مقاله پژوهشی

بررسی تاثیر آموزش پیش دبستانی بر آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان اول ابتدایی

سیدحمید شریف نیا[1]، حمید حجتی[2]،مسعود شریف نیا[3]

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۲۵ تاریخ پذیرش:۸۹/۸/۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: سلامتی و تعلیم و تربیت کودکان یکی از مسایل مهم اجتماعی که نقش اساسی در پیشرفت اجتماعی و اقتصادی جامعه دارد مطرح است. این مطالعه جهت تعیین نقش آموزش پیش دبستانی بر آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان اول ابتدایی منطقه۴ تهران انجام گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای مورد-شاهد است. نمونه‌ها شامل ۱۵۲دانش‌آموز اول ابتدایی که شرایط پژوهش را دارا بودند به‌صورت تصادفی طبقه‌بندی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای ۴بخشی با ۵۴سوال بود. برای تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی و استنباطی (آزمونتی مستقل، مجذورکای و آنالیز واریانس) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین آگاهی بهداشتی پسران آموزش دیده و ندیده در زمینه تغذیه (P=۰/۰۰۳)و بهداشت فردی(P=۰/۰۳)، همچنین بین آگاهی بهداشتی دختران آموزش دیده و ندیده در زمینه تغذیه(P=۰/۰۰۵) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. سواد مادران (P<۰/۰۰۰)، سواد پدران (P=۰/۰۲) بر آگاهی‌های بهداشتی کودکان، متغیر گروه بر آگاهی بهداشتی از تغذیه (P<۰/۰۰۰)، پیشگیری از حوادث (P=۰/۰۴) و بهداشت فردی(P=۰/۰۳) نیز معنی‌دار بود. نتایج اختلاف معنی‌دار دیگری را بین متغیرها نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری: براساس نتایج، آموزش کودکان تاثیر بسزایی بر آگاهی‌های بهداشتی دارد. از آنجا که شکل‌گیری رفتار بهداشتی موضوعی چند وجهی بوده و عوامل متفاوتی علاوه بر حضور یا عدم حضور آموزش پیش دبستانی می‌تواند بر آن تاثیر گذار باشد، بررسی همه جانبه این عوامل می‌تواند معیارهای واضح‌تری جهت طراحی برنامه‌های آموزشی موثر کودکان فراهم سازد و پرستاران بهداشت جامعه در مدارس بهترین افراد جهت استفاده بهینه از منابع برای ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد بهداشتی کودکان هستند.

کلید واژه‌ها: آموزش، پیش دبستانی، سلامت کودکان، آگاهی بهداشتی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره دوم، پی در پی ۳۱، خرداد و تیر ۱۳۹۰، ص ۹۶-۹۰

آدرس مکاتبه: بابل، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت زینب (س) تلفن: ۰۹۱۱۱۲۷۵۰۹۳

Email: **h.sharifnia@mubabol.ac.ir**

مقدمه

هدف عمده و پایه‌ای دانش مربوط به رشد و تکامل کودکان، بررسی و شناخت رشد جسمانی و تکامل ذهنی آن‌هاست. شواهد و نتایج علمی حاکی از افزایش بیماری‌های دوران کودکی مثل دیابت، چاقی، استئوپورزیس، بیماری‌های انگلی، حوادث و سوانح است که در دوران پیش از دبستان از شیوع بالایی برخوردار است. از طرفی دیگر بسیاری از عادات نادرست بهداشتی و بیماری‌های دوران بزرگسالی ریشه در تربیت و آگاهی‌های دوران ابتدایی مدرسه دارد (۱). پیلون (۱۹۸۶) آموزش را به عنوان رفتار ارتقا دهنده تکامل بشری و نه فقط به عنوان تکامل فردی تعریف می‌کند. به‌طوری که آموزش با شبکه پیچیده محیطی، روان‌شناختی، بیولوژیکی، اجتماعی - اقتصادی و جنبه‌های جسمانی مرتبط است که می‌تواند موجب پیشگیری از صدمات و حوادث جبران ناپذیر شود (۲).

