

## بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت در تغییر آگاهی و رفتارهای تغذیه‌ای دانش آموزان مدارس ابتدایی در شهر قزوین

محمد خلیج\*، عیسی محمدی زیدی\*\*

\*استادیار گروه بهداشت عمومی - دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین (مؤلف مسئول)، \*\*مربی گروه بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی قزوین.

تاریخ دریافت: ۶/۱۵/۸۴ - تاریخ تأیید: ۸/۱۲/۸۴

### چکیده:

زمینه و هدف: تغذیه ناسالم در بروز بیماری‌هایی مانند بیماری قلبی و عروقی، سکت، انواع سرطان ها، دیابت، ناراحتی های گوارشی، انواع بیماری های استخوانی و مفاصل تأثیر به سزایی دارد. از آنجایی که ریشه اغلب رفتارهای غلط بهداشتی به تجارب دوران کودکی بر می گردد لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر تغییر آگاهی و رفتارهای تغذیه ای دانش آموزان ابتدایی انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی (Quasi experimental) است که میزان آگاهی و عملکرد تغذیه ای دانش آموزان با استفاده از پرسشنامه سه قسمتی (مشخصات دموگرافیک، آگاهی و عملکرد) و چک لیست مشاهده مستقیم مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. تعداد ۸۹ نفر از دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی در سال ۱۳۸۴ در شهرستان قزوین به روش نمونه گیری خوشه ای برای شرکت در پژوهش در گروه مورد و ۸۷ نفر نیز جهت گروه شاهد انتخاب شدند. پس از اجرای برنامه آموزش بهداشت برای گروه مورد که به دو روش مستقیم (حضور و چهره به چهره همراه با پرسش و پاسخ) و غیر مستقیم (با استفاده از جزوه و سایر مواد آموزشی) و با توجه به نیازسنجی اولیه طراحی شده بود، میزان تأثیر آموزش بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان مورد سنجش قرار گرفت.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان داد آگاهی دانش آموزان از ۲۳/۶۱±۶/۲۱ به ۳۰/۶۲±۴/۹۶ و عملکرد تغذیه ای آنها از ۱۳/۱۹±۷/۰۸ به ۱۹/۹۸±۶/۶۳ افزایش یافت (p<۰/۰۰۱). همچنین نتایج بررسی نشانگر تأثیر مثبت برنامه آموزش بهداشت بر تغییر عادت صبحانه خوردن بود (p<۰/۰۰۵).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این بررسی و نظر به اهمیت و نقش مهم دانش آموزان به عنوان بستر آبی کشور و کم هزینه بودن فعالیت‌های آموزش بهداشت نسبت به سایر فعالیت‌ها در این زمینه لزوم تعمیم این گونه برنامه‌های آموزش و بسط آن ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: آموزش بهداشت، رفتار تغذیه‌ای، دانش آموزان ابتدایی.

### مقدمه:

فقر غذایی و فقدان امکانات بهداشتی از بین می روند (۱). کودکان قربانی روش زندگی عصر حاضر شده اند. آنها در نتیجه الگوهای غذایی نادرست در معرض خطر بیماری های قلبی و عروقی، سرطان و دیابت هستند. در

گرسنگی و سوء تغذیه مزمن سالانه باعث مرگ و میر تعداد زیادی از مردم جهان می شود. سالانه ۱۷ میلیون کودک زیر ۵ سال که بیشتر آنها متعلق به کشورهای در حال رشد هستند به علت

<sup>۱</sup> آدرس: قزوین - بلوار شهید باهنر - دانشگاه علوم پزشکی قزوین - دانشکده بهداشت و پیراپزشکی - گروه بهداشت خانواده - تلفن: ۰۲۸۱-۳۳۳۸۱۲۷.

