

## اثر بخشی آموزش ترکیبی بهداشت بر ارتقاء بهداشت مدارس از دیدگاه معلمان، مدیران و والدین در دوره کرونا و پسا کرونا

**نویسنده اول:** مسرور محمدیان اهرابی، دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش ابتدایی، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران masahrabi97@gmail.com

**نویسنده دوم و مسئول:** دکتر احمد اکبری، استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران Akbari.180@iau.ac.ir

**نویسنده سوم:** دکتر سوسن رحیمی، استادیار گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران susanrahimi7@gmail.com

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش ترکیبی بهداشت بر ارتقاء بهداشت مدارس از دیدگاه معلمان، مدیران و والدین در دوره کرونا و پسا کرونا بود. جامعه آماری این تحقیق شامل ۱۵ نفر از مدیران مدارس ابتدایی ۴۵ معلم و ۹۰ نفر از والدین سما ناحیه ۶ شهرستان مشهد می باشد. به منظور تعیین حجم نمونه با بهره گیری از جدول مورگان تعداد ۱۴ نفر از مدیران، ۴۰ معلم و ۷۳ نفر از والدین به عنوان نمونه با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبی انتخاب شد. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن توسط متخصصان تایید شد و پایایی آن نیز ۰/۷۸ بود، استفاده گردید. اطلاعات جمع آوری شده در قالب آمار توصیفی و استنباطی و با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS و smartpls3 و روش آماری مدل سازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که آموزش بهداشت بر ارتقاء بهداشت مدارس در دوران کرونا و پسا کرونا موثر می باشد.

کلمات کلیدی: بهداشت، آموزش ترکیبی، معلمان

### مقدمه

بهداشت یکی از مسائل مهمی است که امروزه در مدارس بسیار مورد توجه قرار می گیرد، چرا که سلامت دانش آموزان به آن وابسته است و نه تنها به خود دانش آموزان بلکه به شرایط مدرسه نیز مربوط می شود و در صورت عدم رعایت آن، آسیب های جبران ناپذیری به مریبان، دانش آموزان و تمام جامعه خواهد رسید. برای رعایت بهداشت در مدرسه لازم است که همه ی معلمان و مریبان دست در دست هم دهند. چرا که رعایت

بهداشت تنها توسط یک عده‌ی محدودی، نمی‌تواند مؤثر باشد. آبله مرغان، اوریون و سرماخوردگی از جمله بیماری‌های واگیرداری هستند که در مدارس شیوع پیدا می‌کنند. برای جلوگیری از این بیماری‌ها بهتر است دانش‌آموز به مدرسه نیاید تا بهداشت در مدرسه رعایت شود. کودکان سرمایه‌های اصلی هر کشوری می‌باشند و پرورش آنها از اهداف اصلی برنامه‌های توسعه اجتماعی، اقتصادی می‌باشد. برای دستیابی به اهداف توسعه باید تامین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کودکان به عنوان ضرورت و اولویت برنامه‌های توسعه ای مورد توجه قرار گیرد. بعد از خانواده مدرسه مهمترین نقش را در سلامت کودک دارد. رعایت حقوق هر دانش‌آموز پیرامون داشتن آب سالم و پاکیزه، سیستم‌های دفع بهداشتی مناسب و همچنین آموزش بهداشت یکی از مهمترین مسائلی است که سیاست‌گذاران و مدیران مدارس می‌بایست به آن توجه داشته باشند (زهتاب یزدی، ۱۳۹۳).

آموزش‌های بهداشتی در مدارس، بر ارتقای سطح بهداشت فردی، بهداشت عمومی و سلامت روانی دانش‌آموزان مؤثر است و هرچه دانش‌آموزان تحت تأثیر آموزه‌های بهداشتی قرار گیرند و زمان معاینات دوره‌ای بیشتر باشد، بر توانمندی دانش‌آموزان در رعایت اصول بهداشتی فردی و عمومی در جامعه اثر بیشتری خواهد داشت. نتایج بیانگر مؤثر بودن آموزش‌های بهداشتی مدارس در افزایش آگاهی و بهبود نحوه عملکرد دانش‌آموزان در زندگی خود و خانواده بود (روان مهر و همکاران، ۱۴۰۰).

