

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



Educational Intervention in the Postural Hygiene of School-Age Children

مداخله ی آموزشی در بهداشت وضعیت (قامتی) کودکان سنین مدرسه

María José Menor-Rodríguez ^{1,†}, Raquel Rodríguez-Blanke ^{2,†}, María Montiel-Troya ^{3,*}, Jonathan Cortés-Martín ², María José Aguilar-Cordero ² and Juan Carlos Sánchez-García ²

¹Research Group CTS-367, Ourense Nursing Department, University of Vigo, 36310 Vigo, Spain

²Research Group CTS-1068, Nursing Department, University of Granada, 18011 Granada, Spain

³Research Group CTS-1068, Nursing Department in Ceuta, University of Granada, 51001 Ceuta, Spain

2022 May 6;10(5):864. doi: 10.3390/healthcare10050864

Impact Factor:3.4

استاد راهنما : جناب آقای دکتر رعنائی

ارائه دهنده : راحله رستمی

دانشگاه علوم پزشکی اراک ؛ دانشکده بهداشت

فهرست مطالب

5

بحث

4

نتایج

3

روش اجرا

2

مقدمه

1

چکیده

1

چکیده

عادات سبک زندگی سالم که در کودکی شکل می گیرند، پایه ای برای زندگی سالم بزرگسالی فراهم می کنند؛ بنابراین، تشویق عادات سالم و اصلاح عادات بد از سنین پایین اهمیت دارد.

• در این مطالعه، هدف ما ارزیابی تأثیر مداخله آموزشی برای اصلاح عادات بهداشت وضعیت در کودکان مدرسه ای است.

• ما سه مدرسه آموزش ابتدایی دولتی را بر اساس نمونه گیری چندمرحله ای طبقه بندی شده به طور تصادفی انتخاب کردیم. نمونه ای متشکل از ۴۷۹ دانش آموز جمع آوری شد که معادل ۲٪ از کل کودکان ۶ تا ۱۲ ساله ثبت نام شده در این استان ها بود.

• مداخله آموزشی با القای عادات بهداشتی سالم وضعیتی؛ در کودکان در سنین پایین می تواند رفتارهای ناسالم را بهبود داده و اصلاح کند. تفاوت های معنادار آماری در کاهش ساعات صرف شده برای تماشای تلویزیون؛ نحوه حمل کتاب ها و لوازم مدرسه، با افزایش استفاده از کوله پشتی های چرخ دار و بهبود بهداشت وضعیت بدن هنگام تماشای تلویزیون بدست آمد.

هدف

روش
اجرا

نتایج

2

مقدمه

ترویج سلامت یکی از راهبردهای کسب و توسعه مهارت های شخصی مرتبط با تغییرات رفتاری مرتبط با سلامت و تشویق سبک زندگی سالم است.

سازمان جهانی بهداشت معتقد است که مدارس نقش کلیدی در توسعه عادات سبک زندگی سالم دارند.

و احتمال بیشتری دارد که کودکان در بزرگسالی آن عادات سبک زندگی مناسب را حفظ کنند. یکی از مشکلات سلامتی که با سبک زندگی جدید و کم تحرک ما به وجود آمده، معمولاً به عنوان کمردرد غیر اختصاصی شناخته می شود و اغلب منجر به محدودیت در حرکت می گردد. رویکرد پیشگیرانه به کاهش کمردرد کمک می کند. پیشگیری می تواند از طریق کسب دانش و/یا بهبود عادات صحیح وضعیتی که هر دو به کودکان و نوجوانان کمک می کنند.

3

روش اجرا

هدف

در این مطالعه، هدف ما ارزیابی تأثیر یک مداخله آموزشی

انجام شده در طول ۲۸ هفته بر تغییر عادات بهداشت

وضعیتی در کودکان مدرسه ای است.

