مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات

إعداد

تركي ناصر الرشيدي

إشراف

الدكتور خالد أحمد الصرايرة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة

الماجستير في التربية / تخصص إدارة وقيادة تربوية

قسم الإدارة والقيادة التربوية

كلية العلوم التربوية

جامعة الشرق الأوسط

أيار 2011م

ب

ت

تفويض

أنا / تركي ناصر الرشيدي ، أفوض جامعة الشرق الأوسط بتزويد نسخ من رسالتي ورقياً وإلكترونياً للمكتبات أو المنظمات أو الهيئات أو المؤسسات المعنية بالأبحاث والدراسات العلمية عند طلبها.

الاسم : تركي ناصر الرشيدي

التاريخ : ٢٠١٦/١/٢٧

التوقيع :

ج

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة وعنوانها : "مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات"

وأجيزت بتاريخ 17 / 7 / 2011.

أعضاء لجنة المناقشة		التوقيع
الدكتور عباس عبدمهدي الشريفي	رئيساً	
الدكتور خالد أحمد الصرايرة	عضواً ومشرفاً	
الدكتور أسامة عبيدات	عضواً / ممتحناً خارجياً	

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي وفقني إلى إتمام هذه الدراسة، ولولا توفيقه سبحانه وتعالى ما كنت أن أنجزه، ولايسعني بعد الانتهاء من كتابة هذه الرسالة إلا أن أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل الدكتور خالد أحمد الصرايرة الذي أشرف على هذا العمل، وأولاني جُل اهتمامه وتفانيه لما قدمه من آراء قيمة وإرشادات سديدة، وبنور علمه كشف الغموض الذي اعتراني في أثناء الكتابة والبحث، إلى أن خرجت هذه الرسالة إلى حيز الوجود، أشكره جزيل الشكر.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من أسهم وساعد في إنجاز هذا العمل، وعلى رأسهم أساتذتي في كلية العلوم التربوية في جامعة الشرق الأوسط الذين لم يتوانوا عن تقديم النصح والمشورة والمعلومة القيمة ولأساتذتي أعضاء هيئة تحكيم أداة الدراسة على توجيهاتهم وآرائهم القيمة.

ويشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى أعضاء لجنة المناقشة الكريمة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة وتحملهم عناء قراءتها ومراجعتها وإثرائها بملاحظاتهم القيمة.

الباحث

تركي ناصر الرشيدي

الإهداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد الأنبياء والمرسلين محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، أهدي هذا العمل:

إلى من زهدوا في الدنيا ومتاعها الزائل، إلى نبع الحنان وبر الأمان أمي وأبي أمد الله بعمرهما.

إلى التي شاركتني صنعة العيش، واقتسمت معي الحياة التي وقفت دائماً بجانبي في مسيرة دراستي العليا وقفة مشرفة لا تنسى.

وإلى إخواني وأخواتي جميعاً الذين كانوا لي نعم السند في كل موقع من مواقع حياتي، وفقهم الله لما يحبه ويرضاه.

إلى كل من له فضل عليّ عرفاناً بالجميل...

أقدم لهم ثمرة جهدي.

إليكم جميعاً أهدي هذا العمل.

الباحث

تركي ناصر الرشيدي

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
العنوان	أ
تفويض	ب
قرار لجنة المناقشة	ج
شكر وتقدير	د
الإهداء	هـ
فهرس المحتويات	و
قائمة الجداول	ط
قائمة الملحقات	ي
ملخص الدراسة باللغة العربية	ك
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	م
الفصل الأول: مقدمة الدراسة	1
تمهيد	2
مشكلة الدراسة	7
هدف الدراسة وأسئلتها	9
أهمية الدراسة	10
تعريف المصطلحات	10
حدود الدراسة	11
محددات الدراسة	11
الفصل الثاني: الأدب النظري والدراسات السابقة	12

أولاً: الأدب النظري	13
ثانياً: الدراسات السابقة ذات الصلة	28
الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات	45
منهج الدراسة المستخدم	46
مجتمع الدراسة	46
عينة الدراسة	47
أداة الدراسة	48
صدق أداة الدراسة	48
ثبات أداة الدراسة	49
إجراءات الدراسة	49
متغيرات الدراسة	51
المعالجة الإحصائية	51
الفصل الرابع: نتائج الدراسة	52
النتائج المتعلقة بالسؤال الأول	53
النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني	56
النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث	60
النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع	63
الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات	68
أ. مناقشة النتائج	69
مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول	69
مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني	70
مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث	72

مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع	73
ب. التوصيات	75
قائمة المراجع	76
أولاً: المراجع العربية	77
ثانياً: المراجع الأجنبية	83
الملحقات	87

قائمة الجداول

الرقم	الموضوع	الصفحة
(1)	أفراد مجتمع الدراسة وفقاً للوظيفة والمنطقة التعليمية.	47
(2)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات مرتبة تنازلياً.	53
(3)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات.	57
(4)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.	60
(5)	تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.	61
(6)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	62
(7)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة.	63
(8)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.	64
(9)	تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.	65
(10)	اختبار شيفيه للمقارنات للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية.	65
(11)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي.	66
(12)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة.	67

قائمة الملحقات

رقم الملحق	الموضوع	الصفحة
(1)	الاستبانة بصورتها الأولية	88
(2)	محكمو استبانة الدراسة	93
(3)	استبانة الدراسة بصورتها النهائية	94
(4)	كتاب تسهيل المهمة	98

"مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات"

إعداد
تركي ناصر الرشيدي

إشراف
الدكتور خالد أحمد الصرايرة

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات .

تكونت عينة الدراسة من (104) مديرة و (670) معلمة، تم اختيارهن بالطريقة الطبقية العشوائية وبنسبة (50%) من المديرات، ونسبة (5%) من المعلمات من مجتمع الدراسة.ولتحليل بيانات الدراسة التي تم جمعها من خلال أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانة، وتم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الأتية:

1. إن مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات كان متوسطاً.

2. إن مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمات كان متوسطاً.

3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تعزى لمتغيرات المؤهل العلمي والخبرة العملية والسلطة المشرفة .

4. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تعزى لمتغيرات المؤهل العلمي، والسلطة المشرفة.

5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تعزى لمتغير الخبرة العملية ولصالح أصحاب الخبرة من 6 سنوات فما دون، عند مقارنة متوسطهم الحسابي مع متوسط أصحاب الخبرة 6-10 سنوات.

في ضوء النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة يمكن التقدم بالتوصيات الآتية:

- عقد دورات مستمرة لمديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها ؛ لضرورة امتلاكهم المهارات الخاصة بالصحة المدرسية مما يؤدي إلى رفع مستوى الصحة في المدرسة، وتنمي لديهن مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.
- توعية مديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها بأهمية رفع مستوى الصحة في المدرسة لما لها من أثار إيجابية على المدى القريب والبعيد، بإعداد برامج تدريبية مناسبة.
- ضرورة أن تخضع المدرسة برامجها الصحية لعملية تقويم مستمر لتحديد مواطن القوة وتعزيزها، ومواطن الضعف وتقويمها.

م

School Health Level in Primary Schools in the State of Kuwait from Female Principals and Teachers, Point of View

Prepared By
Turki Nasser Al Rashidi

Supervision By
Dr. Kahled Ahmad Al Sarayrah

Abstract

This study aimed at recognizing the level of school health in the State of Kuwait from of the female principals and teachers point of view.

The sample study was composed of (104) female principals and (670) teachers who were chosen by the random class method, with a percentage of 50% female principals, and a percentage of 5% female teachers of the study community. To analyze the study data collected through the study tool represented by the questionnaire, then using the statistical package for social sciences (SPSS). The study arrived to the following results:

1- Level of school health in primary schools in the state of Kuwait was average from the female principals view point.
2- Level of school health in primary schools in the state of Kuwait was average from the female teachers view point.
3- There was no differentiations of statistical indication at the indicator level ($\alpha \leq 0.05$) at the level of school health in the primary schools from female principals view point, which is attributed to the academic qualification variation and the type of school.

4- There was no differentiation of statistical indication at the level ($\alpha \leq 0.05$) at the level of school health in primary schools from the female teachers view point, which is attributed to the academic qualifications variation and the type of school.
5- The existence of differentiations of statistical indication at the level ($\alpha \leq 0.05$) at the level of school health in the primary schools from female teachers view point, which is attributed to the variable of practical experience for the advantage of experience possessors from 5 years and below, when comparing their average with the average of experience possessors from 6-10 years.

In light of the results this study arrived to it is possible to introduce the following recommendations:

- Conducting continuous training courses for female principals of primary schools and its female teachers, for the necessity to acquire the special skills for school health, which leads to raising up the level of school health, and developing for them skills of early disclosure of health problems.
- Making female principals and of primary schools and its female teachers aware of the importance of raising up the level of school health in school, for the positive effects it has on the near and long extent, by preparing suitable training programs.
- The necessity for school to subjugate its health programs to the process of continuous evaluation, in order to determine strength spots and enforce it, and weakness spots and corrected.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

تمهيد:

للمدرسة دور مهم في الحفاظ على صحة الطلبة، وفي توجيههم نحو ممارسة العـــادات الصحية الجيدة، كما يقع على عاتق الإدارة المدرسية مسؤولية متابعة السلوك الصحي للطلبـــة بصورة مستمرة، ونشر الوعي الصحي بينهم، وتقديم خدمات وقائية، وعلاجية، وتثقيفية، الأمر الذي يؤثر في حسن إعدادهم ليكونوا عناصر فاعلة في مجتمعهم (كماش،2009).

فقد أصبحت الصحة المدرسية مسألةً مهمةً وملحةً تفرض نفسها على قائمة الأولويـــات الوطنية، لأن الصحة الجيدة في المدارس تعد استثماراً للمستقبل، وتعد برامج الصحة المدرســـية أداةً فعالةً ومتميزةً للارتقاء بصحة المجتمعات وخاصة برامج التوعية الصحية والبيئيـــة التـــي تخاطب شريحة حساسة من المجتمع وهم الطلبة، ومراحل التطور في هذه الشريحة تـــستوجب إرساء مفاهيم وانماط سلوكية تؤثر في مستقبل صحتهم فالسلوك الصحي المبكر ينتج عنه وضعٌ صحيٌ أفضل لهذه الشريحة، لذا فإن الأمر يستوجب الاهتمام بكل الإمكانيات لوضـــع الأســـس والبرامج التي تعزز من صحة الطلبة من خلال برنامجٍ منظمٍ وشاملٍ للصحة المدرســـية (أبـــو ليلى،2002).

وتضاعفت مسؤولية المؤسسات التربوية، لا سيما مدارس التعليم العام، فـــي الارتقـــاء بالنواحي الصحية، لأن الطلبة عرضة للأمراض والإصابات والحوادث (طنطاوي،1990)، من أجل ذلك ينبغي أن تسعى المدرسة على نحو حثيث لتوفير الشروط الصحية فيها، مـــن خـــلال الاهتمام بالتغذية الصحية، وتوفير وسائل السلامة، والخدمات العلاجية، والتثقيف الصحي علـــى نحو يساعد في تنمية الطالب جسمياً وعقلياً ونفسياً (العثمان، 1998).