بعد از شیوع کرونا که سبب تعطیلی گسترده مدارس در سطح جهان گردید، به آموزش بهداشت پیش از پیش احساس نیاز شد و مسئولان بهداشتی و مدارس در تمام سطوح اقدام به آموزش بهداشت با روش‌های ترکیبی مختلف در دوران پسا کرونا نمودند. با توجه به شرح آن چه که گذشت در تحقیق فعلی ما به دنبال بررسی اثر بخشی آموزش ترکیبی بهداشت بر ارتقای بهداشت مدارس از دیدگاه معلمان، مدیران و والدین در دوره کرونا و پسا کرونا می‌باشیم.

## مبانی نظری

### معناشناسی و چستی بهداشت

الف) در لغت

مراجعه به کتب لغت دهخدا به ما نشان می‌دهد که واژه بهداشت دارای معانی ذیل است؛ نگاه داشتن تندرستی، حفظ صحّت، وسیله نگهداری سلامت، حفظ سلامت و رعایت حفظ سلامت. شایان ذکر است که این کلمه در فرهنگ‌های انگلیسی به سه صورت نگاشته می‌شود که عبارتند از: Health، Sanitation و Hygiene.

به نظر می‌رسد واژه فارسی بهداشت از دو کلمه «به» به معنای خوب، نیک و «داشت» به معنای حفظ، حمایت، صیانت و نگهداری تشکیل شده است. بر این اساس معنای واژه بهداشت چنین است: نگهداری چیزی به نحو نیکو و پسندیده. بهداشت فرایندی است که از طریق آن هر آنچه برای انسان با ارزش است به نحوی نیکو و مطلوب حفظ و نگهداری می‌شود. بهداشت بدن به معنای نیکو نگه داشتن جسم و تن است و بهداشت روان به معنای نیکو نگه داشتن روان. درون مایه بهداشت حفظ بهینه سلامتی بشر است؛ اعم از بُعد جسمانی یا روانی. علم بهداشت و طب به ما تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی می‌دهد تا بتوانیم جسم و روان را به نحوی شایسته نگهداری کنیم (محسنی، ۱۳۸۲).

(ب) چستی

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در رابطه با بهداشت به مؤلفه‌هایی از قبیل افزایش طول عمر، آموزش بهداشت، ارائه خدمات پزشکی و تأمین وسایل زندگی اشاره می‌کند. بهداشت حالت سلامتی کامل در بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است. آنچه در بهداشت مهم است فقط درمان نیست بلکه پیشگیری جایگاه ویژه‌ای دارد و حتی می‌تواند از درمان مهمتر تلقی شود. براساس نظر سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بهداشت فقط فقدان بیماری نیست بلکه حالت بهبودی و کامل به حساب می‌آید. مناسب است تعریف آن سازمان را از بهداشت ببینیم:

بهداشت عبارت است از علم و فن پیشگیری از بیماری‌ها، افزایش طول عمر، آموزش بهداشت فردی به اشخاص، ارائه خدمات پزشکی و پرستاری به منظور تشخیص فوری درمان، توسعه و تکمیل خدمات اجتماعی جهت رفع نیازهای مردم و تأمین وسایل زندگی به نحوی که هر فرد بتواند از سلامت و طول عمر بیشتری برخوردار گردد. بهداشت، حالت بهبود و سلامت کامل جسمانی و روانی و اجتماعی است و تنها به فقدان بیماری یا عدم نقض عضو محدود نمی‌شود (شهیدی، حمدیه، ۱۳۹۴).

### آموزش ترکیبی و رویکردهای آن

با توجه به نام این روش می‌توان دریافت که روشی جهت آموزش است که هم مبتنی بر آموزشی مجازی و هم آموزش سنتی است. یادگیری ترکیبی برای شما این امکان را فراهم می‌سازد که بهترین روش‌های ممکن را به کار گیرید. با توجه به نوع آموزش مد نظر و نوع محتوایی که قصد ارائه آن را دارید می‌توانید هر دو روش (مجازی و سنتی) را با هم ادغام کرده و استفاده نمایید. با کمک این روش می‌توان با توجه به هدف آموزشی بهترین راهکارها را برای آموزش برگزید (رشیدی بیرگانی و همکاران، ۱۳۹۷).