طراحی

مطالعه پیش از مداخله پس از مداخله به عنوان مداخله آموزشی برای بهبود بهداشت وضعیت بدن در کودکان

مدرسه ای طراحی شده است. این گزارش توسط کمیته اخلاق پژوهشی استان گرانا تأیید شد، پرونده شماره

۱۳-۰۶ به آن اختصاص یافت و با کد ثبت ۲۰۱۴/۱۳۰ در CEI پونتودرا-ویگو-اورنسه ثبت شد

در ۱ ژانویه ۲۰۲۲ در سایت <https://acis.sergas.gal/cartafol/Axentes-de-investigacion>

قابل دسترسی قرار گرفت. در تمام مواقع، مطالعه مطابق با مفاد اعلامیه هلسینکی که در شصت و چهارمین

مجمع عمومی WMA برزیل در اکتبر ۲۰۱۳ اصلاح شده بود انجام شد.

رضایت آگاهانه از همه شرکت کنندگان در مطالعه گرفته شد.

شرکت کنندگان

جمعیت مورد مطالعه شامل تعداد کل کودکان ثبت نام شده در تمام مدارس آموزش ابتدایی در استان های اورنسه گالیسیا، هم در مناطق روستایی و هم شهری و پونتودرا، به ویژه در شهر ویگو، در سال تحصیلی ۲۰۱۵/۲۰۱۶ بود،

$$n = ۲۴,۹۰۰$$

از کل جمعیت، نمونه گیری تصادفی دو مرحله ای انجام شد تا مدارس شرکت کننده انتخاب شوند:
در مرحله اول، نمونه گیری تصادفی ساده ای برای انتخاب مدارس از فهرست اسمی ارائه شده توسط هیئت آموزش انجام شد.

مرحله دوم شامل نمونه گیری خوشه ای بود که همه دانش آموزان مدرسی که در سال تحصیلی انتخاب شده برای مطالعه بودند را در بر می گرفت.

اندازه نمونه

نمونه ای متشکل از ۴۷۹ دانش آموز شد که معادل ۲٪ از کل کودکان ۶ تا ۱۲ ساله ثبت نام شده در

مدارس دولتی استان های اورنسه و پونتودرا در سال تحصیلی ۲۰۱۵/۲۰۱۶ است.

اندازه نمونه مورد نیاز $n = 479$ دانش آموز با تعیین سطح اطمینان ۹۵٪ و حاشیه خطای ۵٪

محاسبه شد، با توجه به اینکه تعداد کل دانش آموزان ۶ تا ۱۲ ساله ثبت نام شده در مدارس دولتی

استان های اورنسه و پونته ودر ۲۴،۹۰۰ دانش آموز بود و فرض بر این بود که پس از مداخله

آموزشی، در بدترین حالت، تنها ۵۰٪ دانش آموزان پیشرفت نشان می دهند.

معیارهای ورود: دانش آموزان بین ۶ تا ۱۲ سال از سه مدرسه منتخب بودند. دانش آموزان موظف بودند رضایت آگاهانه را همراه با والدین یا سرپرستان قانونی خود که مسئول امضای آن بودند در صورت موافقت با مشارکت فرزندشان در مداخله مطالعه کنند.

معیارهای خروج: محدودیت های جسمی یا روانی موجود که مانع از درک سوالات و پاسخ های پرسشنامه توسط دانش آموز می شد و امتناع از پاسخ آزادانه و داوطلبانه به نظرسنجی

مداخله آموزشی

در سه مرحله انجام شد، همان طور که فرآیند جمع آوری داده ها نیز چنین بود

1- ارزیابی اولیه

عادات بهداشت وضعیتی با استفاده از پرسشنامه ای شامل سوالاتی از برنامه PERSEO و مطالعه ENKID ارزیابی شد. که برای تسهیل درک در کودکان خردسال با پیکتوگرام ها تطبیق داده شده بود. همچنین اطلاعاتی درباره خانواده و زمینه جمعیت شناختی دانش آموزان شرکت کننده در مطالعه جمع آوری شده بود و جنبه هایی مانند سن والدین و وضعیت شغلی آن ها، تعداد خواهر و برادرها و افرادی که روزانه با آن ها زندگی می کردند را ارزیابی شد.