وتُعدُّ المدارس بيئاتٍ فعّالة للنهوض بصحة الطلبة ، وأسرهم، وصولا بارتقاء المجتمع بأسره، وتعد الحالة الصحية للطلبة من أهم المؤشرات العلمية التعليمية، فقد بينت العديدُ من الدراسات أن الاهتمامَ بصحة الطلبة وخصوصاً في مراحل النمو المبكرة، يؤدي إلى نتائج مهمة وضرورية تعمل على تحقيق نتائجَ إيجابيةٍ للحفاظ على الصحة (كماش،2009).

ويشكل الطلبة نسبة كبيرة من المجتمع فضلاً عن أن أجسامهم حساسة أكثر تجاه الأمراض المعدية، وإن تواجدهم خلال فترة الدراسة في مساحة محدودة يزيد من القابلية للعدوى، كما أن غياب الطلبة عن المدارس في حالة إصابتهم بالأمراض المختلفة يؤدي إلى تدهور المستوى التعليمي العام، ومن المهم جداً، أن يتلازم التعليم، ويسير جنباً إلى جنب مع استقرار الصحة الجسمية، والعقلية، والنفسية للطلبة (Casey & Christian,2003).

وتعدُ المدرسةُ من المؤسسات التعليمية التي تسعى نحو مواكبة الصحة والاهتمام بها، لذا فإن أي برنامج يسعى إلى تطوير المدارس بشكل عام، ومدارس المرحلة الابتدائية بشكل خاص، لابد أن يشمل في مقدمته على تطوير الناحية الصحية، لحماية الطلبة من الأمراض، والمخاطر السلوكية، والنفسية، مما يساعدهم على النمو الصحي السليم بدنياً، ونفسياً، وعقلياً، وينمي قدراتهم، ومهاراتهم التعليمية، وتحصيلهم العلمي، ومن هنا تبرز أهمية دور مديري المدارس في تحقيق الأهداف الصحية لتصبح مؤسسات تعليمية قادرة على تعزيز صحة الطلبة في المدرسة، فالمدرسة المعززة للصحة هي مفهوم عالمي لتحقيق الصحة والتعليم، كما عبرت عن ذلك أهداف منظمتي الصحة العالمية واليونسكو في شعاري "الصحة للجميع" و"التعليم للجميع" (William and Angela, 2010).

كما أن للمديرين دوراً مهماً في المجالات الوقائية العلاجية للصحة المدرسية، وذلك من خلال القيام بترسيخ مجموعة متكاملة من المفاهيم، والمبادئ، والأنظمة، والخدمات، التي تهدف بمجملها إلى تعزيز الوضع الصحي في المدارس، وبالتالي في المجتمع ككل، من خلال التركيز على تفعيل مشاركة الطلبة في متابعة الأنشطة، والبرامج الصحية، ورفع مستوى الوعي الصحي، والبيئي للطلبة والمعلمين، ورفع مستوى النظافة الشخصية، والعامة في المدارس، وتحسين الوضع الصحي، والغذائي للطلبة، ومراقبة ذلك من خلال مؤشرات صحية تتمثل بالعمل على تحسين البيئة المدرسية والمرافق الصحية، ومتابعتها، وتحديد أولويات الاحتياجات الصحية بمشاركة المجتمع المدرسي، ورفع قدرات العاملين في مجال الصحة المدرسية، وتفعيل دور الأهالي، والمؤسسات ذات العلاقة في مجال الصحة المدرسية (Casey & Christian,2003).

وتهدف الصحة المدرسية إلى تقويم الوضع الصحي للطلبة من خلال التعرف إلى المؤشرات الصحية لهم في المجالات كافة، كما تهدف إلى الحفاظ على صحة الطلبة ضمن المستويات المطلوبة.

وتتصف خدمات الصحة المدرسية بين خدمات علاجية وخدمات وقائية، وتتمثل الخدمات العلاجية من خلال الكشف المبكر على للطلبة المستجدين، وإعطاء الإجازات وتصديقها، والكشف على للطلبة المرضى وعلاجهم، والإشراف الصحي على الأنشطة، والتجمعات الرياضية والكشفية، أما الخدمات الوقائية. فتتمثل في التطعيمات الموسمية، ومراقبة المقاصف المدرسية، وتقديم الأنشطة التوعوية من محاضرات ونشرات، وبرامج تثقيفية، ثم المشاركة في المناسبات الصحية (السبول، 2004).

وأن الحال العربي لم يكن بمعزل عن الاهتمام بالصحة المدرسية للمدارس، فقد بدأت حركات اهتمت بالصحة المدرسية، وتدعو إلى تضمنيها في المناهج، فقد تم تحليل واقع الصحة المدرسية في كثير من المدارس العربية ومن بينها الكويت، وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وتم إعداد منهاج دراسي يحقق مبادئ التربية الصحية يتألف من (22) وحدة صحية، وبدأ تطبيقه على المرحلة الابتدائية، وفي منطقة الخليج العربي قامت لجنة التربية التابعة للأمانة العامة الصحية للدول العربية، بتقديم ورقة عمل عام 1981، بشأن وضع منهاج تفصيلي، وموحد لبرامج التربية الصحية، والصحة المدرسية في المرحلة الابتدائية (خضير، 1992).

لذا تُعدُ الصحة المدرسية وسيلة اقتصادية ومجدية لرفع مستوى صحة المجتمع، ويتمثل مقياسها في ناتجها النهائي، ذلك الناتج الذي ينبغي أن يكون صحة أولئك الصغار، ليتمتعوا بقدرات بدنية عقلية عاطفية عالية، ويعيشوا مطمئنين ومستعدين لمواجهة كثير من المعضلات الصحية في مسيرة حياتهم، ذلك لأن التعليم في المجتمعات الديمقراطية له أهداف يسعى إلى تحقيقها، ومن هذه الأهداف: تحقيق الذات والثقافة الصحية، والعادات الصحية، وحماية الصحة العامة، وكذلك تحقيق العلاقات الإنسانية السليمة من خلال احترام الإنسان، والسلوك المهذب والتعاون مع الآخرين وتقدير الحياة الأسرية، ولا تستطيع التربية الصحية تحقيق هدف رفع المستوى الصحي للطلبة إذا كانت العملية التربوية قائمة على أساس تلقين المعلومات، لأنها تجعل الناحية الذهنية فقط هي موضع اهتمام التربية، التي يجب أن تتصف التربية الصحية بتحقيق النمو الشامل للفرد من جميع نواحيه الذهنية والجسمية والاجتماعية والانفعالية، فالتربية الصحية تشمل الجانب الفكري والاجتماعي للفرد (طنطاوي، 1990).

وحتى تتحقق الأهداف المرجوه من تقديم خدمات الصحة المدرسية يصبح لزاماً على مديرية الصحة المدرسية ممثلة بمديرها وكوادرها الطبية أن تنهض بالواجبات الموكلة إليها في هذا الجانب المهم من الحياة المدرسية، وهذا لا يأتي إلا بتضافر الجهود، والتعاون، والتنسيق، والتخطيط مع الجهات ذات العلاقة مثل الإدارة المدرسية والهيئة التدريسية لما لها دور في تقديم الرعاية الصحية، وأولياء الأمور الذين هم أحد متغيرات معادلة الصحة المدرسية (فريحات، 1997).

هناك أربع منظمات تؤثر في تعليم الأطفال وصحتهم، وهذه المنظمات هي: الأسرة، والمدرسة، والمجتمع، والمؤسسات الصحية، وتختلف الخدمات الصحية من مجتمع إلى آخر باختلاف الوضع الاقتصادي، والاجتماعي، والقيم الاجتماعية، فضلاً عن اختلاف المفاهيم الصحية، وكفاءة القائمين على الخدمات الصحية (Mury,1989).

ويأتي الاهتمام بتطوير النواحي الصحية للطلبة في المراحل الأساسية متوافقاً مع النظرة التربوية الحديثة، التي تعد أداة تنمية شمولية، ومتوازنة مع نمو الإنسان في النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية، ومما لا شك فيه أن مقدرة الطالب الذي يتمتع بالصحة الجيدة على التحصيل الدراسي، والتعلم، واكتساب المعلومات العملية هي الأفضل، وتتناسب طردياً مع الصحة البدنية. والعقلية، والاجتماعية (العلي، 2001).

إن العلاقة بين الصحة والتربية علاقة قوية، وحتمية مع الأخذ بالاعتبار كيف يمكن للتربية والتعليم تزويد الطالب بالمعارف المتنوعة، ودعمها، وتطويرها بالوسائل التعليمية المناسبة نظراً للارتباط الوثيق بين التعلم من جهة والوعي الصحي من جهة أخرى (خضر،1992).

ولا تقتصر برامج الصحة المدرسية على تحسين النواحي البدنية، والنفسية، والاجتماعية للطلبة، بل يضاف إليها البيئة المدرسية أيضا، بما تشمله من مبان، ومرافق، التي يجب أن تتوافر فيها الشروط الصحية الجيدة، التي لها أهميتها في تعويد الطلبة على العادات الصحية الجيدة، فإذا توافرت التسهيلات البيئية الجيدة كأحواض الغسيل والصابون مثلاً أصبح من السهل ممارسة هذا السلوك، فإسهام البيئة المدرسية الطبيعية في التربية الصحية يكون بتقديم التسهيلات للتطبيقات الصحية مثلها مثل تقديم الفرص التعليمية للطلبة (جادالله، 1993).

أنشأت بعض المدارس في الولايات المتحدة وحدات صحية مدرسية في مؤسساتها التعليمية، بالتعاون مع البلديات والمجتمع المحلي، وقد تم إنشاء فريق من خلال هذه الوحدات يعنى بالطلبة في المراحل الدراسية الأولى، وتضم هذه الوحدات طبيباً دائماً، وممرضة، ومرشداً نفسياً، وذلك من خلال برامج صحية عالية الكفاءة (Newton,1989).

وتأتي هذه الدراسة للتعرّف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية الحكومية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات.

مشكلة الدراسة:

إن صحة الطالب، والمحافظة عليها من المطالب الأساسية التي تسعى المدارس إلى تحقيقها، وقد تضاعفت مسؤولية المدارس بشكل عام ، ومدارس المرحلة الابتدائية بشكل خاص في الارتقاء بالنواحي الصحية، وإبراز دور التربية والتعليم فيها (عبد الفتاح وعبدالحميد،2001) ، ولذلك لابد أن تسعى مديرة المدرسة لتحقيق أفضل الطرق لتعليم الطالبات من أجل بناء جيل متكامل علمياً وسلوكياً، وتتعدى ذلك إلى تنشئتهم ورعايتهم صحياً من خلال تهيئة البيئة المناسبة التي تمكن المدرسة من تحقيق أهدافها.

تعد المرحلة الابتدائية هي المرحلة الأساسية في حياة الطلبة، ويكون فيها أمس الحاجة إلى المعلومات الصحيحة عن الصحة المدرسية وطريقة تطبيقها، الطلبة في هذه المرحلة يكونون أكثر عرضة للأمراض والإصابات والحوادث (William and Angela, 2010)، وبناءً عليه فلا بد من توافر الشروط الصحية للمدرسة، وذلك من خلال الاهتمام بالتغذية الصحية والشراب الجيد، وتوفير وسائل السلامة، والخدمات العلاجية والتثقيف الصحي، وذلك لمساعدة الطالبات على إكتساب الخبرات التعليمية، وتلقي المعارف بشكل جيد.