یادگیری ترکیبی از آن رو مورد استقبال است که مزایای بسیاری برای دانش پذیران، مدرسین، سازمان‌ها و آموزشگاه‌ها به دنبال دارد. دانش پذیران اصولاً تمایل دارند که در نحوه آموزش انعطاف بیشتری وجود داشته باشد. از طریق این روش و با ترکیب آموزش سنتی و آنلاین می‌توان یادگیری سریع تری اتخاذ کرد. مشکلاتی مانند کمبود بودجه، نداشتن مدرس به تعداد کافی و همچنین نیاز به رسیدگی به تعداد بالایی دانش پذیر، دلایلی هستند که نیاز به روش‌های ترکیبی را بیشتر می‌کند (بیوار، ۲۰۱۵).

برخی از رویکردهای آموزش ترکیبی عبارتند از:

#### ۱) ارائه دروس تئوری و آزمایشگاهی

یکی از رویکردهای آموزش تلفیقی ارائه دروس تئوری به صورت الکترونیکی است. در برخی موارد، فناوریهای اطلاعات و ارتباطات تنها به عنوان یک ابزار کمک آموزشی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. به عنوان مثال، روش از تکنولوژیهای در یک مطالعه در ژاپن، استفاده از یک لوح فشرده برای آموزش سلامت دهان سالمندان به دانشجویان پزشکی و دندان پزشکی باعث افزایش معناداری در دانش و مهارت شرکت‌کنندگان شده بود (کیانومی، ۲۰۰۴). در یک مطالعه هم که از آموزش به کمک رایانه در تدریس معاینه فیزیکی شکم استفاده شده بود، مشخص شد که این روش به دانشجویانی که در یادگیری ضعیف می‌باشند، کمک بیشتری می‌کند (سیستنی، ۱۹۹۵).

#### ۲) ارائه برنامه‌های شبیه‌سازی

یکی دیگر از رویکردهای آموزش تلفیقی شبیه‌سازی است. استفاده از نرم‌افزارهای شبیه‌سازی کاهش هزینه‌ی بسیاری را در پی دارد. به عنوان مثال در دانشگاه بوفالو جسد شبیه‌سازی شده به جای نمونه واقعی آن برای آموزش به کار می‌رود. دانشگاه پنسیلوانیا برای آموزش نحوه گرفتن مایع مغزی نخاعی از نرم‌افزارهای شبیه‌سازی استفاده می‌کند. کارآموزان با استفاده از این نرم‌افزار فشار و مقاومت بافت‌های مختلف بدن را در هنگام برخورد وسیله مشاهده کرده و با گرفتن بازخورد از برنامه، میزان پیشرفت خود را اندازه‌گیری می‌کنند. نرم‌افزار شبیه‌سازی دیگری نیز برای آموزش کوله سیستمی شکمی مورد استفاده قرار می‌گیرد که در آن واکنش هر بافت در هنگام برخورد با وسیله جراحی محاسبه شده و به جراح نشان داده می‌شود (خزاعی و همکاران، ۱۳۹۱).

#### ۳) آموزش پزشکان و به اشتراک گذاری اطلاعات

یکی دیگر از مزایای آموزش تلفیقی، تحت آموزش قرار دادن پزشکان است. به عنوان مثال در یک مطالعه میزان تأثیر محیط‌های آموزشی به کمک کنفرانس تحت وب (Web conferencing) بر روی افزایش دانش پزشکان خانواده به مدت سه سال متوالی انجام گرفت (کوک و همکاران، ۲۰۰۸). در این مطالعه، پزشکان خانواده

اطلاعات خود را در کنفرانسهای هفتگی با پزشکان دیگر در میان گذاشتند و سپس میزان اثربخشی این کنفرانس ها را در افزایش دانش خود ارزیابی کردند. نتایج این ارزیابی نشان دادند با آنکه این افراد در ابتدا برقراری ارتباط به صورت رو در رو و حضوری را ترجیح می دادند، به مرور به برقراری ارتباط تحت وب علاقه پیدا کردند. پزشکان دریافتهند برقراری کنفرانس تحت وب در میان مکانهایی با فاصله ی زیاد، سریعتر و با هزینه کمتری انجام می شود و همین امر در نهایت منجر به افزایش تعداد کنفرانسهای تشکیل شده نسبت به کنفرانسهای حضوری شد. و در نتیجه، افزایش تعداد کنفرانسها، به اشتراک بیشتر اطلاعات منجر شد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱).