2-مداخله آموزشی

مداخله آموزشی را از طریق فعالیت های تکوینی درباره بهداشت وضعیتی که برای گروه های سنی مختلف کودکان شرکت کننده تطبیق یافته بود، اجرا کردیم. مدت زمان مداخله یک سال تحصیلی (۲۸ هفته) بود و هدف آن انگیزه دادن و مشارکت دانش آموزان در فرآیند بهبود بهداشت وضعیت بدن با استفاده از ویدئوهای آموزشی، کارگاه ها و تمرینات عملی بود. در تمام اوقات، این مداخله به عنوان یک بازی مشارکتی هم در محیط مدرسه و هم در خانه پیشنهاد شده بود. از طریق این معیار، سعی کردند میزان مشارکت فعال دانش آموزان و خانواده هایشان را ارزیابی کنند.

فعالیت ها خارج از ساعات کلاس درس و بر اساس توصیه های مدارس، در پایان صبح و قبل از وقفه ظهر برگزار شد. فعالیت های فوق برنامه هرگز برای جلوگیری از حجم زیاد تدریس انجام نمی شد.

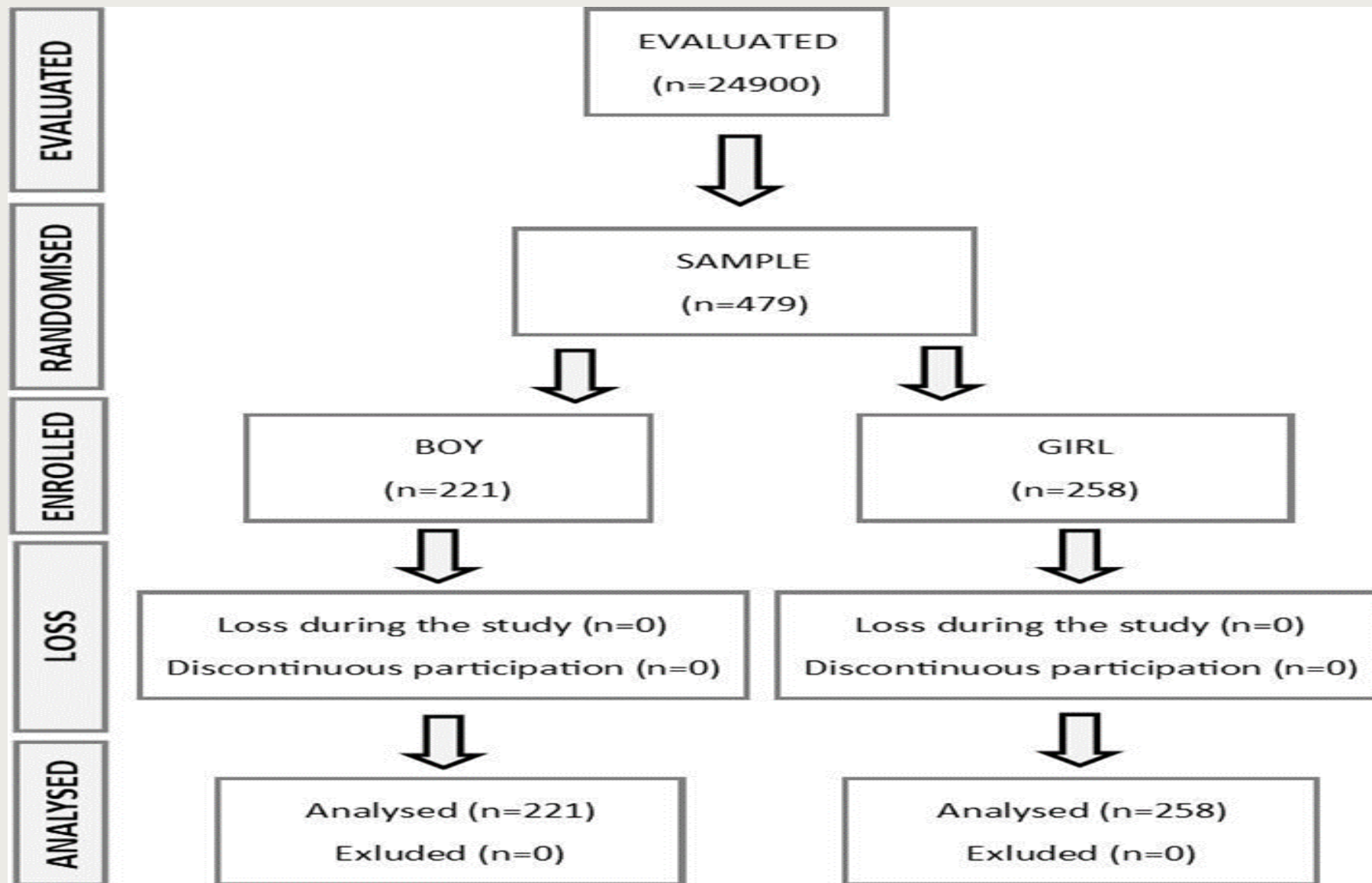
در طول مداخله، پیگیری دانش آموزان با آموزش های آموزشی ادامه داشت.