وأشارت الجبر(1992) إلى أن النظام التعليمي في الدول العربية عموماً يعاني من أزمة في مجال الاهتمام بالصحة وخاصة في المراحل الابتدائية، التي تعد ركيزة التعليم الأساسية في بناء الأجيال القادمة، الأمر الذي يشكل عائقاً لمقدرة تلك الدول على النهوض بأبنائها على المستوى الصحي لما يستلزمه الاهتمام الصحي من نفقات مادية عالية، ولما كان اهتمام المديرات بصحة الطالبات سمة من سمات التميز في المدارس، لذا وجب على مديرات المدارس والمعلمات الأخذ بزمام المبادرة لتطوير واقع الصحة المدرسية وخاصة في المراحل الابتدائية، وأن تكون على يد مختصين من ذوي الكفاءات القادرة على التجديد والابتكار، والتطوير بما يتوافق مع التقدم الصحي المطلوب.

كما أشارت دغلس (1992) إلى إجماع الباحثين والمفكرين على أن كثيراً من المؤسسات التعليمية ينقصها الاهتمام بصحة الطلبة خصوصا في المرحلة الابتدائية، وقد أكد ذلك بقوله: التزامه بالجانب الصحي من الآن فصاعداً داخل المؤسسات التربوية الموجودة حالياً، وأن الإدارة التي لا تعرف في مثل هذه الفترة كيفية الاهتمام بصحة طلبتها، وما دورها في إحداث تغيير جذري فيما يتعلق بعمليات التطوير الصحي يجب على أن توصف بأنها مؤسسة تعليمة

عقيمـــــة غـــير متكافئة مع مهماتها، لأن الاهتمام بالصحة سيصبح تحدياً مـــستمراً للمـــديرات المسؤولات عن التطور وتحقيق الأهداف.

لما تم ذكره إن مشكلة الدراسة الحالية تتمثل في التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات.

هدف الدراسة وأسئلتها:

تهدف هذه الدراسة التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائيـــة فـــي دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهـــة نظر المديرات ؟

السؤال الثاني: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهـــة نظر المعلمات ؟

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مـــستوى الدلالـــة ($\alpha \leq 0.05$) فـــي مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات (سنوات الخبرة العمليـــة، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة على المدرسة (حكومية، خاصة) من وجهة نظر المديرات؟

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مـــستوى الدلالـــة ($\alpha \leq 0.05$) فـــي مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات (سنوات الخبرة العمليـــة، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة على المدرسة (حكومية، خاصة) من وجهة نظر المعلمات؟

أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من الموضوع الذي تتناوله والمتعلق بمحاولة التعرف إلى مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات، ويمكن تحديد أهمية الدراسة من خلال الجانبين الآتيين:

تعد هذه الدراسة بمثابة إضافة علمية مهمة لتناولها مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية الكويتية من وجهة نظر المديرات والمعلمات، إذ لم تجرِ على – حد علم الباحث – أي دراسة من هذا النوع في دولة الكويت، ولما يمكن أن تقدمه هذه الدراسة من فائدة للمكتبة العربية بشكل عام، والمكتبة الكويتية بشكل خاص بإضافة معرفة جديدة.

ويمكن لنتائج هذه الدراسة أن تفيد الباحثين في مجال الإدارة التربوية في دولة الكويت حول موضوع مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية، كما أنها يمكن أن تفيد متخذي القرارات في وزارة التربية في تحقيق أهدافها في اختيار مديرات ومعلمات مبدعات ومهتمات يعملن على تطوير الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية، كما يمكن أن تفيد هذه الدراسة وزارة الصحة، ولينبثق من هذه الوزارة مديريات للصحة المدرسية.

ويمكن لنتائج هذه الدراسة أن تفيد مديرات ومعلمات المدارس الابتدائية في دولة الكويت لتعرف واقع الصحة المدرسية والجوانب التي تحتاج إلى تعزيز ومتابعة.

تعريف المصطلحات:

اشتملت الدراسة على عدد من المصطلحات التي ينبغي تعريفها مفاهيمياً وإجرائياً وعلى النحو الآتي:

الصحة المدرسية: هي برنامج متخصص يعود لبرامج الصحة العامة ويوجه اهتمامه للطفل والشاب بالسن المدرسي وله مكوناته (منظمة الصحة العالمية، 1989).

وتعرف إجرائياً بأنها: الدرجة التي يمكن الحصول عليها من خلال استجابة أفراد عينة الدراسة من المديرات والمعلمات عن الاستبانة المعدة لهذه الغاية والمعتمدة في الدراسة الحالية .

المدرسة الابتدائية: هي المرحلة التعليمية التي تشكل القاعدة الأساسية للتعليم النظامي ومدته ست سنوات، وتعنى بالتلاميذ في مرحلة الطفولة التي تتشكل فيها شخصياتهم ومهاراتهم واتجاهاتهم، وتبدأ عادة من (6 – 12 سنة).

حدود الدراسة:

تقتصر هذه الدراسة على المديرات والمعلمات العاملات في مدارس المرحلة الابتدائية في دولة الكويت، والملتحقات بعملهن خلال الفصل الدراسي الثاني من العام(2011/2010).

محددات الدراسة:

تتحدد نتائج هذه الدراسة بدلالة صدق أداة الدراسة، وثباتها، وتكييفها مع البيئة الكويتية، وصدق استجابة أفراد العينة عن فقراتها. كما أن تعميم نتائج هذه الدراسة لا يتم إلا على المجتمع الذي أجريت عليه الدراسة، والمجتمعات المماثلة.

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل عرضاً للأدب النظري المتعلق بالمدرسة وبمستوى الصحة المدرسية، كما تم من خلال هذا الفصل عرض للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

أولاً: الأدب النظري:

تناول هذا الجزء مفهوم المدرسة وأهميتها، من خلال التركيز على التربية الصحية والتي تعد محوراً مهماً من محاور العملية التربوية، وهي من التجديدات التي ظهرت في السبعينيات من القرن الماضي نتيجة للممارسات الخاطئة للإنسان مع بيئته، وإساءة استغلال مواردها، مما أدى إلى العديد من المشكلات البيئية والصحية.

وفيما يأتي عرض موجز لأبرز ما تناوله الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة.

المدرسة: إن خدمة المجتمع المحلي هي وظيفة رئيسة من وظائف التربية، وكما هو معروف أن المدرسة هي التجسيد العملي للعملية التربوية، وذلك لما أثبتته الدراسات في إمكانية العمل الإداري والتربوي الموجود داخل المدارس بشكل عام في تحقيق فعالية للمجتمع ككل، فمن الملاحظ أن هنالك تعريفات علمية كثيرة للمدرسة ولكنها تتمحور حول أنها مؤسسة تعليمية مسؤولة عن خدمة المجتمع وبرامج الخدمة العامة، التي تسهم في : (العجمي، 2005).

- تقديم الرعاية النفسية للطلبة، وتعد هذه النقطة من أهم الأمور التي تسهم فيها المدرسة ذلك لمقدرتها على التغيير النفسي للطلبة، كما أنَّ لها الفضل في التأثير على الطلبة خصوصاً في مراحل حرجة من العمر، تضعف به تأثيرات الأهل.

- تمثل مؤسسة قادرة على نقل التراث الثقافي من خلال توارثه من جيل إلى جيل لأنها المؤسسة التعليمية الوحيدة ضمن المجتمعات المسؤولة عن تنشئة الأجيال ونقل جميع ما اكتسبته المجتمعات إلى الأجيال القادمة.

- إن المدرسة أشبه بمصنع للموارد البشرية إن صح التعبير الذي يلبّي متطلبات المجتمع من حاجته للموارد البشرية لإمكانية تميز الدولة على المستوى البعيد.

- إن الحياة هي بمثابة خبرات تراكمية تمكّن الإنسان من العامل مع الحاضر وفهم المستقبل، ومساعدته على الوصول إلى مراحل عالية من التطور والرفاهية، ومن المعروف أن الخبرات الإنسانية تتصف بالتعقيد، خصوصاً إن طال العمر الزمني لها، لذلك تسعى المدرسة كمؤسسة تعليمية للاجيال القادمة في محاولة إلى تبسيط تلك الخبرات الإنسانية وتعلم التجارب المهمة فيها، لإمكانية انعكاسها على الأجيال القادمة بما يتواءم مع الحاجات المستقبلية للدولة ككل.

- إن معيار تقدم الدولة يلازم تطور مواطنيها العلمي، فأصبحت كثير من الدول في الوقت الحاضر تتنافس على الوصول إلى درجات تقترب من الصفر في الأمية الموجودة فيها، فإن التطور العلمي هو الأساس الذي يمنح الدولة على المستوى البعيد تطورها والمنافسة خصوصاً في الوقت الحاضر الذي أصبحت المنافسة في أشد حالاتها خصوصاً بعد المستجدات على الساحة العالمية كظاهرة العولمة، لذلك تعد المدرسة هي السبيل والكفيل الوحيد لضمان تطور الدولة، لأن الموارد البشرية هي القادرة على تمييز المنظمة، بغض النظر عن طبيعة عملها، على اعتبار أن الدولة هي منظمة كبيرة يمكن أن تدار بالمبادئ العلمية الحديثة للوصول إلى مستويات عالية من الرقي والرفاه.

إن المدرسة هي مؤسسة اجتماعية قامت لخدمة المجتمع وتحقيق أهدافه في تربية الجيل الجديد، إذ تؤثر مخرجاتها من القوى العاملة على التركيب الاجتماعي، وتوثق علاقتها بالمجتمع المحلي(آل ناجي،2003)، لذلك وجب على المدرسة أن تساير تقدم المجتمع والحياة الاجتماعية فيه لأن المجتمعات يلازمها وجود منظمات متطوره تعي حجم التطور والتقدم في المجتمع الذي تعيش فيه، إن وجود مدارس متقدمة من ضمن سلسلة تطور المجتمعات، بذلك أن العلاقة جدلية بين المجتمعات والمدارس بشكل عام فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، لذلك تندمج اندماجا كليا وإيجابيا في مختلف نواحي الحياة، وعلى الآباء أن يعوا دورهم التربوي المكمل لدور المدرسة ومحاولة متابعة المواظبة مع أبنائهم، لأن المدرسة تفترض ساعات عمل معينة أما الآباء فهم الأقدر على متابعة ما وصلت إليه المدرسة(الكعبي،2007).

وقد أدت العلاقة التي تتصف بالتلازم بين التربية والصحة إلى انبثاق مفهوم التربية الصحية الذي عرفه سلامة (2001) بأنه: العملية التي تسعى إلى ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحيحة على مستوى الفرد والمجتمع.

مبادئ التربية الصحية:

يجب أن تقوم الصحة المدرسية على مبادئ التربية الصحية، التي ذكرها الأمين(2004) كما يأتي:

- التربية الصحية مسؤولية مشتركة بين المدرسة والبيت والمجتمع.
- تنجح التربية الصحية في المدرسة إذا حظيت باهتمام الإدارات المدرسية.
- تتوقف الصحة الشخصية للفرد على عوامل وراثية وعوامل مكتسبة.
- تدريس برامج التربية الصحية يجب أن يكون جزءاً من المنهاج المدرسي.

وأوضح فريحات (1997) إن دوافع الاهتمام بالصحة المدرسية تتمثل فيما يأتي :

- يشكل الطلاب قطاعاً واسعاً من المجتمع قد يصل إلى ما يزيد عن ربع مجموع السكان.
- تمثل مرحلة الطفولة حجر الأساس والعمود الفقري لبناء الفرد.
- يتعرض الطفل خلال فترة طفولته إلى العديد من المشكلات الصحية التي تؤثر في حياته.
- تتميز مرحلة الطفولة بنموها السريع جسمياً وعقلياً.