۴) ارائه برنامه های آموزشی برای عموم جامعه

آموزش الکترونیکی در سالهای اخیر نقش مؤثری در افزایش آگاهی عموم افراد جامعه در مورد سلامت ایفا می کند (فرنک، ۲۰۱۰). روشهای الکترونیکی و ایجاد پایگاههای مبتنی بر دانش شانس افراد را برای یادگیری روشهای سلامت خصوصاً در کشورهای در حال توسعه افزایش می دهد به عنوان مثال مرکز آموزش الکترونیکی جهانی برنامه های آموزشی مرتبط با سلامت عمومی را به منظور افزایش آگاهی افراد جامعه بر روی وب قرار داده است. به طور مشابه، یک برنامه عمومی آموزش از راه دور برای جلوگیری عموم مردم از سوء مصرف الکل برقرار شده است. این برنامه به صورت یک محیط آموزشی تحت وب شامل نرم افزارهای سه بعدی گرافیکی، بازی های الکترونیکی و همچنین اتاقهای کنفرانس است و آگاهی های لازم را در مورد الکلیسم و سوء مصرف الکل در اختیار عموم افراد و به خصوص جوانان قرار می دهد (پیرا، ون، ۲۰۰۹).

بررسی دانشگاههای مختلف پزشکی نشان می دهند کاربرد آموزش ترکیبی به عنوان یک برنامه مورد توجه حوزه ی آموزش علوم پزشکی سرتاسر دنیا قرار گرفته است. در برخی از دانشگاهها دروس علوم پایه نظری و عملی به صورت تلفیقی از کلاسهای حضوری و الکترونیکی به دانشجویان آموزش داده می شوند. نتایج تحقیقات نشان می دهند استفاده از فناوری های اطلاعات و ارتباطات در آموزش دروس، علاوه بر کلاسهای حضوری، در بهبود یادگیری دانشجویان بسیار مؤثر هستند. در این دانشگاهها، ارائه برخی از آموزشها نیز با استفاده از برنامه های شبیه سازی شده انجام می گیرد. برنامه های شبیه سازی شده به دلیل کاهش در هزینه ها و افزایش در سرعت یادگیری مورد توجه بسیاری از برنامه ریزان آموزشی قرار دارند. آموزش ترکیبی در برخی دانشگاهها نیز به صورت آموزش کادر پزشکی و به کمک ایجاد محیطهای تعامل مجازی انجام می گیرد. در این روش، متخصصین حوزه سلامت تعاملات بیشتر و سریعتری با یکدیگر برقرار می کنند. برقراری ارتباطهای بیشتر کمک بسیار بالایی به اشتراک اطلاعات و به روز رسانی آنها می نماید. همچنین، محیطهای آموزشی مجازی به متخصصان این امکان را می دهد که در هر جا و هر زمان قادر باشند دانش و مهارت خود را منطبق با

علم روز افزایش دهند. یک رویکرد بسیار مهم دیگر در آموزش تلفیقی، ارائه آگاهی‌های همگانی برای بیماران و عموم مردم می‌باشد. در حال حاضر دسترسی به اطلاعات الکترونیکی به سهولت انجام می‌گیرد، در حالیکه برگزاری کلاس برای تمام افراد کاری مشکل و هزینه بر است. به همین دلیل روشهای الکترونیکی و ایجاد پایگاههای مبتنی بر دانش شانس افراد را برای یادگیری روشهای سلامت خصوصاً در کشورهای در حال توسعه افزایش می‌دهد( خزاعی وهمکاران،۱۳۹۱).

### پیشینه تحقیق

پیربدایی و همکاران (۱۴۰۲) در تحقیقی با عنوان اثر بخشی بسته آموزش مجازی توانمندی علمی پرستاران در مقابله با بحران کووید- ۱۹ به این نتیجه رسیدند که آموزش مجازی روش مناسبی برای توانمند سازی علمی پرستاران در مقابله با بحران کووید ۱۹ است.

آهنگری و همکاران (۱۴۰۲) در تحقیقی با عنوان بررسی مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران: یک مرور نظام مند دریافتند که مرور نظام مند مطالعات حوزه مدارس ارتقاء دهنده سلامت از کمیت و کیفیت لازم برخوردار نیستند. با توجه به اهمیت موضوع مدارس ارتقاء دهنده سلامت، انجام مطالعات با کیفیت تر و اقدامات حمایتی بیشتر از سوی سازمان های مرتبط در این حوزه ضروری است.