تمام فعالیت های آموزشی عمدتاً مشارکتی بودند، از جمله تکنیک های انیمیشن برای ایجاد فضای خانوادگی، کلاس هایی با پیام ساده و عملی، بحث های گروهی و جلسات نمایشی

3-ارزیابی نهایی

هفت ماه پس از آغاز مداخله آموزشی، اثربخشی آن را با استفاده از همان نمرات ارزیابی اولیه اندازه گیری شد. در قدردانی از تلاش هایشان، همه شرکت کنندگان دیپلمی با امضای نویسندگان مطالعه دریافت کردند.

مراحل انتخاب نمونه



متغیرهای مطالعه

• متغیرهای جمعیت شناسی اجتماعی:

سن، جنسیت (پسر/دختر)، تعداد خواهر و برادرها، موقعیت مدرسه (شهری، ساحلی/شهری داخلی/روستایی) و اعضای واحد خانواده؛

• عادات وضعیتی:

مرتبط با روش های معمول حمل کتاب ها و مواد درسی؛
کوله پشتی، کوله پشتی چرخ دار، یا با دست؛
وضعیت بدن هنگام تماشای تلویزیون و/یا بازی کردن با کامپیوتر: نشستن روی صندلی با تکیه گاه پشتی، نشستن روی صندلی بدون پشتی یا دراز کشیدن.

تحلیل آماری

تحلیل توصیفی برای ویژگی های جمعیت مورد مطالعه انجام دادیم. متغیرهای کمی با استفاده از معیارهای گرایش مرکزی (میانگین و میانه)، انحراف معیار و حدود توزیع محاسبه شدند. متغیرهای کیفی با استفاده از فرکانس های مطلق و فرکانس های نسبی (درصد) بیان شدند.

ما Kolmogorov–Smirnov test را برای تأیید توزیع نرمال متغیرها انجام دادیم. متغیرهایی که معیارهای نرمال بودن را برآورده نکردند، با استفاده از آزمون های غیرپارامتریک مورد مطالعه قرار گرفتند.

Chi-Square Test برای مقایسه نسبت بیش از دو گروه مستقل استفاده شد. در مقایسه گروه های قبل و بعد از مداخله،

آزمون Paired T-Test برای متغیرهایی با توزیع نرمال ؛ و آزمون Wilcoxon برای متغیرهای با توزیع نامتقارن به کار رفت. McNemar's test برای بررسی تفاوت در نسبت ها انجام شد.

ما خطای α را ۵٪ ($p \leq 0.05$) تعیین کردیم. تحلیل آماری با استفاده از برنامه IBM SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

کلمات کلیدی با استفاده از چارچوب PICOS جستجو شدند.