أما الشمري (1992) فرأى أن على الإدارة المدرسية أن تجعل التثقيف الصحي هدفاً كبيراً من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، وأن يتمحور التثقيف الصحي حول الأهداف التي حددتها منظمة الصحة العالمية، المتمثلة بتأكيد أهمية الصحة مصدر قوة للمجتمع، وإمداد الطلبة بالخبرات والمعلومات التي تساعدهم على حل مشكلاتهم الصحية بأنفسهم.

ويقع على كاهل الإدارة المدرسية مسؤولية تغيير النظام الغذائي للطلبة، من خلال العمل الجاد على توجيه الطلبة نحو التغذية الصحية السليمة، ويمكن للإدارة المدرسية أن تقوم بذلك من خلال التأكد من صلاحية المواد الغذائية والمشروبات التي تقدم في المقصف المدرسي (عبد الوهاب،2005)، وكذلك الاهتمام بالشروط الصحية للمقاصف من حيث التهوية والإضاءة، والتأكد من وجود شهادات صحية لدى من يعمل في إعداد الطعام وتجهيزه (مرسي،2005).

إن خدمات الصحة المدرسية أصبحت لا تقتصر على كونها وظيفة للأطباء والممرضين والطاقم السريري ليشترك في أداء مهماتها أفراد الأسرة التربوية مع التركيز بالذات على دور المعلمين والمديرين (Gold, 2004)، وأشار سمرفيلد (Summerfield, 2000) إلى أن الصحة المدرسية تتعدى كونها مسؤولية مؤسسة أو إدارة واحدة وعملاً تنسيقياً تتضافر فيه الجهود بين كل الجهات المعنية، وهذا توجه على مستوى العالم، إلا أنه أكثر تبلوراً في الدول

المتقدمة صناعياً (Lavin, 1993) وتتناول موضوعات كبيرة وواسعة متشعبة، مما يدعو إلى برمجة هذه الاهتمامات في برامج محددة الأطر والأهداف يمكن من خلالها معالجة شتى المشكلات التي تثبت أولوياتها من بين الاهتمامات الصحية.

ويعد تعزيز الصحة المدرسية ليس فقط مهمة العاملين في المجال الصحي بل هي مهمة مديرة المدرسة، وجميع أفراد أسرة المدرسة والمجتمع؛ لذا فهناك حاجة إلى تعزيز دور مديرات المدارس بكل ما يعزز الصحة المدرسية، وإن نجاح واقع الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية، وتبنّيها عالمياً خير دليل على أن المدارس يمكن أن تعزز صحة طلبتها والعاملين فيها، بل وتتعدى ذلك إلى المجتمع كله، وتقوم مبادرة المدارس الابتدائية المعززة للصحة على ربط التعليم بتعزيز الصحة في المدارس (الأنصاري، 2007).

وأوضح السبول (2004) بأن مديري المدارس الابتدائية يجب أن يكون لهم دور فعال في تحقيق الصحة المدرسية للأطفال في هذه المرحلة العمرية التي تمثل شريحة كبيرة من المجتمع قد تصل إلى ربع عدد السكان.

وتوفر المدرسة الابتدائية في دولة الكويت فرصة كبرى للعناية بالطلبة، إذ تتوافر الفرصة للتأثير فيهم وإكسابهم المعلومات، وتعويدهم على السلوك الصحي في هذه المرحلة من العمر، التي تعد مرحلة نمو، تطوراً ونضجاً، وتحدث خلالها الكثير من التغيرات الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والعاطفية، ولا بد أن تتوافر للطلبة في هذا العمر المؤثرات الكافية لحدوث هذه التغيرات في حدودها الطبيعية، إذ يكون الطلبة في هذه المرحلة العمرية أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، وهم عرضة للإصابات والحوادث، كما يكتسب الطلبة السلوك المتعلق بالحياة عموماً، وبالصحة بصفة خاصة، ويحتاجون إلى جو تربوي يساعد في اكتساب هذه العادات، كما توفر إدارات المدارس جواً مناسباً لتعديل السلوك الصحي الخاطئ.

وقد أشارت طوقان (2003) إلى أن هدف مديري المدارس من التقدم بالصحة المدرسية هو تعزيز صحة المجتمع المدرسي والبيئة المدرسية، والإسهام في الارتقاء بمستوى التحصيل العلمي للطلبة من خلال تطبيق البرنامج الشامل للصحة المدرسية الهادفة إلى تعريف العاملين في المجال التربوي والصحي بأولويات المشكلات الصحية في السن المبكر للطلبة، وإكساب القائمين على الصحة المدرسية مهارات التخطيط والتنفيذ والتقويم لبرامج الصحة المدرسية، وإكساب العاملين في المجال التربوي الصحي القدرات والمهارات اللازمة للكشف المبكر عن المشكلات الصحية وتزويد العاملين في المدرسة بمهارات التوعية الصحية المدرسية، ومعاونة الطلبة والتربويين والعاملين في المجال الصحي في مراقبة البيئة الصحية المدرسية وتحسينها، والتنسيق مع الجهات الصحية الأخرى في تقديم الخدمات العلاجية المتقدمة، وتحسين الخدمات الطبية، وتوفيرها وتسهيل الوصول إليها وقبولها، وتوفير البيئة الصحية المناسبة للطلبة وتحسين القاعدة المعلوماتية لصحة الأطفال والمراهقين.

وأوضحت الأمعري (2002) إلى أن دور مديري المدارس في تطوير واقع الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية بدأت بصفة علاجية من حيث الهدف والمحتوى، ثم تحولت إلى توفير الخدمات الوقائية مثل مكافحة العدوى وإعطاء التطعيمات وتطوير إجراءات لكيفية التعامل مع الأمراض المعدية، وبعد ذلك انتقلت من الاعتماد على الأطباء وهيئة التمريض السريري إلى فئات متخصصة، ولكنها أقل تأهيلاً، مثل (المشرف الصحي، والزائر الصحي، والمثقف الصحي، وممرض الصحة المدرسية، وفني صحة الفم والأسنان)، وزيادة الاهتمام بتقديم الخدمات الصحية وتعزيز الوقاية الصحية الأولية من الأمراض المنتشرة في المجتمع، وتطوير الخدمات الصحية والمقدمة في الصحة المدرسية من التعامل مع المشكلات الجسدية ، وانتقلت

أعمال الصحة المدرسية من العيادات والمستشفيات إلى داخل المؤسسات التعليمية والتربوية خاصة في المرحلة الابتدائية في المدرسة.

أنواع الخدمات الصحية المدرسية:

وهناك نوعان من الخدمات الصحية المدرسية التي تقدم في المدارس (Jeanine and Didier, 2010):

أولاً: الخدمات العلاجية، وتقوم على الكشف المبدئي على الطلبة المستجدين، وإعطاء الإجازات وتصديقها، والكشف على المرضى وعلاجهم والإشراف الصحي على الأنشطة والمناسبات والتجمعات الرياضية والكشفية للطلبة.

ثانياً: الخدمات الوقائية، تقوم على التطعيمات التنشيطية والموسمية عند دخول المدارس، ومراقبة المقاصف المدرسية، ومتابعة مدى توافر الشروط الصحية فيها، ومراقبة البيئة المدرسية، وتقديم الأنشطة التوعوية من محاضرات، ونشرات صحية، وبرامج تثقيفية، والمشاركة في المناسبات الصحية المحلية، والإقليمية، والدولية.

وأشار خندقجي (2000) إلى أن الرؤية المستقبلية لواقع الصحة المدرسية للمدارس الابتدائية تبدأ بتحديد مشرف صحي في كل مدرسة يتولى مجموعة من المهمات منها: التنسيق لخدمات الصحة المدرسية وبرامجها، ودعم نظام الصحة المدرسية بالكوادر التربوية والتنسيق مع بقية مقدمي الخدمات العلاجية للتعامل مع الحاجات العلاجية للطلبة ومنسوبي التعليم، وتحويل الوحدات الصحية إلى مراكز للإشراف على برامج الصحة المدرسية وخدماتها، وتحويل الوظائف الصحية إلى كوادر وقائية تخطط للبرامج الوقائية في المدارس، وتشرف على تنفيذها وتقويمها، وتخصيص بعض المخصصات المالية التي تصرف على المواد والتجهيزات الطبية

(أدوية، وغيرها) لتمويل البرامج الوقائية، وتحويل أنظمة المعلومات الصحية وتقويم الأداء في الوحدات من إحصاءات علاجية عن المراجعين والمرضى إلى نظام لمراقبة المؤشرات الصحية في المدارس على مستوى وطني مثل مؤشرات الحالة الغذائية كالطول والوزن ومؤشرات بعض الأمراض الأخرى الأكثر انتشاراً كتسوس الأسنان، وضعف البصر، والسمع، ومؤشرات بعض المشكلات السلوكية المتعلقة بالصحة كالتدخين، ومؤشرات المشكلات المتعلقة بالتحصيل الدراسي.

ويلاحظ أن هناك اتفاقاً حول العلاقة الوثيقة بين التربية والصحة، فكلاهما يسعى إلى توفير الظروف الملائمة للفرد لمساعدته على النمو الشامل في جميع النواحي النفسية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، كما يلاحظ أن الغاية الأساسية من التربية الصحية هي إكساب الفرد المعرفة الصحية المناسبة والفعّالة التي تؤدي إلى إكساب الفرد العادات والاتجاهات الصحية السليمة (العلي، 2001).

أهمية المدرسة ووظيفتها:

المدرسة مؤسسة اجتماعية أوجدها المجتمع لتحقيق أهدافه وغاياته، وهي مؤسسة تربوية نظامية مسؤولة عن توفير بيئة تربوية مثالية للطلبة، تساعدهم على تنمية شخصياتهم من جميع جوانبها الجسمية، والعقلية، والاجتماعية، والانفعالية، والروحية بشكل متكامل فضلاً عن مسؤوليتها في توفير فرص الإبداع والابتكار لهؤلاء الطلبة.

وتبرز أهمية المدرسة في نقل التراث الثقافي للمجتمع بين الأفراد من خلال اكتسابهم الاتجاهات، والمعارف، والأنماط السلوكية بحيث تجعلهم يشعرون بأن هوية واحدة تجمعهم، وكذلك تزويد المجتمع بالطاقات والكوادر الفنية المدربة، والمؤهلة للإسهام في عمليات الانتاج والتنمية الاجتماعية والاقتصادية (عبداللطيف، 2001).

لذلك تطورت وظيفة المدرسة تطوراً جذرياً، نتيجة لأن الطلبة محور اهتمامها بصفتهم أفراداً ينمون ويتطورون، يعيشون في جماعة يتفاعلون معها، ويتأثرون باتجاهاتها وأنظمتها، ويؤثرون فيها، لذلك اتسعت وظيفة المدرسة، وتخطت نطاق العملية التعليمية المحدودة لتشمل الاهتمام بجميع جوانب الطلبة العقلية، والروحية، والصحية، والاجتماعية بحيث ينمون ويتطورون بالشكل الذي تتكامل فيه هذه الجوانب حتى أصبحت وظيفة المدرسة لا تقتصر على تزويد الطلبة بالمعلومات فقط، بل تخطت إلى تنمية الفرد وتطوره وتربيته تربية شاملة (سلمى، 1998).