استوکس (۲۰۲۰) در تحقیقی با عنوان بررسی وضعیت بهداشت محیط مدارس مقطع متوسطه به این نتیجه رسید که بهداشت محیط مدارس یکی از عوامل تاثیر گذار در سلامت دانش آموزان و وضعیت تحصیلی آنان است. لذا این مطالعه با هدف بررسی وضعیت بهداشت محیط مدارس و مقایسه آن با استانداردها و و شاخص ها انجام گرفت. نتایج نشان دادند که مدارس مورد بررسی در بعضی از شاخص ها با استانداردهای کشوری ایمنی و بهداشت محیط فاصله دارند. لذا باید توجه جدی به بهبود استانداردهای بهداشت محیط مدارس مبذول گردد.

بنز (۲۰۱۹) در تحقیقی با عنوان بررسی وظیفه آموزش معلمان در بهداشت فردی مدارس را بررسی نمودند و به این نتیجه رسیدند که نتایج نشان داد که، گروه آزمایش در تمام حیطه های بهداشت فردی، بالارفتن اندازه دانش بالایی را حاصل نموده اند. گروه گواه در همه این موارد پایین آمدن اندازه آگاهی را نشان دادند. بین بالارفتن اندازه دانش، دانش آموزان در گروه آزمون با افزایش شماره نواحی آموزش و پرورش و نیز وجود مراقبان بهداشت در مدرسه رابطه مستقیم معنی داری دارد. در مورد معلمان، معلمان زن درصد افزایش آگاهی زیادی را برای شاگردان شان به دنبال آوردند.

## روش تحقیق

در تحقیق حاضر به منظور گردآوری اطلاعات محقق به صورت میدانی و با استفاده از پرسشنامه اقدام به گردآوری اطلاعات از جامعه آماری مورد نظر خواهد کرد. بنابراین تحقیق از نوع زمینه یابی می باشد. همچنین تحقیق حاضر از نوع تحقیقات علی می باشد چرا که محقق به دنبال سنجش اثر متغیر مستقل بر وابسته است. جامعه آماری این تحقیق شامل ۱۵ نفر از مدیران مدارس ابتدایی ۴۵ معلم و ۹۰ نفر از والدین سما ناحیه ۶ شهرستان مشهد می باشد. به منظور تعیین حجم نمونه با بهره گیری از جدول مورگان تعداد ۱۴ نفر از مدیران، ۴۰ معلم و ۷۳ نفر از والدین به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای نسبی انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال می باشد که پایایی محاسبه شده آن نیز برابر ۰/۷۸ گزارش شده است. اطلاعات جمع آوری شده در قالب آمار توصیفی و استنباطی و با بهره گیری از نرم افزارهای آماری SPSS و PLS و روشهای آماری مدل سازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ادامه مولفه های مربوط به پرسشنامه مورد استفاده در قالب جدول ذکر شده است.

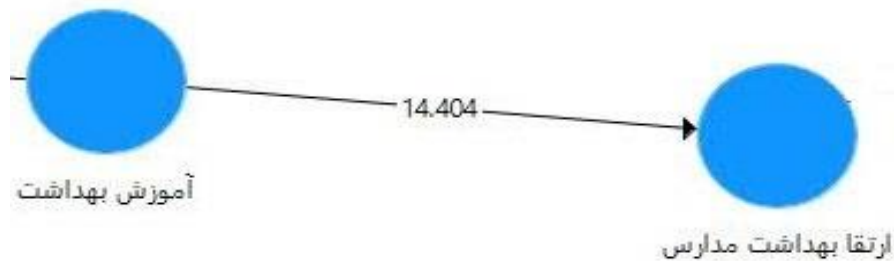
جدول ۱ مولفه های پرسشنامه محقق ساخته

مؤلفه	شماره سوال
آموزش	۱,۲,۶
جنبه های آموزشی	۳,۴,۵
برنامه آموزشی	۷,۸,۹,۱۰,۱۱,۱۲,۱۳
روشهای آموزش ترکیبی	۱۴,۱۵,۱۶,۱۷,۱۸,۱۹,۲۰

## یافته های تحقیق

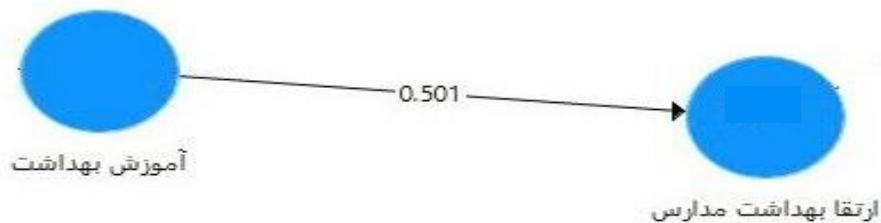
## فرضیه تحقیق

آموزش ترکیبی بهداشت در دوران کرونا و پسا کرونا بر ارتقا بهداشت مدارس موثر می باشد.