E-mail: mohamm\_e@yahoo.com

داشتن رفتارهای تغذیه ای صحیح موضوع مهمی جهت پیشگیری از بیماری هاست (۸). میان وعده های غذایی مناسب و مغذی در ساعات مدرسه بسیار اهمیت دارند زیرا در ساعات نزدیک ظهر حتی کودکانی هم که صبحانه خورده اند گرسنه می شوند و این گرسنگی نشستن سر کلاس را برای آنها غیر ممکن می کند و تمرکز لازم را برای یادگیری از بین می برد. اما با صرف میان وعده مناسب ظرفیت کار و توانایی یادگیری دانش آموزان افزایش خواهد یافت (۹). عادت های غذایی کودکان به شکل پایداری تا بزرگسالی باقی خواهد ماند و در آن مرحله به سختی قابل تغییر خواهد بود (۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده است که کودکانی که در دراز مدت صبحانه مصرف نمی کنند، رفتار و سطح سلامتی آنها تحت تأثیر قرار می گیرد. سنین دبستانی که آموزش های پایه در آن صورت می گیرد دوران مهمی از زندگی محسوب می شود و در این مرحله از زندگی تغذیه و سلامتی به منظور حداکثر استفاده از فرصت های آموزشی اهمیت پیدا می کند (۱۱). شکی نیست اگر کودکان در آموزش بهداشت سهمی شوند و نقش فعالی را به عهده بگیرند خود به درک بهتری از این مفاهیم خواهند رسید (۱۲).

توجه به اهمیت آموزش بهداشت در مدارس به دلایل زیر همیشه مورد تأکید قرار می گیرد: (۱) نقش ضمیر و ذهن مستعد کودک که آمادگی بیشتری برای آموختن دارد، (۲) عوامل آموزشی به حد کافی در دسترس است، (۳) حضور موظف دانش آموزان، اجرای برنامه را بهتر می کند، (۴) کثرت دانش آموزان ابعاد آموزش را وسیع تر می کند، (۵) ارتباط دانش آموز با اعضای خانواده، دبستان و بسط و تعمیم مسائل آموزشی را موجب می شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی و عملکرد دانش آموزان در خصوص تغذیه طراحی شده است.

حالی که مصرف چربی بالایی دارند، میوه، سبزی و غلات را نسبت به مقادیر توصیه شده به صورت ناچیز مصرف کنند. بسیاری از خوراکی های مورد علاقه شدید کودکان که به فراوانی در سطح اجتماع عرضه می شوند، کیفیتشان از دو جنبه سرشار بودن آنها از مواد قندی، چربی و نمک و فقدان مواد ارزشمند مانند ویتامین ها و مواد معدنی زیر سؤال است (۲).

اواسط دوران کودکی (۷ تا ۱۲ سالگی) سال هایی است که باید مواد غذایی برای رشد سریع دوران نوجوانی در اختیار کودک قرار گیرد. از این رو اهمیت توجه به تغذیه کودک دو چندان می شود (۳). الگوهای تغذیه ای سالم در دوران کودکی موجب افزایش سطح تندرستی و رشد و نمو و توان بیشتر فعالیت های ذهنی می شود و از عوارض و مشکلاتی مانند آئمی فقر آهن، چاقی و اختلالات گوارشی و پوسیدگی دندانی در کوتاه مدت و بیماری های مزمن و خطرناک در دراز مدت پیشگیری می نماید (۴).

نگاهی اجمالی به مرگ و میر کودکان نشان می دهد که ۲۳ درصد از مرگ کودکان در اثر بیماری های اسهالی، ۲۵ درصد بر اثر عفونت های حاد تنفسی و ۴۰ درصد در نتیجه اثرات مستقیم سوء تغذیه می باشد. به طوری که از هر سه کودک در دنیا یک کودک با سوء تغذیه دست به گریبان است (۵). بررسی ها در کشور ما نشان داده است که ۱۵/۴ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه ای می باشند و ۱۰/۹ درصد آنها دچار کم وزنی متوسط و شدید بر اساس شاخص وزن و سن هستند (۶). رشد جسمانی در این دوران به این صورت است که سالانه بطور میانگین ۵/۵ سانتی متر به قد، ۲/۵ کیلوگرم به وزن آنها اضافه می شود (۷). تغذیه ناسالم عامل ۳۵ درصد یا بیشتر موارد مرگ به علت سرطان است، اصلاح الگوهای غذایی از دوران بچگی و اوایل بزرگسالی و