إن التربية في جوهرها هندسة بشرية وبناء على ذلك يصبح المعلم أهم مهندس بشري يبني العقول البشرية، وبالتالي يبني الأمة بأسرها، وتقع على كاهله المسؤولية الكبرى في بعث كيان هذه الأمة من خلال تطويره للقيم، والعادات المجتمعية السلمية عن طريق غرسها في طلبته في سنوات نموهم ونضجهم (مرسي، 2005).

وإذا ما تم التسليم بأهمية المدرسة ودورها في تنمية الجوانب الجسمية، والعقلية والاجتماعية، والنفسية للطلبة، فهذا يقود إلى دور المدرسة في إثراء برامج الصحة المدرسية، وتطبيقها، وذلك من خلال تهيئة الظروف الملائمة لإنجاح تلك البرامج معتمدة على ما لديها من إمكانات بشرية ومادية، فضلاً عن ما توفره من مقومات أساسية أهمها المعلمون ذوو الخبرات المختلفة في المجالات الصحية، والاجتماعية، والنفسية الذين عدوا إعداداً سليماً لممارسة أدوارهم التربوية المكملة للعملية التعليمية (غباري، 1989).

وتسهم مؤسسات التربية والتعليم بشكل فعّال في صحة الطلبة، وذلك من خلال الأنشطة المنهجية واللامنهجية التي تقدمها لهم في المدارس علماً أن دورها لا يقتصر على تلقين المعلومات بل يتجاوزه إلى الاهتمام الواسع بنمو الطلبة، والنهوض بمستوياتهم في مختلف

المجالات، لا سيما الصحية منها، وذلك من خلال المناهج المدرسية التي أصبحت أكثر اهتماماً بالجوانب المختلفة كصحة البيئة، والعناية بالطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومحاولة تكوين العادات الصحية السليمة لديهم منذ الصغر (مقابلة، 1996).

ويبرز مدى الاهتمام الواضح على الأصعدة العالمية، والعربية، والمحلية في مجال التثقيف، والتعزيز الصحي من خلال الاطلاع على الأنشطة التربوية، وحركات التطوير التربوي، فعلى الصعيد العالمي توالت منظمات عديدة مسؤوليات الاهتمام بالجانب الصحي للأفراد والمجتمعات ولعل من أهمها: منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والمنظمة العربية للتربية والعلوم والثقافة، فقد تبنت منظمة الصحة العالمية أسلوب الرعاية الصحية الأولية بوصفها بداية تحقيق الصحة للجميع، فضلاً عن تركيزها على ضرورة التوجه إلى الطلبة في المدارس إذ إنهم يشكلون شريحة كبرى في المجتمع (حمام، 1996).

تطور مفهوم الصحة المدرسية:

تعد فترة الطفولة من المراحل المهمة من حياة الإنسان إذ ينمو الطالب جسمياً، وعقلياً، واجتماعياً وعاطفياً، وعليه فإن للعناية بالحاله الصحية في مختلف صورها أهمية خاصة في كل مرحلة من مراحل حياته، ولكي يتمكن الطلبة من القيام بواجباتهم المدرسية خير قيام ينبغي أن يكون الطالب صحيح الجسم خالياً من الأمراض، ولهذا فإن من الضروري أن يعالج من الأمراض وأن نحميه من الأمراض المعدية، والمؤشرات الصحية (الجمعية البريطانية لأطباء المدارس، 1984).

وقد بدأ الاهتمام ببرامج الصحة المدرسية في معظم دول العالم مع بداية القرن التاسع عشر، إذ لاحظ جيس واير (Jhas Wire) عام (1812) إصابة بعض طلبة مدارس إنجلترا

بقصر النظر، وفي عام (1840) قامت الحكومة السويدية بإجراء فحص طبي لحوالي أحد عشر ألفاً من الطلبة، وفي عام (1895) قام ستة أطباء بفحص طلبة المدارس الابتدائية في موسكو بالاتحاد السوفيتي، وقد نشر الطبيب الإنجليزي برستلي سميث (Brestly Smith) عام (1902) تقريراً مفاده أن ثمة علاقة بين قصر النظر لدى الطلبة، وقدرتهم على التحصيل العلمي، ومنذ التاريخ بدأ اهتمام الهيئات الصحية في جميع أنحاء العالم المتحضرة يتجه إلى التركيز على برامج الصحة المدرسية (نصر، 1985).

وعلى صعيد الوطن العربي فقد كانت مصر أول دولة عربية اهتمت بالصحة المدرسية، وكان ذلك عام (1882) ثم تلتها العراق عام (1936)، وفي الأردن بدأ الاهتمام بالصحة المدرسية بأشكاله البدائية الأولى منذ أن نشأت الإمارة عام (1921) إلا أن ممارستها الفعلية بدأت منذ مطلع الستينات فأصبح هناك فريق من وزارة الصحة يقوم بجولات على المدارس بقصد فحص الطلبة، وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية ثم بدأت وزارة التربية والتعليم وبالتعاون مع وزارة الصحة بتنظيم برامج خاصة بالصحة المدرسية، وهكذا أخذت الأمور بالتطور إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الآن فأصبح قسم خاص بوزارة الصحة يعنى بالصحة المدرسية، من خلال أقسام الصحة المدرسية في كل مديرية من مديريات الصحة. (أبو ليلى، 2002).

أما "الهيئة التّنفيذية لمجلس وزراء الصّحّة لدول مجلس التعاون" و"مكتب التّربية العربيّ لدول الخليج" (السّياسات الإقليميّة في مجال المدارس المعزّزة للصّحّة).(2009) فقد اهتم في إدماج كلّ من الصّحّة المدرسيّة والتّربية من أجل الصّحّة، ضمن مقاربة واحدة تتمحور حول "التّنمية الإنسانيّة صحيّا", وإعادة هيكلة هذا القطاع من التنمية مؤسسيا ووظيفيا بعيد عن التكرار الوظيفي بين الشريكين الصحي والتربوي من خلال:

– بلورة إستراتيجيّةٍ خليجيّةٍ متوسّطةِ الأمدِ، مستقلّةٍ, ومتعدّدةِ القطاعات، وإعلانُها ونشرُها، وتفعيلُها.

– إنشاء مؤسّسة أكاديميّة أو تدريبيّة خليجيّة عليا (كلّيّة أو معهد) لإعداد فئات مهنيّة مختلفة أوتأهيلِها (مدرّبي مدرّبين، مدرّبين، اختصاصيّين) والتّخصّصِ في مجال التّعزيز الصّحّيّ المدرسيّ .

– توسيع قاعدة فئات الأطفال المستهدفين بتعزيز الصّحّة ؛ بحيث تشمل مستقبلا، أطفال التّعليم ما قبل المدرسيّ .

– إيلاء مزيد من العناية ببرنامج المدارس المعزّزة للصّحّة التي بدأت تترتّب على التّوجّه السّديد إلى تبنّي نهج "المدارس الشاملة (Inclusive Schools) "والمرحّبة (Welcoming Schools) بذوي الاحتياجات الخاصّة، لاسيما على صعيد المبنى المدرسيّ، وتهيئة المرافق، وتوفير الخدمات، وتنويع المناهج وطرائق التّدريس .

– تعريف القطاع الخاصّ بفرص الاستثمار في مجال المدارس المعزّزة للصّحّة، عبر إبرام اتّفاقيّات أو تبنّي برامج مشتركة، لتفعيل الشّراكات بين دول المجلس ودول الإقليم، وبعض دول العالم في مجال تعزيز الصّحّة بالتّعليم .

وتكمن مهمة قسم الصحة المدرسية في الإشراف على العناية الصحية الوقائيــة ليــتمكن القسم من القيام بالأعمال الآتية (السبول، 2004):

1. إجراء الفحص الطبي الكامل الدوري لجميع الطلبة، ومكافحة الأمراض الــسارية بــين الطلبة، وتطعيمهم باللقاحات كلما دعت الحاجة إلى ذلك، والإشراف المستمر على مباني

المؤسسات التعليمية الحكومية والخاصة، والتأكد من استيفائها للشروط الصحية المطلوبة، والكشف عن مباني المؤسسات التعليمية قبل الموافقة على استعمالها.

2. إنشاء العيادات الطبية المدرسية والإشراف عليها.

يعد مفهوم الصحة من المفاهيم المتعلقة بحياة الإنسان الذي يعنى بالسلامة من المرض، إذ عرفتها منظمة الصحة العالمية (1988، 5) بأنها: "حالة من اكتمال السلامة البدنية، والعقلية، والاجتماعية، وليست مجرد عدم وجود المرض.

والصحة بشكل عام حالة من التكامل الجسدي والنفسي، والعقلي والاجتماعي، وليست مجرد الخلو من الأمراض (السبول، 2004)، وعرفها (بني خلف) (2007، 15) على أنها: "مجموعة المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم لتعزيز صحة الطلبة في السن المدرسية، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس".

أما الصحة المدرسية فقد عرفتها منظمة الصحة العالمية (1989، 14) على أنها: "برنامج متخصص يعود إلى برامج الصحة العامة ويوجه اهتمامه للطفل والشاب بالسن المدرسي وله مكوناته".

أهداف الصحة المدرسية:

إن برنامج الصحة المدرسية يشمل كافة نواحي النشاط التي تتم لصالح الصحة في المدرسة ولخصت الجبوري (2002) أهداف الصحة المدرسية بما يأتي:

– تهيئة الحياة المدرسية الصحية أي خلق الوسط المناسب، والبيئة الصحية اللازمة للنمو البدني، والعقلي، والاجتماعي، وتقدير المستوى الصحي للطلبة عن طريق الفحوص الطبية الدورية. واكتشاف الانحرافات الصحية البدنية، أو النفسية، والعمل على تقويمها بالمعالجة المبكرة قدر

المستطاع، وتوفير عناية خاصة للطلبة المصابين بالعاهات والمعاقين، وترويج العادات الصحية السليمة في المدرسة.

– الوقاية من الأمراض السارية في المدرسة، ومعاونة الطلبة لتحسين وتطوير معارفهم، وخلق الأوضاع التي تمكنهم من اتخاذ قرارات صحية مبنية على الفطنة والذكاء.

– تطوير أسس التعاون بين المدرسة، والمجتمع لرفع شأن الصحة.

في حين أشار خضير (1992) إلى أن أهداف الصحة المدرسية تكون على النحو الآتي:

– حماية الطلبة من الأضرار، والمخاطر التي قد يتعرضون لها الطلبة في المدرسة، وذلك بإزالة مسببات الخطر، وتقليل أو الحد من التعرض لها، وتوفير الاحتياطات والإجراءات الوقائية اللازمة لتوافر بيئة دراسية آمنة، خلق الوعي لدى الطلبة بالأساليب والطرق الآمنة في الحياة المدرسية اليومية، وأهمية الالتزام بقواعد السلامة العامة، والصحة المدرسية.

– رفع معنويات الطلبة وزيادة ثقتهم بأنفسهم مما يعزز تحصيلهم العلمي.