[1] دانشجوی دوره دکترای پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت آمل(نویسنده مسئول)

[2] کارشناس ارشد پرستاری. عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی آباد کتول

۳ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

رشد و تکامل مناسب کودکان و ایجاد رفتارهای بهداشتی صحیح متضمن حداکثر بقاء سالم و ایجاد نیروهای اجتماعی فعال برای شکوفایی جوامع خواهد بود. بنابراین توسعه آگاهی‌های بهداشتی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر که می‌تواند سلامتی حیات را تهدید کند، در حساس‌ترین دوران زندگی یعنی از بدو تولد تا دوران نوجوانی امری ضروری است. کودکان در سنین پیش از دبستان و سال‌های ابتدایی مدارس گروه مستعدی برای اختلالات تغذیه‌ای و ابتلا به بیماری‌های گوارشی و هم چنین حوادث و سوانح غیر عمدی هستند که البته با شرایط اجتماعی و فرهنگی خانواده و محیط‌های آموزشی آن‌ها کاملاً در ارتباط می‌باشد (۴،۳).

از سال ۱۹۴۰، آسیب‌ها و حوادث بیشترین علت مرگ و میر کودکان سن ۱ تا ۱۹ سال را تشکیل می‌دهد به طوری که ۴۴درصد علل مورتالیتی و موربیدیتی در این سن را شامل می‌شود. مطالعات اتیولوزیی و اپیدمیولوژی طی ۳۰ سال اخیر نسبت به حوادث دوران کودکی حاکی از آگاهی پایین و دقت نظر کم خانواده‌ها و سیستم‌های آموزشی و مراقبتی آن‌ها است (۶،۵). شرمن (۲۰۰۷) بیان می‌کند نبود برنامه بهداشتی مناسب و کفایت پایین آموزش رفتارهای بهداشتی در دوران کودکی منجر به اختلال یادگیری در دوران تحصیل به خصوص افت تحصیلی در مقطع دبستان و به دنبال آن سال‌های بعد می‌شود که لزوم رویکردهای جدی نسبت به برنامه‌های آموزشی و دقت نظر بیشتر در دوران پیش از دبستان را دارد (۷).

آموزش بهداشت در خانه یا مدرسه نقش کلیدی در رشد و تکامل کودکان دارد و از آنجا که آن‌ها مدت زمان زیادی در محیط‌های آموزشی هستند بنابراین جهت پیشرفت عملکرد بهداشتی، محیطی مهم بشمار می‌رود (۸). عملکردهایی که می‌تواند پایه و اساس شیوه صحیح زندگی و در نتیجه نسل سالم باشد (۹). آموزش بهداشت در ایجاد رفتار صحیح بهداشتی اهمیت بسیار دارد و زمانی آموزش کامل خواهد شد که منتهی به رفتار صحیح بهداشتی شود (۱۰).

کودکان در سنین پیش از دبستان جهت بالابردن آگاهی‌های بهداشتی، نیاز به حمایت و آموزش دارند چرا که آموزش بهداشت یکی از اجزای مهم درک مفاهیم بهداشتی است (۱۱). مک کینی می‌گوید: کمکی که ارائه مراقبت‌های بهداشتی به طور صحیح در سنین قبل از مدرسه به سلامتی و بهداشت کودکان در سال‌های بعد می‌نماید نمی‌توان نادیده گرفت (۱۲) از این رو احتیاج به بررسی بیشتر کودکان سنین قبل از مدرسه می‌باشد (۱۳). تمام مراحل رشد کودک احتیاج به مراقبت دارد زیرا هر مرحله رشد به مرحله قبل متکی است. بنابراین عدم تامین نیازهای بهداشتی و سلامتی رشد و تکامل را به تعویق انداخته و تدریجاً ضایعات حاصله از آن بیشتر و جبران آن مشکل‌تر خواهد بود (۱۴). از آنجا که کودکان جزء گروهای آسیب پذیرند و آموزش در پیشگیری از مشکلات و شکل گیری آگاهی‌ها و رفتار بهداشتی نقش دارد، پژوهشگران را برآن داشت تا به بررسی نقش آموزش پیش دبستانی بر آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان اول ابتدایی بپردازند و گام اول جهت ارزیابی تاثیر برنامه‌های آموزشی نسبت به مسایل بهداشتی کودکان برداشته و نتایج حاصل از این پژوهش، پرستاران بهداشت جامعه و مراقبین بهداشتی و همچنین مسئولین مراکز پیش دبستانی را به نقاط ضعف و قوت آموزشی و پرورشی این مراکز آگاه سازد و تلاش‌های خود را در این زمینه سامان بخشند.