## روش بررسی:

این تحقیق از نوع بررسی نیمه تجربی می باشد که بر اساس متغیرهای آموزش بهداشت، آگاهی و عملکرد تغذیه‌ای دانش آموزان انجام گرفته است. برنامه آموزشی بر طبق آزمون اولیه و تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش تهیه و تدوین و اجرا شد. در انتهای برنامه نیز چگونگی تأثیر برنامه آموزشی با انجام آزمون ثانویه مورد ارزیابی قرار گرفت.

نمونه پژوهشی شامل دانش آموزان پسر پایه پنجم ابتدایی دبستان های منتخب شهر قزوین در سال ۱۳۸۴ بودند که دبستان آنها از طریق نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد. در تعیین جمعیت تحت بررسی کل دانش آموزان پنجم ابتدایی دبستان منتخب (۱۷۷ نفر) ۸۹ نفر در گروه مورد و ۸۷ نفر در گروه شاهد در نظر گرفته شد و نیازی به نمونه گیری نبود. البته یکی از نمونه ها در گروه مورد در طول پژوهش به دلیل بیماری از جریان مطالعه خارج شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه جهت سنجش آگاهی و عملکرد و برگه مشاهده مستقیم (چک لیست) بود. عملکرد تغذیه‌ای دانش آموزان توسط همراه داشتن میان وعده های غذایی با مشاهده مستقیم و همچنین با استناد به سنجش عملکرد توسط پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات با استفاده از مطالعات مشابه و بررسی متون و زیر نظر متخصصین تنظیم و تکمیل شد و روایی و اعتبار آن تأیید گشت (۱۳) همچنین یک قسمت ضمیمه هم در پرسشنامه گنجانده شد که در آن در مورد چگونگی و نحوه اجرای برنامه آموزشی سؤال شد. پس از آنکه نیازهای آموزشی دانش آموزان از طریق نتایج آزمون اولیه برآورد شد، برنامه آموزشی متناسب با توجه به پیشنهادات خود دانش آموزان و امکانات موجود در مدرسه طرح ریزی گشت که از

طریق روش های آموزش بهداشت مستقیم (به صورت حضوری و چهره به چهره همراه با پرسش و پاسخ) و غیر مستقیم (با استفاده از مواد آموزشی مانند جزوه، پمفلت، عکس و غیره) اجرا شد. برنامه آموزشی یک ساعته در اتاق بهداشت مدرسه طی ۴ جلسه در طول یک ماه اجرا شد و نتایج با کمک نرم افزار SPSS تحت ویندوز و با آزمون های آماری مک نمار و t زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است نمرات افراد در پرسشنامه آگاهی اگر از حد فاصل ۰ تا ۲۰ بود ضعیف، بین ۲۰ تا ۳۰ متوسط و بیش از ۳۰ خوب تلقی می شد. در مورد وضعیت تغذیه‌ای نیز نمرات ۰ تا ۱۰ ضعیف، ۱۰ تا ۲۰ متوسط و بیش از ۲۰ خوب ارزیابی شد (۱۴).

## یافته ها:

بین دو گروه مورد و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک مانند سن پدر و مادر، شغل و میزان سواد آنها، بعد خانوار و سایر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

در مرحله قبل از اجرای برنامه آموزشی آگاهی تغذیه‌ای ۷۶ نفر (۸۵/۴٪) در گروه مورد و ۷۵ نفر (۸۶/۲٪) در گروه شاهد در وضعیت متوسط و ضعیف بود ولی پس از اجرای برنامه آموزشی درصد افرادی که در وضعیت آگاهی خوب به سر می بردند از ۱۴/۶ درصد به ۴۳/۸ درصد در گروه مورد رسید. آزمون آماری کای دو نشانگر تأثیر آموزش بر آگاهی تغذیه‌ای دانش آموزان در گروه مورد بود و اختلاف نمرات این گروه قبل و بعد از آموزش از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.01$ ). در حالی که تغییر نمرات آگاهی گروه شاهد از ۱۳/۸ درصد به ۱۴/۹ درصد هیچ گونه تغییر آماری معنی داری را نشان نداد (جدول شماره ۱).