وتهتم المدرسة الحديثة برعاية الطلبة صحياً، وتوفير الخدمات الصحية لهم نظرا لارتباطها المباشر بالبرنامج الدراسي، ويضطلع مدير المدرسة بمسؤولية إعداد برنامج الصحة المدرسية من أجل حماية صحة الطلبة والعاملين في المدرسة، ويتطلب ذلك القيام بالإجراءات الآتية (زيدان، 1994):

– توفير بيئة صحية آمنة يشعر من خلالها الطلبة والمعلمون بالراحة، والأمن جراء سلامة الأجهزة، والمرافق المدرسية، وجاهزيتها للاستعمال، وتوافر الشروط الصحية للمرافق، والمباني المدرسية من حيث الإضاءة والتهوية، ونظافة خزانات المياه، والتخلص من النفايات، والمهملات، ويمكن لمدير المدرسة الاستعانة بلجان طلابية صحية بإشراف المعلمين، لهذا

الغرض بحيث تتولى تلك اللجان الإشراف على نظافة الصفوف وتهويتها، وعلى نظافة المرافق والساحات وجاهزيتها.

– تنظيم اليوم الدراسي بصورة تحقق المناخ الصحي العام، وتراعي عدم إجهاد الطلبة والمعلمين جسمياً وعقلياً.

كما أورد السبول (2004) مجموعة من الإجراءات لحماية صحة الطلبة على النحو الآتي:

– الإشراف على مقصف المدرسة، والتأكد من نظافته، وسلامة المأكولات، والمشروبات المقدمة فيه، ومراعاته ومطابقته لشروط التغذية السليمة، ومراقبة مدة صلاحية المأكولات، والمشروبات المقدمة فيه.

– نشر الوعي الصحي بين الطلبة، وتبصيرهم بضرورة العناية بصحتهم، والحفاظ عليها، وتعريفهم بأحوالهم الجسمية، وبمعنى الصحة ووسائل اكتسابها، وبالتغذية السليمة، وبكيفية الوقاية من الأمراض، وبالعادات الصحية، والدراسية السليمة، التي تحفظ الجسم والعقل، ويمكن أن يتم ذلك من خلال أنشطة متنوعة كالمحاضرات، وعرض الأفلام والنشرات والصحافة المدرسية، ويمكن الإفادة من هذا المجال في الخدمات التي توفرها المراكز الصحية وأقسام الصحة المدرسية في المناطق التعليمية، إذ تتوافر عبر المراكز الصحية خدمات إجراء الفحوصات الطبية الشاملة للطلبة وبخاصة عند التحاقهم بالمدرسة، ويتضمن التثقيف الصحي تكوين اتجاهات وعادات صحية سليمة لدى الطلبة.

– نشر الوعي الصحي بين الأهل، وتنظيم التعاون معهم فيما يتعلق بالصحة السليمة والتغذية، والنظافة والوقاية من الأمراض، وآداب الأكل، والنوم والمشي، ونحو ذلك تعريفهم بالعادات الصحية السليمة المرغوب إكسابها لأبنائهم، التي تسهم في نموهم نمواً سليماً متكاملاً من النواحي الجسمية، والعقلية، والنفسية.

ثانياً: الدراسات السابقة:

عمل الباحث على تقسيم الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث وفقاً لتسلسلها الزمني من الأقدم إلى الأحدث.

هدفت دراسة الخليلي، وأبو دهيس (1987) إلى الكشف عن مستوى الوعي الصحي بين الطلبة الأردنيين في الصف الثاني الثانوي بمختلف فروعه: علمي، أدبي ومهني، في ثلاث مناطق جغرافية: المفرق، اربد، والأغوار الشمالية، حيث جرى تطبيق اختبار للوعي الصحي على عينة مؤلفة من (1902) طالباً وطالبة، وتوصلت الدراسة إلى تدن في مستوى الوعي الصحي بين طلبة الأردن بهذا المستوى الدراسي، كما كشفت عن وجود اختلافات في مستوى الوعي الصحي تعزى إلى الجنس لصالح الإناث، وللتخصص لصالح الفرع العلمي ثم الفرع الأدبي ثم المهني وللمنطقة الجغرافية لصالح محافظة المفرق ثم محافظة إربد ثم الأغوار.

كما هدفت دراسة عبودة (1988) إلى تحديد وظيفة المدرسة في رفع المستوى الصحي لطالبات المرحلة الثانوية في مدينة مكة المكرمة، وطبقت الدراسة على طالبات السنة الأولى والثانية في سبع مدارس ثانوية، بلغ عددهن (620) طالبة، طبق عليهن استبيان مكون من (30) فقرة، وتوصلت الدراسة إلى أن المدارس تهتم بتوفير الأطعمة الصحية، وتهتم بالنظافة، ولكنها تهمل وجود صيدلية في الغرف الصفية، كما تهمل توفير غرف خاصة بالإسعافات الأولية.

قام ليونتس (Liontos, 1990) بدراسة هدفت إلى معرفة الوسائل التي يمكن أن تسهم في رفع مستوى الثقافة الصحية لدى طلبة المدارس في ولاية واشنطن، وتكونت عينة الدراسة من (1842) طالباً، وزعت عليهم استبانة مكونة من (36) فقرة، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن

الوسائل الفاعلة في رفع الثقافة الصحية للطلبة تتمثل في نشر العلم، إلا أن المدرسة وحدها لا تكفي في التخفيف من المشكلات الصحية التي تواجه الطلبة في سن مبكرة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث جرت هذه الدراسة في مدارس ولاية واشنطن، وتوصلت الدراسة إلى أن الوسائل الآتية: نشر العلم، والثقافة ومساعدة الطلبة المحتاجين مادياً وتعليمياً، وزيادة الخدمات الصحية المقدمة للمدارس وتأمين العمل للطلبة بعد تخرجهم هي وسائل فعالة ثبت إسهامها في رفع الخدمات الصحية وحل مشكلاتهم الصحية وأشارت الدراسة إلى أهمية تدريب المعلمين على اكتشاف وملاحظة المشكلات التي تواجه طلبتهم من أجل الإسراع في حلها، حيث ظهرت جدوى هذا التدريب واضحة في مدارس واشنطن في الولايات المتحدة الأمريكية إذ تحسن مستواهم الصحي والتحصيلي بشكل ملحوظ.

وأجرى فريمان و ميكر(Freeman & Meeker, 1991) دراسة هدفت إلى تقويم برنامج الخدمات الصحية المدرسية باستخدام الحاسوب، في ولاية كاليفورنيا، إذ تم توزيع استبانة على (1079) طالباً، وقد دلت النتائج على أن مستوى الخدمات الصحية التي تقدم للطلبة كان متوسطاً.

أما دراسة بدح (1992) فهدفت إلى تقويم فعالية برامج الخدمات الصحية في المدارس الأردنية، عن طريق تحليل هذه البرامج إلى مدخلات وعمليات ومخرجات، وذلك لعمل كل من الطبيب والمعلم المشرف في برامج الخدمات المقدمة للطلبة، وقد تألفت عينة الدراسة من (42) طبيباً من أطباء الصحة العامة في مراكز الزرقاء الصحية، و(52) معلماً في المدارس التابعة للمراكز الصحية الأربعة، وقامت الدراسة ببناء ثلاث استبانات الأولى احتوت على الأهداف العامة والخاصة لأركان البرنامج الصحي المدرسي، والثانية احتوت على الأعمال التي يقوم بها الطبيب لبرنامج الخدمات الصحية، والثالثة اشتملت على الأعمال التي يقوم بها المعلم المشرف على برنامج الخدمات الصحية، وبعد أن التأكد من صدق أدوات الدراسة وثباتها، تم تطبيقها وتم التوصل إلى أن درجة تحقيق فعالية برنامج الخدمات الصحية في المدارس الأردنية لأهدافه العامة والخاصة تتم بفعالية متوسطة، وأن درجة فعالية الأعمال التي يقوم بها الطبيب المسؤول عن برنامج الخدمات للصحة المدرسية تتم بفعالية عالية.

وأجرت الجبر (1992) دراسة هدفت إلى معرفة مدى توافر الشروط الصحية والفنية الخاصة بالأثاث المستخدم في الحجرات الدراسية في مدارس التعليم العام في الكويت، ولمعرفة تأثير متغير المرحلة التعليمية (ابتدائي – متوسط – ثانوي)، وتأثير متغير سنوات إنشاء هذه المدارس (1956 – 1965)، (1966 – 1970)، (1976 – 1985)، من وجهة نظر المعلمين والمعلمات العاملين في هذه المدارس، وتكونت عينة الدراسة من (652) معلماً ومعلمة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: توافر الشروط الصحية والفنية في الأثاث المستخدم داخل حجرات الدراسة، التي منها: ارتفاع المقاعد للتلاءم مع طول سيقان الطلبة، الحافة الأمامية للمقاعد متداخلة مع الحافة الأمامية للأدراج، أماالشروط الصحية والفنية الأقل توافراً في الأثاث المستخدم داخل حجرات الدراسة، منها: عدم لصق الأدراج والكراسي الجانبية بالحائط، وعدم قابليته للكسر بسهولة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توافر الشروط العلمية والفنية الخاصة بالأثاث لصالح المرحلة المتوسطة.

وهدفت دراسة ليفي (Leavy,1992) إلى تقويم برامج التثقيف الصحي في سلوك طلبة الصف الأول في مدرستين أمريكيتين، إذ طبقت الدراسة على مجموعتين: ضابطة وتجريبية تعرضت إلى البرنامج، الذي تناول موضوعين هما: تنظيف الأسنان، وزيارة طبيب الأسنان المتكررة. وعند ملاحظة الباحثة لسلوك المجموعتين الضابطة والتجريبية لوحظ التطوير الواضح في ثقافة وسلوك الطلبة الذين تعرضوا إلى البرنامج الصحي، فقد أخذ هؤلاء الطلبة يتبعون الطريقة الصحيحة في تنظيف أسنانهم مرتين يومياً وبدأوا بزيارة طبيب الاسنان دورياً وتكونت عندهم مواقف إيجابية من قضايا صحية كثيرة أخرى، وخلصت الباحثة إلى أهمية الزيارات والبرامج التثقيفية الصحية في تربية أطفال مثقفين أصحاء.

وهدفت دراسة هيجان (1994) إلى "معرفة فاعلية الإدارة التعليمية في تطـوير البيئـة الصحية بالمرحلتين المتوسطة والثانوية كما يراها مديرو المدارس والموجهون التربويون وأطباء الوحدات الصحية المدرسية في مدينة مكة المكرمة"، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبيان وزع على (70) مدير مدرسة متوسطة، و(13) مدير مدرسة ثانوية، و(70) موجهـاً تربويـاً، و(15) طبيباً، وأشارت النتائج إلى أن مستوى الخدمات الصحية المدرسية من وجهة نظر أفراد العينة كان متدنياً.

وهدفت دراسة بياترس (Pietras, 1994) إلى إجراء مقارنات بين مدارس اشتركت في ورشات عمل عن التوعية الصحية للطلبة، وذلك في ولاية تكساس الأمريكية، وتكونـت عينـة الدراسة من (50) مدرسة اشتركت في الورشات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هذه المـدارس قد تحسن وعيها في الإرشاد الصحي، والصحة البيئية، ومعالجة المشكلات الغذائية للطلاب.