### شکل ۲ ضریب مسیر آموزش بهداشت و ارتقا بهداشت

همان‌گونه که در شکل ۲ مشاهده می‌گردد، ضرایب مسیر میان متغیر آموزش بهداشت و ارتقا بهداشت برابر (۱۴,۴۰۴) است که در سطح خطای ۰/۰۵ بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد. همچنین همان‌گونه که در شکل ۳ مشاهده می‌گردد ضریب مسیر بارهای عاملی استاندارد شده بین آموزش بهداشت و ارتقا بهداشت برابر (۰/۵۰) است. این مطلب بیانگر آن است که آموزش ترکیبی بهداشت در دوران کرونا و پسا کرونا به میزان ۵۰ درصد از تغییرات ارتقا بهداشت را تبیین می‌نماید؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان ادعا نمود که آموزش ترکیبی بهداشت بر ارتقا بهداشت مدارس اثر مستقیم معنی‌داری دارد و فرضیه صفر تحقیق رد و فرض مقابل تأیید می‌گردد.



### شکل ۳ ضرایب t-value متغیرهای آموزش بهداشت و ارتقا بهداشت

## نتیجه‌گیری

بررسی‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مرتبط با فرضیه اول نشان داد که ضرایب مسیر میان متغیر آموزش بهداشت و ارتقا بهداشت برابر (۱۴,۴۰۴) است که در سطح خطای ۰/۰۵ بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد. همچنین ضریب مسیر بارهای عاملی استاندارد شده بین آموزش بهداشت و ارتقا بهداشت برابر (۰/۵۰) است. این مطلب بیانگر آن است که آموزش بهداشت در دوران کرونا و پسا کرونا به میزان ۵۰ درصد از تغییرات ارتقا بهداشت



را تبیین می‌نماید؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان ادعا نمود که آموزش بهداشت بر ارتقا بهداشت مدارس اثر مستقیم معنی داری دارد و فرضیه صفر تحقیق رد و فرض مقابل تأیید می‌گردد.

لازم به ذکر است که نتیجه حاصل از فرضیه تحقیق با نتایج تحقیقات هوا زاده (۱۴۰۰) و بنز (۲۰۱۹) همخوانی داشته و همسو می‌باشد.

در هر مسئله‌ای که از لزوم تغییرسازی بشر در زمینه مسائل تندرستی بحث می‌شود، سریعاً موضوع آموزش بهداشت مطرح می‌شود. همه می‌گویند باید مردم را در مورد موضوع‌های گوناگون بهداشتی آموزش داد. ولی کمتر کسی می‌گویند چطور؟ و اینکه چه قواعدی و اصولی بر عملکردهای آموزش بهداشت حکم فرماست و عوامل تقویت و یا ضعیف کننده رفتارهای مورد تأیید علوم بهداشتی کدام موارد هستند؟ و چطور می‌توان دگرگونی‌های مورد نظر را در رابطه با سلامت آدم‌ها تا آن جا که به او و محیط زندگی مرتبط می‌شود، به دست آورد.

در تبیین نتیجه حاصله از فرضیه تحقیق باید گفت که آموزش و بهداشت عبارت است از «تشویق و ترغیب مردم برای قبول و نگاهداری رفتار و اعمالی که برای ادامه زندگی سالم ضروری است، و هم چنین به کاربردن عقل و منطق برای استفاده صحیح از خدمات بهداشتی که در دسترس آنان است. آموزش بهداشت در آگاه کردن مردم از بیماری‌ها و خطرات آنها نقش اصلی و عمده را دارد. هر چقدر خدمات بهداشتی مختلف از طرف دولت در اختیار مردم قرار گیرد، در صورتی که مردم نسبت به استفاده از آنها آگاهی و اعتقاد نداشته باشند، بی‌ثمر خواهد بود. هیچ برنامه بهداشتی، بدون آموزش موفق نخواهد بود و عدم اطلاع و اعتقاد مردم در مورد برنامه‌های بهداشتی موجب اتلاف وقت، بودجه و نیروی انسانی خواهد بود.