از نظر وضعیت عملکرد تغذیه‌ای یافته‌های

**جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی آگاهی تغذیه‌ای قبل و بعد اجرای برنامه آموزشی**

گروه وضعیت	مورد		شاهد	
	قبل	بعد	قبل	بعد
تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
ضعیف (۰-۲۰)	۳۹/۳	۴	۲۸/۷	۳۱
متوسط (۲۰-۳۰)	۴۶/۱	۴۶	۵۷/۵	۴۳
خوب (بیشتر از ۳۰)	۱۴/۶	۳۹	۱۳/۸	۱۳
امتیاز آگاهی	۲۳/۶۱±۶/۲۱	۳۰/۶۲±۴/۹۶	۲۴/۱۸±۵/۳۸	۲۴/۶۲±۵/۸۴
	p<۰/۰۱		p>۰/۰۵	

گروه مورد: گروهی که تحت آموزش قرار گرفتند. گروه شاهد: گروهی که تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفتند. - امتیاز آگاهی بر اساس انحراف معیار تعیین‌کننده می‌باشد. - بین نمره آگاهی پس از آموزش در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار مشاهده شد (p<۰/۰۱).

پژوهش نشان می‌دهد که قبل از اجرای برنامه آموزشی تنها ۲/۳ درصد (۲ نفر) در گروه مورد و ۳/۵ درصد (۳ نفر) در گروه شاهد در وضعیت خوب عملکرد تغذیه‌ای و ۱۴/۶ درصد گروه مورد (۱۳ نفر) و ۱۹/۵ درصد (۱۷ نفر) گروه شاهد هم در وضعیت متوسط عملکرد تغذیه‌ای قرار داشتند. در حالی که پس از اجرای برنامه آموزشی مجموع افرادی که در وضعیت متوسط و خوب عملکرد تغذیه‌ای قرار داشتند در گروه

**جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عملکرد تغذیه‌ای قبل و بعد اجرای برنامه آموزشی**

گروه وضعیت	مورد		شاهد	
	قبل	بعد	قبل	بعد
تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
ضعیف (۰-۲۰)	۸۳/۳۱	۳۷	۷۷	۶۶
متوسط (۲۰-۳۰)	۱۴/۶	۴۵	۱۹/۵	۱۸
خوب (بیشتر از ۳۰)	۲/۳	۷	۳/۵	۳
امتیاز آگاهی	۱۵/۲۳±۷/۶۲	۱۴/۶۷±۷/۳۱	۱۹/۹۸±۷/۶۳	۱۳/۱۹±۷/۰۸
	p<۰/۰۱		p>۰/۰۵	

گروه مورد: گروهی که تحت آموزش قرار گرفتند. گروه شاهد: گروهی که تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفتند. - امتیاز آگاهی بر اساس انحراف معیار تعیین‌کننده می‌باشد. - بین عملکرد تغذیه‌ای پس از آموزش در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

## جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مصرف صبحانه قبل و بعد اجرای برنامه آموزشی

وضعیت	گروه		مورد		شاهد	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
هرگز	۷۴	۸۳/۳۱	۳۷	۴۱/۵	۶۷	۷۷
نامنظم	۱۳	۱۴/۶	۴۵	۵۰/۶	۱۷	۱۹/۵
همیشه	۲	۲/۳	۷	۷/۹	۳	۳/۵
Pvalue			p<۰/۰۱		p>۰/۰۵	

گروه مورد: گروهی که تحت آموزش قرار گرفتند. گروه شاهد: گروهی که تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفتند. - امتیاز آگاهی بر اساس انحراف معیار میانگین می باشد. - بین عملکرد تغذیه ای پس از آموزش در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی دار مشاهده گردید ( $p < 0/01$ ).