چارچوب PICOS	کلمات کلیدی
Population	کودکان ۶-۱۲ سال مدرسه ای
Intervention	A pre-post intervention study
Comparison	گروه کنترل وجود ندارد
Outcomes	هفت ماه پس از آغاز مداخله آموزشی، اثربخشی آن را با استفاده از همان نمرات ارزیابی اولیه اندازه گیری کردیم
Study design	A pre-post intervention study

4

نتائج

از میان ۲۴,۹۰۰ دانش آموز ۶ تا ۱۲ ساله ثبت نام شده

در مدارس ۴۷۹ نفر در این برنامه شرکت کردند

Sex	Boy	221 (46.14%)
	Girl	258 (53.86%)
Age		8.9 ± 1.49
School location	Rural	104 (21.7%)
	Urban inland	157 (32.8%)
	Urban coastal	218 (45.5%)
Number of siblings	One siblings	447 (93.3%)
	Two siblings	20 (4.2%)
	No siblings	12 (2.5%)
Members of the family unit	Grandparents	7 (1.46%)
	Mother or father	53 (11.06%)
	Mother and father	306 (63.88%)

• نمودار ستونی تغییرات وضعیت بدنی هنگام تماشای تلویزیون، پیش و پس از مداخله

نشستن با تکیه گاه از ۶۳/۶۷٪

به ۸۰/۷۹٪ افزایش یافت

نشستن بدون تکیه گاه از

۲۸/۸۱٪ به ۱۷/۷۵٪ کاهش

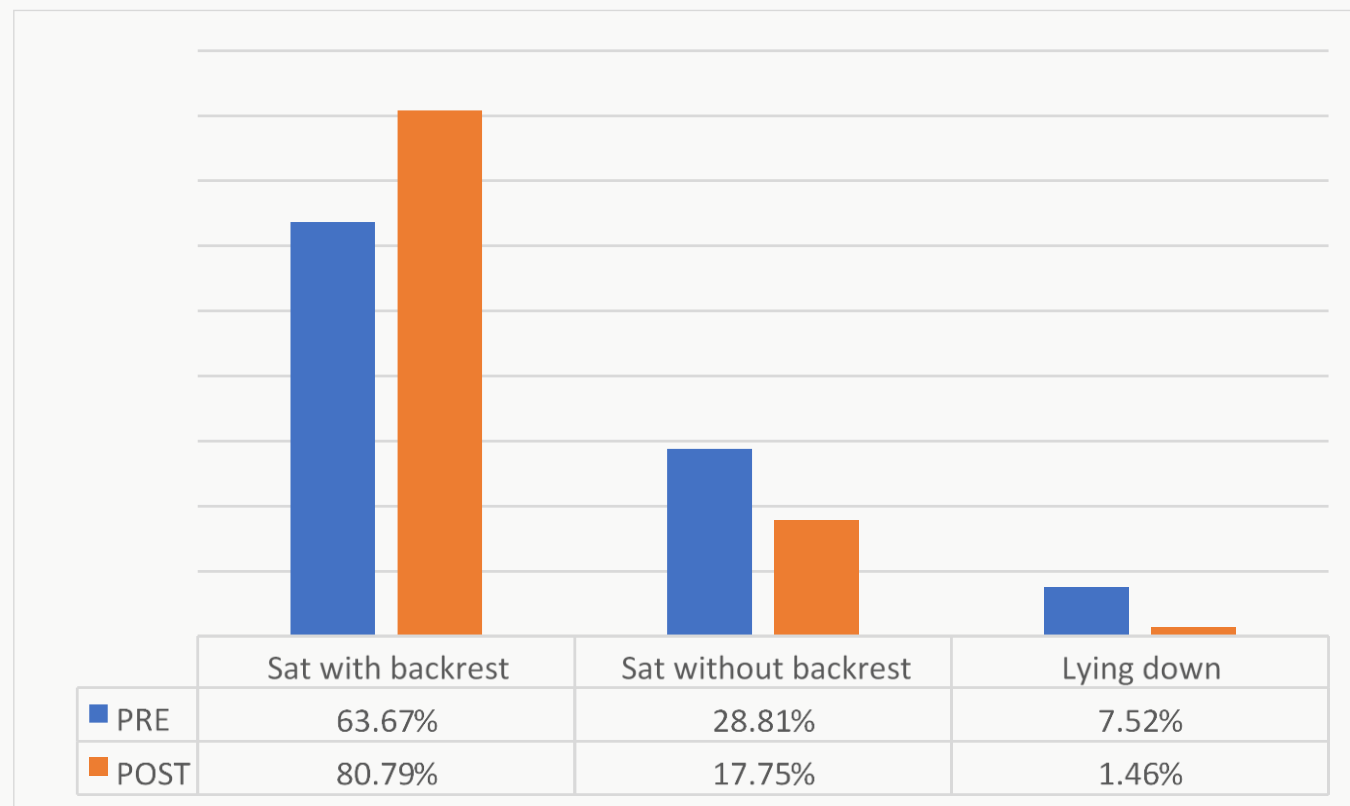
دراز کشیدن از ۷/۵۲٪ به ۱/۴۶٪

کاهش یافت .

$p < 0/001$ تغییرات معناداری

در زمینه رعایت اصول صحیح

وضعیت بدنی مشاهده شد.



میانگین زمان صرف شده برای تماشای تلویزیون (2.53 ± 0.71) ساعت در روز بود. اگرچه میزان ساعات روزانه تماشای تلویزیون کاهش یافت (2.29 ± 0.531 ساعت در روز)، اما این تغییر از نظر آماری معنادار نبود ($p = 0.531$)

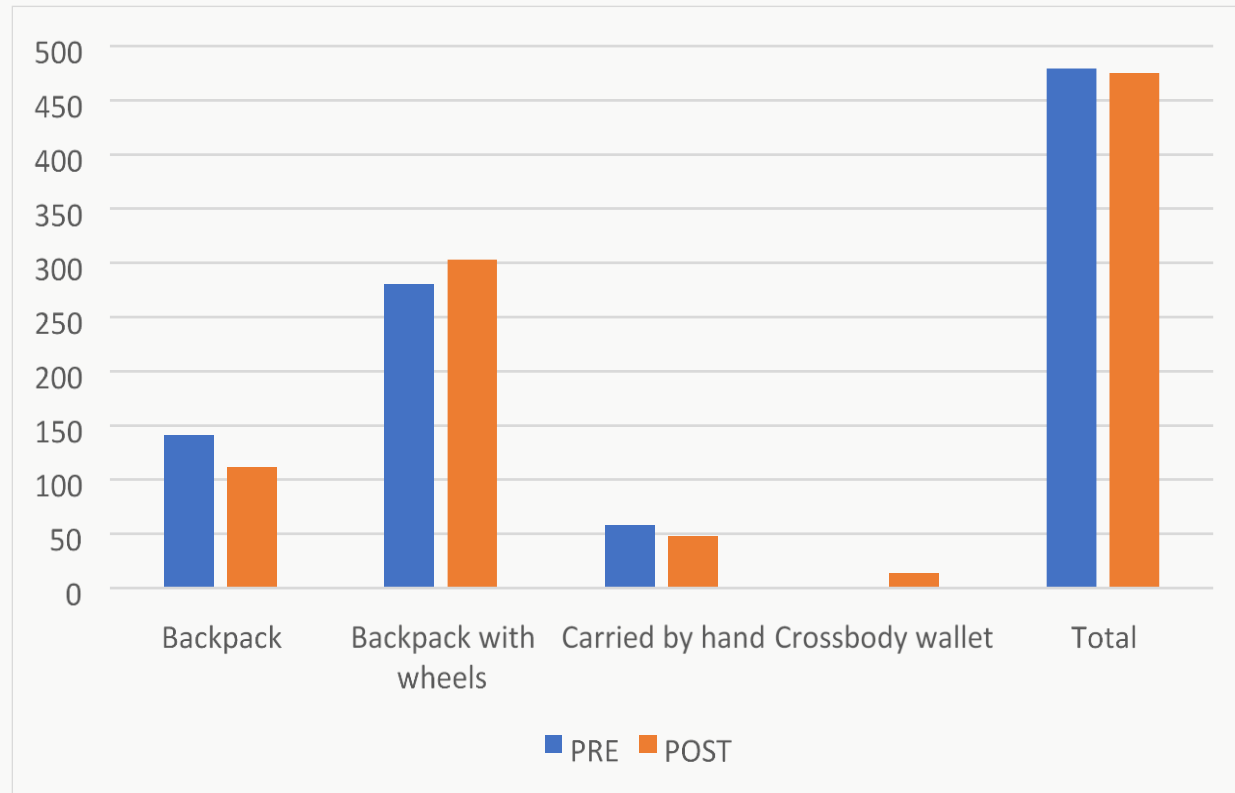
ما تفاوت‌های معناداری از نظر آماری در شیوه حمل کتاب‌ها و لوازم مدرسه و همچنین در ساختار خانواده مشاهده کردیم ($p < 0.001$)