مواد و روش کار

در این مطالعه مورد - شاهدی ۱۵۲ دانش آموز اول ابتدایی مدارس دولتی منطقه ۴ تهران که آموزش پیش دبستانی را دیده و ندیده بودند با استفاده از روش نمونه گیری

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

تصادفی طبقه بندی شده ۷۲ نمونه دختر (۳۶ نفر مورد و ۳۶ نفر شاهد) و ۸۰ نمونه پسر (۴۰ نفر مورد و ۴۰ نفر شاهد) انتخاب شدند. انتخاب مدارس به صورت تصادفی با توجه به پراکندگی جغرافیایی و تراکم دانش آموزان منطقه صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه چهاربخشی بود. بخش اول ویژگی‌های فردی واحدهای مورد پژوهش و بخش دوم، سوم و چهارم سوالاتی پیرامون آگاهی‌های بهداشتی در زمینه تغذیه، پیشگیری از حوادث و بهداشت فردی بود که به صورت سوال صحیح و غلط تنظیم گردید. محتوای پرسش‌نامه با توجه به مطالب علمی موجود در کتب و مقالات و بر اساس چارچوب پنداشتی تهیه شد. جهت روایی ابزار اعتبار محتوی و جهت پایایی از آزمون مجدد (r=0.95) استفاده شد. داده‌ها از طریق مصاحبه با دانش آموزان جمع آوری شدند. هر پاسخ صحیح یک نمره و برای پاسخ غلط امتیازی منظور نگردید. جمع امتیازات ارزیابی و نسبت به یکدیگر مقایسه شدند. واحدهای مورد پژوهش بین سن ۶ تا ۷ سال داشتند و تحت سرپرستی پدر و مادر بودند. همگی مسلمان و والدین هیچ یک شاغل در گروه پزشکی و پیراپزشکی نبودند. نمونه‌هایی که آموزش پیش دبستانی را یک سال قبل از ورود به دبستان ندیده ولی به مهد کودک رفته بودند و هم چنین آن‌هایی آموزش پیش دبستانی را به صورت ناقص دریافت کرده بودند از مطالعه حذف شدند. با استفاده از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای، آنالیز واریانس و تست T مستقل و به کمک نرم افزار آماری spss14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول شماره۱ مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش را در دو گروه مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): درصد فراوانی دانش آموزان آموزش پیش دبستانی دیده و ندیده بر حسب مشخصات فردی در مدارس دولتی منطقه چهار تهران

مشخصات فردی / گروه		درصد آموزش دیده	درصد آموزش ندیده
جنسیت	پسر	۲۶/۳	۲۶/۳
	دختر	۲۳/۷	۲۳/۷
سن پدر	۲۹-۲۰	۹/۲	۱۱/۸
	۳۹-۳۰	۶۴/۵	۵۶/۶
	۴۹-۴۰	۲۳/۷	۲۶/۳
	۵۰<	۲/۶	۵/۳
سن مادر	۲۹-۲۰	۴۶	۴۶/۱
	۳۹-۳۰	۴۷/۴	۴۲/۱
	۴۹-۴۰	۶/۶	۱۰/۵
	۵۰<	۰	۱/۳
سواد پدران	بیسواد	۱/۳	۳/۹
	ابتدایی	۲۵	۳۸/۲
	راهنمایی	۲۷/۶	۲۲/۴
	دبیرستانی	۲۶/۴	۲۲/۴
	دانشگاهی	۱۹/۷	۱۳/۱
سواد مادران	بیسواد	۷/۹	۱۱/۸
	ابتدایی	۲۶/۳	۳۲/۹
	راهنمایی	۲۶/۳	۲۳/۷
	دبیرستانی	۳۰/۳	۲۶/۳
	دانشگاهی	۹/۲	۵/۳

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره (۲): مقایسه میانگین نمرات آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان با و بدون آموزش پیش دبستانی تفکیک جنس