حالی که یافته های تحقیق پس از اجرای برنامه آموزشی نشان می دهد که این میزان در گروه مورد به ۶۳/۲ درصد میان وعده سالم مانند میوه و سبزی، نان و پنیر، شیر و لبنیات و غیره بهبود پیدا کرده است. نتایج بررسی با استفاده از آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری را نشان داد ( $p < 0/01$ ).

## بحث:

بطور کلی بررسی های انجام شده در مورد وضعیت تغذیه ای دانش آموزان داخل کشور نشان دهنده پایین بودن میزان آگاهی و عملکرد تغذیه ای این گروه سنی می باشد و اکثر محققین بر لزوم آموزش تغذیه بویژه از مقطع ابتدایی تأکید داشته اند. افزایش میزان آگاهی تغذیه ای گروه مورد بعد از اجرای برنامه آموزشی نشان دهنده تأثیر آموزش بر آگاهی تغذیه ای است و بین میزان آگاهی تغذیه ای دانش آموزان قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی همانند مطالعه ای که یزدانپرست در اصفهان انجام داد، اختلاف معنی داری مشاهده شد (۲).

مورد به ۵۸/۵ درصد (۵۲ نفر) رسید و در گروه شاهد به ۲۴/۱ درصد (۲۱ نفر) افزایش یافت. آزمون آماری کای معنی دار بودن اختلاف نمرات عملکرد قبل و بعد از آموزش در گروه مورد را تأیید می کند ( $p < 0/01$ ). در حالی که در گروه شاهد عملکرد تغذیه ای دانش آموزان از نظر آماری تغییرات معنی داری را نشان نمی دهد (جدول شماره ۲).

در خصوص مصرف صبحانه پس از اجرای برنامه آموزش بهداشت تعداد افرادی که همیشه صبحانه می خوردند و در واقع عادت مصرف صبحانه بطور دائمی در آنها ایجاد شد از ۴۵ درصد در گروه مورد (۴۰ نفر) به ۶۰/۲ درصد (۵۳ نفر) افزایش پیدا کرد آزمون آماری کای اسکوتر  $p < 0/05$  با معنی دار بودن این اختلاف را تأیید می کند ولی در گروه شاهد آزمون اختلاف معنی داری را نشان نداد (جدول شماره ۳).

در ارتباط با مصرف میان وعده های غذایی نتایج بررسی نشان داد که در دانش آموزان قبل از اجرای برنامه آموزشی ۷۸/۵ درصد و در گروه شاهد ۷۳/۷ درصد میان وعده نامناسب مانند پفک، شیرینی جات، شکلات، لواشک، آدامس و غیره مصرف می کردند در

میانگین نمرات عملکرد تغذیه ای قبل و بعد از اجرای آموزش با استفاده از آزمون آماری t زوجی نشانگر ارتباط آماری قوی و تأثیر برنامه آموزشی در تغییر رفتار و ایجاد رفتارهای مثبت بود ( $p < 0/01$ ).

در بررسی Vazquez و همکاران در اسپانیا نشان داد که بعد اجرای مداخله آموزشی در مصرف خوراکی هایی نظیر تنقلات بی ارزش تغییر و اصلاح به عمل آمده در حالی که مصرف ناچیز شیر، لبنیات، ماهی و میوه و سبزی بهبود پیدا کرده است (۱۵).