أما دراسة بيرنيز (Byrrnes, 1994)، فقد هدفت التعرف إلى العلاقة بـين إدراكـات معلمي الصفوف الابتدائية لبرامج الصحة المدرسية ومستوى أداء هؤلاء المعلمين في تـدريس هذه البرامج وطبقت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من (110) معلمين من المراحل الابتدائية في ولاية فلوريدا الأمريكية، وأسفرت النتائج عن أن نسبة عالية من هؤلاء المعلمين أكدوا على أن التدريب الذي تلقونه في كيفية تطبيق برامج الصحة المدرسية، علاوة على المواد المتاحة لهـم من نشرات تتعلق بالتوعية الصحية أسهمت بشكل كبير في إنجاح تطبيق هذه البرامج ، كما أكد هؤلاء المعلمون على أن وجود عاملين صحيين مؤهلين في هذه المدارس أسهم بشكل كبير فـي تحسين أدائهم بالنسبة للتوعية الصحية للطلبة .

وهدفت دراسة كوكس (Cox, 1994) إلى تطوير، وتنفيذ وتقويم برامج الصحة المدرسية في مناطق مختارة ومعرفة وجهة نظر معلمي المدارس الابتدائية في مدى نجاح برامج الصحة الجسمية والنفسية في إحداث تغييرات في السلوك المرغوب فيه للطلبة في ولاية بنسلفانيا الأمريكية، وتكونت عينة هذه الدراسة من (185) معلماً، وبحثت الدراسة في مدى نجاح هذه البرامج في نشر التوعية الجسمية والنفسية لهؤلاء الطلبة، وقد أكد (85%) من المعلمين – ضمن النتائج التي توصلت إليها الدراسة – أن هذه البرامج كانت فعالة بشكل كبير في تلبية الاحتياجات النفسية والجسمية، كما أنها أحدثت التغييرات المرغوب فيها لهؤلاء الطلبة.

وهدفت دراسة داوود وفلاح (1995) إلى تقصي مدى التحسن الذي طرأ على المعرفة، والاتجاهات ، وممارسات الطلبة الصحية الذين شاركوا في مشروع المدارس المعززة للصحة المدرسية، أو تعرضوا للمشروع في الصفوف المختلفة، وتم التركيز على موضوعات تتعلق بالصحة، وهي: الوقاية الشخصية، والبيئية، والتغذية السليمة، والفعاليات الجسمانية والأمان، والسلامة، وتمت الدراسة على مرحلتين: المرحلة الأولى قبل تنفيذ المشروع، والمرحلة الثانية بعد الانتهاء أي في نهاية السنة الدراسية في فلسطين، وشاركت في هذا المشروع (49) مدرسة أساسية في خمس محافظات، تم اختيار العينة لتكون ممثلة لمجتمع الدراسة البالغ (18000) تلميذ في الصفوف الأول والثاني والثالث والرابع والخامس والسادس وكانت العينة عشوائية طبقية وبلغت العينة (1935) تلميذاً قبل تنفيذ المشروع، وبعد تنفيذ المشروع كانت العينة (1919) تلميذاً، وأشارت النتائج في المرحلة الأولى ما قبل تنفيذ المشروع إلى مستوى عال من المواقف الإيجابية، وتوجهات إيجابية نحو موضع الصحة المفحوصة، أما بالنسبة للتصرفات، فقد وجد أنها أقل قيمة من المواقف، ولكنها كانت أفضل من مستويات المعرفة حيث أن المعرفة، حصلت على أقل تقدير قبل تنفيذ المشروع.

وهدفت دراسة هانسن (Hanson, 1995)، إلى تقويم خدمات الصحة المدرسية التي يحتاجها الطلبة المراهقون، وتكونت عينة هذه الدراسة من (185) معلماً، وأجريت الدراسة في ولاية الينوي الامريكية، وكانت أسئلة الدراسة ما يأتي:

1- ما الخدمات الصحية التي تلقاها المراهقون في المدارس؟

2- ما الخدمات التي كان يرغب فيها المراهقون في المدارس؟

وكانت نتيجة الدراسة أن (75%) من المعلمين يرون أن برامج الصحة للمراهقين التي قدمت لهم في مجال الصحة الجسمية والاجتماعية كانت فعالة، أما بالنسبة لخدمات الصحة النفسية فلم تكن بالمستوى المطلوب، أما بالنسبة للخدمات التي يرغب فيها المراهقون فكانت الارشادات النفسية.

وأجرى فانكور (Vancour, 1995) دراسة تهدف إلى تقويم فاعلية برنامج التربية الصحية المدرسي، وطبقت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من (144) معلماً ومعلمة للمدارس الثانوية في ولاية فرجينيا في الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت نتيجة الدراسة أن هناك اختلافاً في تطبيق هذه الخدمة بالنسبة للمعلمين والمعلمات، وكانت النتائج لصالح الإناث، إذ كن أكثر التزاماً في تطبيق هذه البرنامج في أثناء الخدمة، وإحداث التغييرات المرجوة في موضوعات الصحة الجسمية والنفسية للطلبة.

أما دراسة كرو وترابي (Croue & Turabi, 1995)، فهدفت لمعرفة الرأي العام الوطني نحو برنامج الصحة المدرسية ، وشملت العينة (1005) من أفراد المجتمع المحلي في ولاية كنتاكي في الولايات المتحدة ، وأجريت الدراسة عن طريق المكالمات الهاتفية، وكانت النتيجة أن نسبة (83%) من أفراد العينة أكدوا على أهمية موضوع برنامج التثقيف الصحي

المدرسي في الوقاية من الأمراض بين الأطفال في هذه المدارس كما أكد هؤلاء على مسؤولية الأسرة والمدرسة في تدعيم هذا الموضوع.

وهدفت دراسة مقابلة (1996) إلى تقصّي العادات غير الصحية التي يمارسها الأطفال الأردنيون، من وجهة نظر أمهاتهم في مرحلة التعليم الأساسي، ومعرفة ما إذا كانت هناك علاقة لهذه العادات ودرجة ممارستها بمجموعة من المتغيرات كجنس الطفل، والمستوى التعليمي للأم، والدخل الشهري للأسرة، وكذلك الترتيب الولادي للطفل.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق استبانة العادات غير الصحية على عينة مكونة من (365) أمّاً من الأمهات العاملات، وغير العاملات في محافظات إربد، وعجلون ، والمفرق، إذ تم اختيارهن بطريقة عشوائية.

وتوصلت الدراسة إلى أن أبرز هذه العادات مرتبة على النحو الآتي: (ترك الفراش بلا ترتيب بعد النوم، مشاهدة التلفاز عن قرب شديد، استخدام مناشف ومناديل أفراد الأسرة، تمشيط الشعر بأمشاط غيره في المنزل، إلقاء النفايات على الأرض خارج المنزل)، وكذلك فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ممارسة العادات غير الصحية تعزى إلى جنس الطفل، سواء على مجالات الدراسة أم على المقياس ككل، كما برزت قيم تتعلق باختلاف العادات غير الصحية لدى الأطفال باختلاف مستوى تعلم الأم، كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى مستوى تعليم الأم، فكلما ارتفع مستوى تعليم الأم. قلت العادات غير الصحية.

أما دراسة الترك (1996) التي هدفت لتعرف على واقع عناصر كفاية المكان التربوية ومدى توفرها في المدارس الحكومية الثانوية في الضفة الغربية وقد أظهرت نتائجها أن عناصر كفاية المكان التربوية متوفرة جزئياً، بمعنى أن بعضها متوافر في مدارس وبعضها الآخر غير

متوافر أصلاً كالتدفئة الحديثة والتبريد وقاعات الفن والموسيقى وصالات الالعاب المغلقة، كذلك أظهرت النتائج الاتجاه السلبي لمديري هذه المدارس حيال الأبنية المدرسية لمدارسهم من حيث كفايتها التربوية، كما أظهرت النتائج الاحيتاجات المادية اللازمة كي تصبح كفاية المكان التربوية لهذه المدراس جيدة.

وفي دراسة كنت (Kent, 1996)، العلاقة بين المناخ الصحي للمدرسة وتحصيل التلميذ في المدارس الابتدائية، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (504) مدرسين، من (29) مدرسة ابتدائية من أربع مقاطعات في فرجينيا، وكانت النتائج كما يأتي:

- وجود علاقة ما بين المناخ المدرسي الصحي وتحصيل التلميذ في الصفين السادس والثالث الابتدائيين.
- ضرورة تحسين مناخ المدرسة الصحي، لما له من أثر في تحصيل الطلبة.

وجاءت دراسة نيكولاس و ويلسون (Nicholas & Wilson, 1996)، لوضع اقتراحات لتحسين الوضع الصحي، وتقليل مخاطر الإصابة بالأمراض بين طلبة المراحل الثانوية في مدارس ولاية ميسوري وكانت عينة الدراسة مكونة من (249) مدير مدرسة، و(250) معلماً، وأكدت نتائج الدراسة أن أهم الاقتراحات التي يوصي بها مديرو ومعلمو المدارس ما يأتي:

- التركيز على الموضوعات الصحية في المناهج التعليمية وبخاصة لمرحلة المراهقة.
- التركيز على زيادة الأنشطة الصحية اللامنهجية مع تشجيع الطلبة في الاندماج والمشاركة في هذه النشاطات.
- تدريب المعلمين على تقديم محاضرات التثقيف الصحي لهذه الفئة من الطلبة.

- التأكيد على مشاركة أولياء الأمور، والأقران، والمجتمع المحلي في موضوع التثقيف الصحي للمراهقين.

وقام بوش (Bush, 1997)، دراسة تهدف إلى تقويم برامج الصحة المدرسية في تكساس وتكونت عينة الدراسة من (75) مديراً و (273) من أولياء الأمور، وكانت أداة الدراسة استبانة تضم أربعة مجالات وهي الصحة الجسمية، والنفسية، والعقلية، والاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى أن هذه البرامج كانت داعمة للصحة الجسمية والنفسية بدرجة عالية، ولكنها في مجالات الصحة العقلية والاجتماعية كانت داعمة بدرجة متوسطة.

أما دراسة لامر (Lamer, 1997)، وهدفت إلى معرفة الدور والمسوؤليات والاتجاهات لمعلمي مدارس ولاية مسيسبي وارتباطها بالتنفيذ، وشملت العينة (120) من المعلمين في المراحل الابتدائية في ولاية ميسيسيبي الأمريكية ، وكانت نتائج الدراسة أن المعلمين أشاروا إلى حاجاتهم إلى التدريب المستمر لتطبيق هذه البرامج، وأن هناك نقصاً أحياناً في الإمكانات المادية لتطبيق هذه البرامج.

وهدفت دراسة بالمر (Palmer,1998) إلى معرفة دور المعلمين في تلبية الحاجات الصحية والاجتماعية للطالب الواقع في خطر وشملت عينة الدراسة (120) معلماً في المدارس الثانوية في نيويورك، ويتمحور سؤال الدراسة حول كيفية إدراك المعلمين لدورهم في تلبية الحاجات الصحية والاجتماعية للطالب الذي يتعرض إلى خطر، وطبيعة الأحداث والظروف التي تشكل الخطر على الطالب وأثرها في تشكيل هذا الدور: وتبين من خلال نتائج هذه الدراسة أن هناك أزمة في دور المعلم في هذه الظروف والأحداث.

في حين جاءت دراسة كرامر (Cramer, 1999)، إلى معرفة اتجاهات الآبـــاء نحـــو برامج الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في نبراسكا، وتكونت العينة من (265) من أولياء الأمور، وذلك من خلال المقابلات الشخصية لمعرفة وجهة نظرهم في فعاليـــة تلـــك البرامج، وإمكانية دعم هذه البرامج مادياً من قبل مجالس أولياء الأمـــور، وكانـــت نتـــائج الدراسة أن نسبة كبيرة من الإجابات دعمت فعالية هذه البرامج في تحسين صحة الطلبـــة، وفي إمكانية دعمها مادياً.