آموزش بهداشت به طور رسمی و غیررسمی از طریق وزارت بهداشت و توسط افرادی که مربی بهداشت نامیده می‌شوند، انجام می‌گیرد. آموزش بهداشت به این افراد محدود نمی‌شود، بلکه تمام افرادی که به نحوی با مردم سر و کار دارند، می‌توانند نقش مهمی، در این امور داشته باشند. یکی از این گروه‌ها، روحانیون هستند که به دلیل تماس مستقیم و نزدیک با مردم قادر به انجام چنین کاری هستند. این افراد می‌توانند در مجالس سخنرانی و یا سایر برنامه‌هایی که در ارتباط با مردم هستند، مطالب و نکات بهداشتی لازم را با آنان در میان بگذارند.

## منابع

۱. آهنگری حمیده، پیمان نوشین، پورطاهری اسماء (۱۴۰۲) بررسی مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران: یک مرور نظام مند. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۱۱ (۱): ۹۴-۱۰۴.
۲. پیربدایی علی اصغر، رحمانی علی، عبادی عباس، خاقانی زاده مرتضی (۱۴۰۲) اثر بخشی بسته آموزش مجازی توانمندی علمی پرستاران در مقابله با بحران کووید-۱۹. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۱۱ (۱): ۴۱-۳۱.
۳. خزاعی شهرام، راشدی الهه، براتی الهه (۱۳۹۱) رویکردهای آموزش تلفیقی در علوم پزشکی: مطالعه مروری. مجله علمی پژوهان ۱۱ (۱): ۱۱-۶.
۴. رشیدی بیرگانی، حسنا، پناهی، رحمان و نیکنامی، شمس الدین (۱۳۹۷) تاثیر آموزش بهداشت دهان و دندان با استفاده از روش ترکیبی بر اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از پوسیدگی دندان در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر کوت عبدالله، یازدهمین همایش دانشجویی تازه های علوم بهداشتی کشور، تهران.
۵. روان مهر فرانک، چیت‌ساز محمد علی، حجازی ناصر (۱۴۰۰) بررسی تأثیر آموزش اصول بهداشتی ارایه شده توسط مربیان بهداشت مدارس بر عملکرد بهداشتی دختران دانش آموز مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷. تحقیقات نظام سلامت ۱۷ (۴): ۲۹۶.
۶. زهتاب یزدی، یاسر (۱۳۹۳) بهداشت مدارس و نقش آن در ارتقاء سلامت دانش آموزان، دومین همایش ملی و تخصصی پژوهش‌های محیط زیست ایران، همدان.
۷. شهیدی، شهریار، حمدیه، مصطفی (۱۳۹۴) اصول و مبانی بهداشت روانی، نشر سمت. تهران.
۸. محسنی، منوچهر (۱۳۸۲) مبانی آموزش بهداشت، نشر طهوری، تهران.
9. Beaver, J. K., Hallar, B., Westmaas, L., & Englander, K. (2015). Blended Learning: Lessons from Best Practice Sites and the Philadelphia Context. Perc, September. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED570360.pdf>.
10. Benz, J. (2019). Investigating the educational role of teachers in personal health of primary schools. Journal of Public Health Management and Practice. 19 (2): 103-09.
11. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM (2008) Internet-based learning in the health professions. JAMA: the journal of the American Medical Association. 10(300 1196-1181.

12. Johnson CM, Corazzini KN, Shaw R (2011) Assessing the feasibility of using virtual environments in distance education. *An International Journal of Knowledge Management and E Learning*. ;2011 16-5 : (1)3.
13. Pereira CA, Wen CL (2009) An interactive distance education model based on motivation for alcohol abuse prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 170-160 :(3)15
14. Qayumi A, Kurihara Y, Ima iM, Pachev G, Seo H, Hoshino Y(2004). Comparison of computer assisted instruction (CAI) versus traditional textbook methods for training in abdominal examination (Japanese experience). *Medical Education*. 1088-1080.
15. Sestini P, Renzoni E, Rossi M, Beltrami V, Vagliasindi M (1995) Multimedia presentation of lung sounds as a learning aid for medical students. *European Respiratory Journal*. 788-783 :(5)8.
16. Stokes, J.; Noren, J.; Shindell, S. (2016). "Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine". *Journal of Community Health*. 8 (1): 33–41.