آگاهی / گروه		آموزش دیده	آموزش ندیده	p
تغذیه	پسر	۱۳/۶	۱۲/۷	۰/۰۰۳
	دختر	۱۳/۶	۱۲/۶	۰/۰۰۵
حوادث	پسر	۱۱/۲	۱۰/۶	۰/۱۱
	دختر	۱۰/۹	۱۰/۴	۰/۱۸
بهداشت فردی	پسر	۱۳/۳	۱۲/۸	۰/۰۳
	دختر	۱۱/۱	۱۰/۸	۰/۴
مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی	پسر	۳۷/۳	۳۵	۰/۰۰۳
	دختر	۳۷	۳۵/۲	۰/۰۳

نتایج یافته‌های قسمت دیگر پرسش‌نامه که مربوط به بررسی اهداف ویژه بود، نشان داد مقایسه آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان پسر آموزش دیده با آموزش ندیده در زمینه تغذیه (p=۰/۰۰۳)، بهداشت فردی (p=۰/۰۳) و همچنین در مقایسه آگاهی‌های بهداشتی دختران آموزش دیده و ندیده در زمینه تغذیه (p=۰/۰۰۵) اختلاف معنی‌داری وجود دارد. از طرفی میانگین نمرات دو گروه آموزش دیده و ندیده در آگاهی‌های بهداشتی پیشگیری از حوادث به تفکیک جنس و میانگین نمرات آگاهی‌های بهداشتی دختران آموزش دیده و ندیده در زمینه بهداشت فردی اختلاف معنی داری نشان نداد. اثر متغیر جنس بر میزان آگاهی‌های بهداشتی معنی‌دار نبود. بنابراین میزان آگاهی‌های بهداشتی در دختران و پسران آموزش دیده و ندیده یکسان بود. اما در بررسی متغیر گروه بر نمرات بهداشت فردی (p=۰/۰۳)، پیشگیری از حوادث (p=۰/۰۴)و آگاهی‌های تغذیه‌ای (p<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری دیده شد. با این حال میانگین مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان دختر و پسر آموزش دیده و ندیده بر حسب جنس اختلاف معنی‌داری را نشان داد (جدول ۲). یعنی دانش آموزانی که آموزش پیش دبستانی را دیده بودند آگاهی‌ها بهداشتی بهتری نسبت به آن‌هایی داشتند که آموزش پیش دبستانی را نگذرانده بودند.

تاثیر شغل مادران بر مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان آموزش دیده (p=۰/۰۸) و آموزش ندیده (p=۰/۱۶) و تاثیر شغل پدران نیز بر مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان آموزش دیده (p=۰/۰۸) و آموزش ندیده (p=۰/۳۸) اختلاف معنی‌داری نشان نداد.

مقایسه سواد مادران و پدران در دو گروه آموزش دیده و ندیده به ترتیب (p=۰/۰۵۴) و (p=۰/۳) بود که که اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. اما تاثیر سواد مادران بر مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی کل دانش آموزان آموزش دیده و ندیده معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱) یعنی با افزایش سواد مادران آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان بیشتر می‌شود. آزمون کمترین تفاوت معنی‌دار[1] نشان داد که این تفاوت بیشتر مربوط به دانش آموزانی است که سطح سواد مادرانشان دبیرستانی یا عالی در مقایسه با دانش آموزانی که سواد مادرانشان در سطح ابتدایی یا بی سواد می‌باشند، است. تاثیر سواد پدران بر مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی کل دانش آموزان آموزش دیده و

[1] least significant difference (LSD)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

ندیده نیز معنی‌دار بود (p=۰/۰۲). آزمون LSD این تفاوت را بیشتر مربوط به دانش آموزانی که پدران آنها تحصیلات دبیرستانی یا عالی در مقایسه با دانش آموزانی که سواد پدرانشان در سطح ابتدایی یا بی سواد بود نشان داد. نهایتاً میانگین سن والدین در دو گروه آموزش دیده و ندیده تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش مشخص گردید که آگاهی‌های بهداشتی کودکان پسر در دو گروه آموزش دیده و ندیده در زمینه تغذیه مدارس دولتی منطقه چهار تهران تفاوت معنی‌داری با هم داشته است. این یافته‌ها موافق با نتیجه بردبار می‌باشد. وی بیان می‌کند: آموزش‌های بهداشتی بر عادات غذایی و میزان آگاهی کودکان در مورد تغذیه موثر بوده است (۱۵). از طرفی دیگر جولایی و همکاران (۱۳۸۳) بین رفتارهای بهداشتی تغذیه دانش آموزان با و بدون مربی بهداشت تفاوت معنی‌داری مشاهده نکرد (۹).

