عضلانی، استقامت و جلوگیری از احساس درد در بدن در دستور کارآموزشی قرار گیرند. ارزیابی قد و وزن؛ بهترین راه برای فهمیدن رشد مناسب دانش‌آموز در حال رشد است. قد و وزن دانش‌آموزان باید یکبار در طول سال تحصیلی اندازه‌گیری شود و روند رشد در نمودارهای جداگانه برای

سیاسگزاری

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به شماره مصوب ۱۱۵۲۹۴۰۷۲۲۳۶۶۸۳۱۳۹۹۱۶۳۳۲۸۰۱۵ و دارای کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1400.03 می‌باشد. نویسندگان از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بابت حمایت از پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

References

1. Basir Shabestari S, Shirinbak I, Sefidi f, Sherkat Dalir, H. The relationship between social adaptation and educational achievement in Qazvin dentistry students. The Journal of Instruction Developing in Medical Sciences. 2013; 6(11)1-10. [In Persian]
2. Hafezi F, EftEkhar Z, Vasidejad M. Comparison of motivational beliefs, self - regulated learning strategies and personality traits of gifted and ordinary high school students in Ahvaz. New findings in psychology (social psychology). 2014; 5 (16), 129-142. [In Persian]
3. Ramavandi B, Hajivandi A, Fooladvand MA, Shahverdi M. A comparative study of the health status of schools with and without health educators in Bushehr province. Tebe Jonub. 2015; 18 (4), 800- 809. [In Persian]
4. Malekipour A, Mirjaleli SMA. The effect of experience of school health educators' experience in orienting school health education programs: contractual content analysis. Journal of Health and Development. 2019; 8 (1), 83-99. [In Persian]
5. Fallahi Khoshknab M, Rasooli P, Nasiri E, Rahnama M. Evaluation of mental health status of students living in dormitories of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Nursing research. 2015; 8 (3) 18-26. [In Persian]
6. Sarason E, Sarason B. Pathological Psychology Based on DSMIII - R. Third Edition, Tehran: Roshd; 2017. [In Persian]
7. Mousavi Moghadam SR, Tavan, H, Miri S,

دختران و پسران رسم شود. دانش‌آموزانی که بر اساس این معیار اختلالی دارند شناسایی شده و مشکل آن‌ها پیگیری شود.

برای سلامت اجتماعی دانش‌آموزان ابتدایی پیشنهاد می‌شود مؤلفه‌هایی از جمله تأمین اجتماعی، انسجام اجتماعی، شمول اجتماعی، توانمندسازی اجتماعی، قرار نگرفتن در شیب اجتماعی، قرار نگرفتن در محرومیت اجتماعی، جلوگیری از بیکاری، حمایت اجتماعی و انجام امور اجتماعی به منظور ارائه و آموزش آن‌ها در دستور کار وزارت آموزش و پرورش قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی آموزش بهداشت مدارس در کشورهای توسعه‌یافته دیگر انجام شود و تعداد بیشتری از کشورها وارد مطالعه شوند تا نتایج مستندتر و قابل تعمیم به ایران باشد.

- Naderi K. Assessing the general health status of male and female students in middle schools in Ilam in 2012-2013. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2014; 22 (2), 57-65. [In Persian]
8. World population review. (2021). Comparison of countries in terms of development and education 2019. Available from: <http://www.worldpopulationreview.com/country-ranking-by-country>.
9. Lee Y, Lee M, Park S. The mental health of ethnic minority youths in South Korea and its related environmental factors: a literature review. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2019; 30(3), 88. <https://doi.org/10.5765/jkacap.190019>
10. Kimura M, Mizuta C, Yamada Y, Okayama Y, Nakamura E. Constructing an index of physical fitness age for Japanese elderly based on 7-year longitudinal data: sex differences in estimated physical fitness age. 2012; 34(1):203-14 <https://doi.org/10.1007/s11357-011-9225-5>
11. Omid M, haghghatian M, hashemianfar A. An analysis on social wellbeing role on increase of life satisfaction (Case study: Esfahan). Journal of studies of socio-cultural development . 2018; 7 (1):171-194. [In Persian]
12. Masnabadi M, Roozbahani N, Khorsandi M. The effect of combined Training Program on Sleep Hygiene among of girls' primary school students. Iran J Health Educ Health Promot. 2020; 8 (1):23-34. [In Persian] <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.1.23>

13. Tomokawa S, Shirakawa Y, Miyake K, Ueno M, Koiso T, Asakura T. Pediatric international journal. Lessons learned from health education in Japanese schools. First published: 2021; 6(63); 619-630. <https://doi.org/10.1111/ped.14637>
14. Oh W, Lee Y, Lim J, Lee H, Jin S, Song K, Kim S. Results from South Korea's 2018 Report Card on physical activity for children and youth. Journal of Exercise Science & Fitness. 2019; 17(1), 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2018.10.006>
15. Koo H, Yee J, Nam EY, Kim ES. Dimensions of social well-being and determinants in Korea: Personal, relational, and societal aspects. The Senshu social well-being review. 2016; 3, 37-58.
16. Heli L, Li Z, Zhiqiang C, Huijuan J, Lei J. Physical and mental health conditions of young college students with different Traditional Chinese Medicine constitutions in Zhejiang Province of China. Original Research Article. Journal of Traditional Chinese Medicine. 2015; 35(6), 703- 708. [https://doi.org/10.1016/S0254-6272\(15\)30163-1](https://doi.org/10.1016/S0254-6272(15)30163-1)
17. Neinavaie M, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raisi P. A comparative study of management of maternal and child health services in selected developed countries and providing a model for Iran. Scientific Journal of the Medical Council Organization of the Islamic Republic of Iran. 2015; 33 (4), 297-309. [In Persian]