همچنین در بررسی Colliza در سال ۱۹۹۵ بر روی ۱۲۷ دانش آموز ۱۰ تا ۱۲ ساله تحت عنوان انتخاب های غذایی دانش آموزان ابتدایی میزان آگاهی و عملکرد تغذیه ای دانش آموزان مورد ارزیابی قرار گرفت. به همین منظور دو دسته دوازده تایی از فهرست خوراکی های بی ارزش و با ارزش در اختیار آنها قرار گرفت. دانش آموزان با وجود آنکه از لیست مزبور خوراکی های با ارزش را انتخاب می نمودند ولی در عمل بطور روزمره بیشتر از خوراکی های بی ارزش استفاده می کردند. محققین بر لزوم برنامه های آموزشی با هدف آگاه سازی و تغییر و اصلاح عملکرد تغذیه ای این گروه سنی در مدارس تأکید فراوان داشتند (۱۶).

در مطالعه مشابه در دو استان یونان که برنامه آموزش بهداشت و تغذیه به مدت دو سال در ۴۱۷۱ نفر از دانش بچه های مدارس ابتدایی با هدف افزایش آگاهی دانش آموزان و والدین آنها در زمینه فوق الذکر انجام شد، نتایج حاکی از تأثیر برنامه آموزشی بر سطح LDL و تری گلیسرید خون در گروه مداخله و ارتقاء اطلاعات بهداشتی والدین و خود دانش آموزان و همچنین افزایش فعالیت بدنی آنها بطور معنی داری بود (۱۷).

نتایج بررسی میان وعده های مصرفی در مدارس

ابتدایی آلمان نشان داد که ۲۷/۴ درصد میان وعده های مصرفی آنها سبب پوسیدگی دندان شده یا جهت بهداشت عمومی فرد مضر است و موادی مانند میوه و نان و شیر در مدارس اصلاً مصرف نمی شد (۱۸).

Freiel و همکارانش در ارزیابی برنامه آموزشی تغذیه ای پی بردند که بین رفتار بچه ها و سطح انتخاب غذایی آنها بعد از اجرای برنامه از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد و سطح آگاهی آنها نسبت به سنجش اولیه زیاد و مصرف میان وعده های شور بسیار کم شده بود (۱۹).

در بررسی لیل بر دبار با مقایسه عادات غذایی و میزان آگاهی دانش آموزان در مورد تغذیه مشخص شد که آموزش، بر این امر تأثیر بسیاری دارد و آزمون های آماری ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات و شغل پدر و مادر، تعداد افراد خانواده و تأثیر آموزش در رابطه با آگاهی از تغذیه نشان داد (۲۰).

در بررسی مهین نظری، نتایج حاکی از اختلاف معنی دار بین استفاده از مواد غذایی گوناگون و صرف صبحانه در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله آموزشی بود (۲۱) همچنین بررسی مقدم نشانگر مؤثر بودن مداخلات تغذیه ای در حافظه کوتاه مدت و به یاد سپاری مطالب بود (۲۲).

مطالعه ای که در ایرلند به عنوان بررسی روش آموزش کودک به کودک جهت افزایش میان وعده های بهداشتی مصرفی در بچه های مدارس ابتدایی صورت گرفت. پس از اجرا در میزان آگاهی دانش آموزان در خصوص میان وعده ها افزوده شد و نسبت برابری از گروه شاهد و مورد قادر به تشخیص میوه، سبزیجات، ساندویچ و ماست کم چرب، شیر و آب به عنوان مواد غذایی سالم جهت میان وعده بودند (۲۳).

اهمیت مصرف صبحانه از دیرباز در کودکان مورد توجه قرار گرفته است و صبحانه معمولاً در آنها فراموش شده یا به ندرت مصرف می شود و لذا در

رفتارهای صحیح تغذیه‌ای در این دوران بر تندرستی سالهای بعد تأثیر می‌گذارد. همچنین محیط مدرسه نقش بسیار مهمی در انتقال عادات تغذیه‌ای سالم یا ناسالم به ویژه در زمینه مصرف میان وعده‌های غذایی دارند. ضرورت برنامه‌های آموزش تغذیه در مدارس بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌گیرد تا ضمن شکل‌گیری عادت‌های تغذیه‌ای سالم از دوران کودکی و نوجوانی ارتقاء تندرستی نسل آینده نیز بیشتر تأمین شود. شکی نیست که اگر کودکان در آموزش بهداشت سهیم شوند و نقش فعالی را بر عهده بگیرند، خود به درک بهتری از این مفاهیم خواهند رسید. بی‌شک یکی از زیباترین ابعاد مشارکت مردم در تغییر و اصلاح اوضاع بهداشتی درگیری فعال کودکان و دانش‌آموزان است.