دختران نیز نسبت به آگاهی‌های بهداشتی پیرامون تغذیه در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. امینی پور اظهار می‌دارد مراکز پیش دبستانی عمده ترین مکان برای تصحیح عادات غلط تغذیه‌ای در مرحله اول اجتماعی شدن کودک به شمار می‌روند (۱۶).

با توجه به نتایج، متغیر جنسیت بر آگاهی تغذیه‌ای کودکان معنی‌دار نیست. این نتیجه مغایر با یافته‌های کوهن و همکاران است. آن‌ها معتقدند که عموماً دختران به نسبت پسران دارای عادات تغذیه‌ای بهتر و بهداشتی‌تری هستند (۱۷). که البته این مغایرت می‌تواند ناشی از تفاوت سنی واحدهای مورد پژوهش باشد زیرا در تحقیقی که کوهن و همکارانش انجام دادند کودکان ۳-۱۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند و امکان دارد که با بالا رفتن سن در کودکان این تغییر را در نگرش و آگاهی کودکان دختر و پسر ایجاد کند. همچنین در این رابطه بردبار بیان می‌کند که بین جنس و آگاهی‌های بهداشتی در زمینه تغذیه ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۱۰). آنتونس و همکاران (۲۰۰۸) به این نکته اشاره می‌کنند که اصلاح عادات غلط و ایجاد درست غذایی و تغییر در الگوی غذایی به وسیله آموزش تغذیه در مدرسه مقدور خواهد بود (۲).

عدم وجود اختلاف معنی‌دار بین آگاهی‌های بهداشتی دانش آموزان در زمینه پیشگیری از حوادث با آموزش پیش دبستانی شاید ناشی از تعداد نمونه‌ها یا محتوای مطالب آموزشی پیش دبستانی در این گونه موارد باشد بنابراین این تصور پیش می‌آید که افزایش حجم نمونه یا حذف اثر جنس می‌تواند نتیجه را تغییر دهد؛ لذا کل دانش آموزان به دو گروه آموزش دیده و ندیده تقسیم شدند و تاثیر آموزش بین این دو گروه مقایسه شد که نتیجه اختلاف معنی‌داری را نشان داد. پس می‌توان استدلال نمود گسترش حوزه مطالعه با نمونه‌های بیشتر می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای را نشان دهد. این نتیجه موافق با نتیجه پژوهش گراهام است که گزارش کرد: به طور کلی کودکان دانش و آگاهی در مراقبت از جراحات کوچک و چگونگی پاسخ به رویدادهای اورژانس را داشتند و پسران و دختران در همه زمینه‌های بهداشتی مشابه بودند (۱۸).

وجود اختلاف معنی‌دار آگاهی‌های بهداشتی در زمینه بهداشت فردی در دو گروه با نتیجه مطالعه گیوری مطابقت دارد (۱۹) و عدم تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از دختران در همین زمینه شاید به دلیل تعداد کم نمونه‌ها باشد و یا این‌که این‌طور تعبیر نمود که کودکان دختر وقت بیشتری با والدین سپری می‌کنند و آگاهی‌های بهداشتی را در زمینه بهداشت فردی در منزل به حد مطلوب کسب می‌کنند و نسبت به

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

دختران که به مراکز پیش دبستانی رفته‌اند چندان اختلافی در این زمینه وجود ندارد.

عدم تفاوت معنی‌دار بین شغل والدین بر مجموع نمرات دو گروه دانش آموزان با مطالعه بردبار همخوانی دارد. وی اظهار کرد بین شغل والدین و آگاهی‌های بهداشتی ارتباط معنی‌دار وجود ندارد (۱۵). همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد اختلاف معنی‌داری بین مجموع نمرات آگاهی‌های بهداشتی با تاثیر سواد والدین وجود داشت که ممکن است به خاطر شناخت لازم و درست جهت آموزش صحیح اصول بهداشتی بوده باشد. در کل به نظر می‌رسد تحصیلات والدین در بالا بردن آگاهی کودکانشان احتمالاً می‌تواند به دلایل زیر باشد:

والدین از آگاهی‌های لازم در زمینه‌های بهداشتی بهرمند بوده‌اند.