تغییرات معناداری در زمینه رعایت اصول صحیح وضعیت بدنی ($p < 0.001$) وضعیت بدن هنگام تماشای تلویزیون و شیوه حمل لوازم مدرسه ($p < 0.001$) مشاهده شد.

شیوه حمل لوازم مدرسه

تفاوت های آماری معناداری در نحوه حمل کتاب های مدرسه و مواد و ساختار خانواده یافتیم ($p < 0.001$) به طوری که (۶۳.۱٪) کوله پشتی چرخ دار در خانواده هایی با هر دو والد انتخاب شد و در خانواده هایی که والدین و پدر بزرگ و مادر بزرگ حضور داشتند (۶۳.۴٪).

تغییر قابل توجهی در بهداشت وضعیتی ($p < 0.001$) و روش حمل مواد مدرسه ($p < 0.001$) رخ داد. استفاده از کوله پشتی های چرخ دار پس از مداخله آموزشی از ۵۸.۵٪ به ۶۳.۸٪ افزایش یافت



5

بحث

رابطه بین مدارس و سلامت نقش مهمی در اصلاح عادات بد سلامتی دارد.

سن دانش آموزان بین ۶ تا ۱۲ سال است که سن ایده آل برای ترویج عادات سالم در زمینه بهداشت وضعیتی است.

برنامه های آموزشی جمعیت هدف باید به روز و جذاب باشند تا توجه دانش آموزان نسبت به آن جلب شود .
در حال حاضر، کودکان مدرسه ای ترجیح می دهند اوقات فراغت و سرگرمی خود را با بازی های ویدیویی،
تماشای تلویزیون یا استفاده از شبکه های اجتماعی بگذرانند که همه این ها باعث افزایش قابل توجه نرخ سبک
زندگی کم تحرک است.

همان طور که نتایج این مطالعه نشان می دهد، وضعیت کودکان مدرسه ای در مقابل تلویزیون به ساختار خانواده
ای که به آن تعلق داشتند بستگی داشت

6

نتیجہ گیری

در مجموع این مطالعه نقش مدارس را به عنوان بخشی استراتژیک برای بهبود عادات مرتبط با سلامت تقویت می کند. برنامه های آموزشی اجرا شده در این مدارس دامنه وسیعی دارند و نتایج آن ها به طور کامل به سطوح دیگر تعمیم داده می شود.

شرکت کنندگان در مطالعه هنگام تماشای تلویزیون وضعیت بدن نادرستی داشتند. علاوه بر این، بیشتر آن ها وسایل مدرسه را به درستی حمل نمی کردند و بدترین عادات را کسانی نشان می دادند که در ساختار خانوادگی غیرسنتی زندگی می کردند.

کاهش عادات نادرست بهداشت وضعیت که پس از مداخله به دست می آید، تأثیر قابل توجهی بر عوارض آینده استخوان ها و ساختار استخوانی مانند درد پستی-کمری و اضافه بار عضلانی خواهد داشت.

تشویق عادات خوب بهداشت وضعیت در مدارس و پیشگیری از عادات بد برای آموزش سلامت در جامعه به طور کلی ضروری است.

تقدیر و تشکر