### نتیجه‌گیری:

با توجه به نتایج این بررسی و نظر به اهمیت و نقش مهم دانش‌آموزان به عنوان بستر آتی کشور و کم‌هزینه بودن فعالیت‌های آموزش بهداشت نسبت به سایر فعالیت‌ها در این زمینه لزوم تعمیم این گونه برنامه‌های آموزش و بسط آن ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی کسانی که ما را در این مقاله یاری نمودند قدردانی می‌گردد.

کارآیی جسمی و روحی آنها تأثیر نامطلوب خواهد داشت (۲۴). هر چند تاکنون برآورد دقیقی از تعداد دانش‌آموزانی که صبحانه خورده‌اند یا با حالت گرسنه در کلاس حاضر می‌شوند وجود ندارد، اما این موارد در کشورهای در حال توسعه یک وضعیت فراگیر محسوب می‌شود. تحولات تغذیه‌ای که در چند دهه گذشته در کشور ما ایجاد شده است جنبه‌های مثبت و منفی متعددی داشته است. از یک سو ارتقاء بهداشت و بالا رفتن قدرت نگهداری مواد غذایی، امکانات خوب حمل و نقل و توزیع موجب ایجاد تنوع غذایی در میان مردم نقاط مختلف کشور شده است. از سوی دیگر مصرف نوشابه‌های گازدار، شیرینی‌ها، شکلات و انواع تنقلات مثل پفک و چیپس بر روی سلامتی مردم تأثیر منفی گذاشته است، از سوی دیگر رفتارهای ناسالم تغذیه‌ای کودکان که در بین آنها بسیار شایع است مصرف فراوان خوراکی‌های آماده و تنقلات می‌باشد که بدلیل طعم جذاب آنها، آماده بودن، قیمت مناسب و عدم زحمت در خوردن آنها در اوقات فراغت می‌باشد. همین تنقلات بویژه شیرینی‌ها و نوشابه‌ها به دلیل برطرف کردن حس گرسنگی کودک، او را از خوردن غذاهای اصلی باز می‌دارد و مصرف مواد شیرین باعث پوسیدگی دندان می‌گردد.

از آنجایی که عادات و الگوهای تغذیه‌ای در سنین پیش دبستان و دبستان شکل می‌گیرد و

### منابع:

۱. حلم سرشت پرورش، دل‌پیشه اسماعیل. اصول تغذیه و بهداشت مواد غذایی. چاپ دوم. تهران: انتشارات چهر. ۱۳۷۴. ۱۵۶.
2. World cancer research fund. For snacking health into your snacks. London, England. 1998.
۳. حسینی پورعبداللهی پروین. مشکلات تغذیه‌ای کودکان در سنین مدرسه، نشریه علمی فرهنگی تحقیقاتی زیتون. ۱۳۷۷. ۲: ۲۴.