والدین توانسته اند آگاهی‌های بهداشتی فرزندان خود را در این زمینه توسعه دهند شناخت لازم جهت آموزش صحیح اصول بهداشتی را داشته‌اند (۲). نهایتاً با توجه به نتایج، میزان آگاهی‌های بهداشتی کودکان آموزش دیده بیشتر از آموزش ندیده‌ها است. اگرچه عوامل متعددی در میزان آگاهی‌های بهداشتی موثر است اما به نظر می‌رسد آموزش مهم‌ترین تاثیر را داشته باشد. در ضمن باید یه این نکته توجه داشت که ارتقاء رفتارهای و عادات صحیح سلامتی - بهداشتی خود مستلزم پیش نیازهایی است که فراتر از یک عامل آموزش پیش از دبستانی است. عادات و نگرش‌های خانواده و جامعه نقش مهمی در رفتارهای دانش آموزان دارند. بنابراین اهمیت به مسئله آموزش بهداشت جهت رفع مشکلات بهداشتی می‌تواند موثر باشد. نقش پرستاران بهداشت جامعه از طریق آموزش به خانواده‌ها، مسئولین مدارس، مهد کودک‌ها و ارائه راه حل‌های مختلف برای حل مشکل در زمینه رفتارهای بهداشتی کودکان حائز اهمیت است.

تقدیر و تشکر

از آموزش و پرورش منطقه چهار تهران و مدارس مربوطه که همکاری لازم با محققین کردند تشکر می‌شود.

References:

1. Singh M. The art, science and philosophy of child care. Indian J Pediatr 2009; 76(2) : 171-6 .
2. Antunes LD, Alves Antunes LZ, Fonseca Corvino MP. Education practices and attitudes within the pre-school environment: evaluating the education professionals. Santons Braz Oral Res 2008; 22(4): 340-5.
3. Sivakumar B, Nair KM, Sreeramulu D, Suryanarayana P, Ravinder P, Shatrugna V, et al. Effect of micronutrient supplement on health and nutritional status of school children: biochemical status. Nutrition 2006; 22:S15-25.
4. Fong CW, Bhalla V, Heng D, Chua AV, Chan ML, Chew SK. Educational inequalities associated with health-related behaviors in the adult population of Singapor. Singapore Med J 2007; 48(12):1091-9 .
5. Hambidge SJ, Davidson AJ, Gonzales R, Steiner JF. Epidemiology of pediatric injury-related primary care office visits in the United States. Pediatrics 2002; 109: 559-65.
6. Dancho KA, Thompson RH, Rhoades MM. Teaching preschool children to avoid poisons hazards. J Appl Behav Anal 2008; 41:267-71.
7. Sherman J, Muehlhoff E. Developing a nutrition and health education program for primary schools in Zambia. J Nutr Educ Behav 2007; 39:335-42.
8. Pomarico L, Souza IPR, Tura LFR. Oral health profile of education and health professionals

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

attending handicapped children. Pasqui Odotol Bras 2003; 17(1): 11-6.

9. Jolaee S, Mehrdad N, Bahrani N, Moradi Kalboland M. A comparative investigation on health behaviors of students in primary schools with and without health educator. HAYAT J 2004 ;6: 55-62. (Persian)
10. Mohseni M. Foundations of education and health. Tehran: Tahory Publication; 1997. (Persian)
11. Whaley LF, Wong D. Nursing care of and children. Toronto: Mosby Co; 1997.
12. Mackinney J. Key day care centers. Washington: Board of Difference; 2000.
13. Shine SE. The nurse and the early identification of young children at risk. Int Nurs Stud 1995; 16: 80-1.
14. Cuningham PJ. Nursery nursing. London: Nationals Society of Children's Nurseries; 2005.
15. Freeman R, Bunting G. A child to child approach to infants and toddlers. J Am Diet Assoc 2004; 104(1): 65-70.
16. Amini M. Review dietary habits of Mashhad city elementary school students. Tehran: Nutrition Institute Press; 1994. (Persian)
17. Cohen K, Ta Yopp B, Kelly PF, Michael RG. Age and sex difference in health habits and belief of school children. Health Psychol 1994; 9(1): 65-9.
18. Graham MV. Health perceptions and behaviors of school age boys and girls. J Comm Health 1992; 9(2): 77-86.
19. Givari A. Effect of oral hygiene education in primary school children, school age girls, Tehran Region 4. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2000. (Persian)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]