۴. یزدانپرست بیژن. بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت در تغییر رفتارهای تغذیه ای دانش آموزان ابتدایی اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۷۸.
۵. حسینی محمدرضا. وضعیت تغذیه کودکان و سیاست های تغذیه ای یونسف، چهارمین کنگره تغذیه ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۹.
۶. سیاری علی اکبر، شیخ الاسلام ربابه، تقوی محسن، عبدالهی زهرا، کلاهدوز فریبا. بررسی شیوع انواع سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال مناطق شهری و روستایی کشور. مجله پژوهنده. ۱۳۷۹. ۲۰(۵): ۴۰۹.
۷. گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کودک سالم. چاپ اول. تهران: انتشارات نور دانش. ۱۳۷۸. ۸۲.
8. Perry CL, Zauner M, Oakes JM, Taylor G, Bishop DB. Evaluation of a theater production about eating behavior of children. *J Sch Health*. 2002 Aug; 72(6): 256-61.
۹. کارین اچ رایسنسون. اما اس وایگلی. دانا اچ مولر. اصول تغذیه رایسنسن. ترجمه: ناهید خلدی. چاپ سوم. تهران: انتشارات سالمی. ۱۳۷۸. ۲۱۵.
۱۰. حق ویسی علی اکبر. فرشید مقدم معصومه. تأثیر مصرف صبحانه در مدارس بر بهبود عملکرد دانش آموزان، فصلنامه علمی و بهداشتی ره‌آورد سلامت. ۱۳۸۲. ۲(۱): ۲۷-۲۱.
۱۱. قاسمی حمید. رشد جسمی کودکان دبستانی در شهر و روستا، بهداشت ایران. ۱۳۵۶. ۴(۶): ۳۵-۲۲.
۱۲. پور عبدالهی پروین، قائم مقامی سید جمال. ارزیابی عادات تغذیه ای صبحانه خوردن بین دانش آموزان مدارس ابتدایی ناحیه چهارم آموزش و پرورش شهر تبریز، سومین کنگره تغذیه ایران، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۷۳.
۱۳. انصاری نگار. بررسی میزان تأثیر آموزش تغذیه میان وعده به مادران در تغییر رفتار فرزندان دانش آموز آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، گروه آموزش بهداشت. ۱۳۸۳.
۱۴. نظری مهین. ارزیابی تأثیر آموزش بهداشت بر الگوی مصرف مواد غذایی و صرف صبحانه در مدارس ابتدایی شهر چابهار، مجله علمی تخصصی آموزش بهداشت. ۱۳۸۲. ۱(۲): ۲۳-۱۹.
15. de Cos AI, Vazquez C, Gargallo M, Larranaga J, Sola D, Muro E, et al. The consumption of commercial foods in childhood. The influence of a nutritional information program. *Nutr Hosp*. 1992 May-Jun; 7(3): 191-9.
16. Colizza DF, Colvin SP. Food choices of healthy school-age children. *J Sch Nurs*. 1995 Dec; 11(4): 8-17, 20.
17. Manios Y, Moschandreas J, Hatzis C, Kafatos A. Evaluation of a health and nutrition education program in primary school children of Crete over a three-year period. *Prev Med*. 1999 Feb; 28(2): 149-59.
18. Van Steenkiste M, Zomotor S. Snack breaks in primary and vocational schools of the Rems-Murr district. *Gesundheitswesen*. 1998 Feb; 60(2): 102-6.
19. Freiel S, Kelleher C, Campbell P, Nolan G. Evaluation of the nutrition education at primary school (NEAPS) programme. *Public Health Nutr*. 1999 Dec; 2(4): 249-55.
۲۰. بردبار لیلا. بررسی تأثیر آموزش بر عادات غذایی و میزان آگاهی دانش آموزان کلاسهای چهارم و پنجم در مورد تغذیه منطقه دو تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۵.

۲۱. نظری مهین. ارزشیابی تأثیر آموزش بهداشت بر الگوی مصرف مواد غذایی و صرف صبحانه در مدارس شهر چابهار، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۳.
۲۲. مقدم بنایم ناهید الملوک. تأثیر مصرف میان وعده های غذایی در مدرسه بر توانایی یادگیری کودکان دبستانی منطقه ۱۸ تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۵.
23. Freeman R, Bunting G. A child to child approach to infants and toddlers. J Am Diet Assoc. 2004; 104(1): 65-70.
24. Cataldo CB, Debruyne LK, Whitney EN. Nutrition and diet therapy: principle and practices. 4<sup>th</sup> ed. London: West Pub Company; 1995. p. 406-70.