أما دراسة خندقجي (2000) فقد هدفت إلى تعرف واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين في محافظة إربد، وتكونت عينة الدراسة من (550) مديراً ومشرفاً صحياً، تكونت أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانة من (63) فقرة، وأظهرت نتائج الدراسة: أن واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية كانت من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين بمستوى متوسط، كما أظهرت النتائج أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α=0.05) تبين وجهات نظر مديري المدارس والمشرفين حول واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية في المدارس الحكومية في محافظة إربد تعزى لمتغير الوظيفة وكانت لصالح المديرين، ومتغير الجنس كان لصالح الذكور ومتغير الخبرة لصالح ذوي الخبرة من سنة إلى خمس سنوات، كما أظهرت النتائج وجود فروق تعزى لمتغير المؤهل العلمي ولصالح الحاصلين على درجة البكالوريوس.

وأجرى العلي (2001) دراسة لمعرفة مستوى الثقافة الصحية لـــدى طلبـــة المراحـــل الأساسية العليا في المدارس الحكومية في محافظة جنين، فضلاً عن تحديد أثر متغيرات كل من

جنس الطالب ومكان إقامته، ومستوى تعليم الأب، ومستوى تعليم الأم، ومستوى تحصيل الطالب في مادة العلوم، على مستوى الثقافة الصحية، وتكونت عينة الدراسة من (470) طالباً وطالبة (231 طالباً، 239 طالبة) أي ما نسبته (31%) تقريباً من مجتمع الدراسة، موزعين على المدارس الحكومية في جنين، واستخدمت الدراسة المعيار المستخدم في وزارة التربية والتعليم لوصف مستوى الثقافة الصحية من خلال اختبار الثقافة الصحية الذي بناه من خلال مراجعته للأدب التربوي المتعلق بموضوع بحثه، وأظهرت نتائج الدراسة أن متوسط إجابات الطلبة على الاختبار ككل بلغ (78%) وكان متوسط إجابات الطلبة على مجال صحة البيئة في الترتيب الأول ومتوسط الإجابة عن مجال السلامة العامة والوقاية من الأمراض في الترتيب الثاني، على مجال الصحة الإنجابية في الترتيب الثالث، وجاء متوسط إجابات الطلبة على مجال التغذية في الترتيب الأخير، وأخيرا أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الثقافة الصحية لصالح الاناث، ومستوى تعليم الأب، ومستوى تعليم الأم، بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية في متسوى الثقافة الصحية تعزى لمستوى تحصيل الطالب.

وأجرى هولندر(Hollander,2002) دراسة هدفت إلى تزويد معلومات صحية للجمهور : مسح للممارسات الحالية في مكتبات العلوم الصحية، وتكونت عينة الدراسة من (7000) طالب وطالبة من الصفوف(5-12) ، وزعت عليهم استبانة، ودلت التائج على أن الإناث يفضلن الحصول على المعلومات الصحية عن طريق حصة التربية الصحية، بينما يفضل الذكور المجلات والانترنت ، وأشار غالبية أفراد العينة إلى أن الموضوعات الصحية التي يجب أن تناقش معهم تتمثل في الأمراض الجنسية، والتدخين، والمخدرات، والكحول.

وهدفت دراسة طوقان (2003) إلى تعرف واقع برامج الصحة المدرسية للمراحل الأساسية الدنيا في المدارس الحكومية، والمدارس التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر معلمي ومعلمات هذه المراحل في محافظة نابلس، وتكونت عينة الدراسة من (433) معلماً ومعلمة من المراحل الأساسية الدنيا، وبنسبة (36%) من المجتمع الأصلي المكون من (1173) معلماً ومعلمة. وتكونت استبانة الدراسة من (72) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وأسفرت الدراسة عن النتائج الآتية: أن مجالات الدراسة حصلت على النسب الآتية : مجال الصحة البيئية (68%) ، والصحة الجسمية (66%)، والصحة النفسية (69%)، والصحة الاجتماعية(76%) والدرجة الكلية لواقع برامج الصحة المدرسية (70%). ولا توجد فروق دالة إحصائياً في واقع برامج الصحة المدرسية بمجالاتها للمراحل الأساسية الدنيا في المدارس الحكومية، وكذلك التابعة لوكالة الغوث في محافظة نابلس تبعا لمتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة، ودوام المدرسة.

أما دراسة العصيمي (2004) فبحثت واقع الصحة المدرسية في مقصف المدرسة، في مدارس المرحلة الابتدائية في مدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من (250) طالباً من مدارس مختلفة بمنطقة الرياض، وتم تطوير استبانة من أجل جمع المعلومات من عينة الدراسة، وأظهرت النتائج أن هناك نسبة من الطلبة بلغت57% أصيبوا بتسوس الأسنان، وأن الطللبة يقبلون على المشروبات الغازية والمضرة صحياً بنسبة 86% فيشربونها أكثر من ثلاث مرات أسبوعياً. كما أظهرت نتائج الدراسة أن هناك مراقبة من قبل المسؤولين عن برامج الصحة المدرسية والمشرفين للتطعيمات التنشيطية والموسمية وعند دخول المدارس، ولا توجد هناك مراقبة للمقاصف المدرسية ومتابعة الاشتراطات الصحية فيها .

وقام فضل الله (2004) بدراسة هدفت إلى الوقوف على تجربة الإدارة العامة للصحة المدرسية في تعزيز نمط المعيشة من خلال برامج التربية الغذائية، وأشارت نتائج هذه الدراسة النظرية إلى أن التغذية تعد من أهم محددات الصحة في المجتمع المدرسي، فهي تؤثر في نشاط الطلاب العلمي والحيوي، وأشارت الدراسة إلى البرامج التي قامت الإدارة بتبنيها مثل: برنامج التربية الغذائية (غذاؤك حياتك)، ولائحة الاشتراطات الصحية للمقاصف، وبرنامج منتدى المعارف الصحي. كما استعرضت الدراسة خلاصة تجربة الإدارة في برامج التوعية الغذائية، وملامح تطبيقها على مستوى المملكة مع ما تواجهه من تحديات تعترضها.

وتناولت دراسة الأنصاري (2007) تجارب الصحة المدرسية في الدول الأعضاء بمكتب التربية في دول الخليج العربي، واستخدمت الدراسة الأسلوب الوصفي لتنظيم المقاصف المدرسية، وبرامج التوعية الغذائية، وبرامج المشرف الصحي، مقارنة ذلك كله بتجارب دولية وإقليمية. وأشارت الدراسة إلى أن الصحة المدرسية في المملكة العربية السعودية لا تزال بحاجة إلى المزيد من الاهتمام حتى ترتقي إلى مصاف بعض الدول المتقدمة.

وأجرت الصعوب (2009) دراسة هدفت إلى معرفة : "درجة تطبيق برامج الصحة المدرسية في المدارس الأساسية في الأردن" ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير استبانة وزعت على (274) مديرا ومديرة، و(91) مشرفا ومشرفة، و(708) معلمين ومعلمات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة تطبيق برامج الصحة المدرسية في الأردن جاءت متوسطة من وجهة نظر كل من المديرين، والمشرفين الصحيين، والمعلمين ،كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الدراسة تعزى إلى متغير الوظيفة (لصالح المشرفين الصحيين)، وإلى متغير الموقع الجغرافي (لصالح إقليم الوسط).

أما دراسة ويليم وأنجيلا (William and Angela, 2010) فقد هدفت إلى تأكيد التقدير والتقويم لصحة الطالب في كليات الجامعات الخاصة بتدريس الطلاب السود في ولاية تكساس الأمريكية والتعرف إلى الطرق والإجراءات الصحية داخل الكليات من طرق التدفئة والبيئة الصحية الملائمة والتجهيزات الملائمة، والتعرف إلى أهم المشكلات التي تتعرض لها برامج الصحة للطلبة، والتي تحول دون تطبيقها في هذه الجامعات والكليات، استخدمت الدراسة أسلوب الملاحظة والمقابلة والاستبانة، وتكونت عينة الدراسة من (20) طالباً تم اختيارهم من كل كلية، كما تم إجراء مقابلة مع القائمين على تطبيق برامج الصحة الطلابية في الكليات أظهرت نتائج الدارسة أن هناك برامج حديثة وجيدة طبقت خلال العام 2010 تهدف إلى رفع مستوى الصحة الطلابية، كما أظهرت نتائج الدراسة أن هناك رضا واضحاً من قبل الطلبة وأن الكليات بدا عليها الاهتمام فيما يخص التجهيزات الصحية المناسبة والبيئة المناسبة.

وفي دراسة جيانين ودايدر (Jeanine and Didier, 2010) التي هدفت التعرف إلى مستوى الرعاية الصحية المدرسية والطرق الحديثة المستخدمة في تقييم برامج الصحة المدرسية من خلال مسح واقع معرفة وإدراك الطلبة والمعلمين والمديرين لمفاهيم الصحة المدرسية، وتكونت عينة الدراسة من (20) مديراً و(100) معلم و(200) طالب، استخدمت الاستبانة وسيلة لجمع البيانات، وأظهرت الدراسة أن هناك جهلاً من قبل الطللبة والمعلمين والمديرين حول مفاهيم الصحة المدرسية، وأن برامج الصحة المدرسية المطبقة غير فاعلة في دورها، كما أن البرامج الصحية المستخدمة في هذه المدارس قديمة وغير.

ملخص الدراسات السابقة، وموقع الدراسة الحالية منها

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة يتضح لنا أن تلك الدراسات تناولت الموضوع من جوانب مختلفة ومتعددة، ولم توجد دراسة واحدة شملت جميع مكوناتها موضوع الدراسة الحالية بأكمله، وكانت الدراسات السابقة متفرقة تناولت كل منها أحد أو بعض الجوانب التي تقيسها الدراسة الحالية، ويمكن القول إن الدراسات السابقة اتصفت بما يأتي:

أولاً: الأهداف

تحددت أهداف الدراسات السابقة في أهمية البيئة المدرسية بمرافقها في زيادة التحصيل الدراسي للطلاب، وهذا بالاضافة إلى أهمية برامج الصحة المدرسية في تحسين الوضع الصحي للطلبة في المدارس مثل دراسة كل من (الجبر، 1992)، كنت(Kent,1996)، كرامر(Cramer,1999)، (خندقجي،2000) ، كما وتناولت دراسات أخرى مثل ، (الخليلي، خليل وأبودهيس، الشيخ سالم 1987)، (داوود وفلاح، 1995)، (مقابلة، 1996)، أهمية التركيز على التربية الصحية والتثقيف الصحي بجوانبه الجسمية، والنفسية، والاجتماعية لما لهما أثر على تحسين العملية التعليمية وزرع العادات الصحية المثلى لدى التلاميذ منذ الصغر، وكذلك التركيز

في المناهج التعليمية على الصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للتلاميذ التي أظهرت بعض الدراسات افتقار هذه المناهج لبعض هذه الموضوعات، كما تناولت الدراسات السابقة واقع البرامج الصحية المدرسية، الجسدية والنفسية، مؤكدة أهمية هذه البرامج ولا سيما في السنوات المبكرة.

أما الدراسة الحالية فقد هدفت إلى دراسة مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات.

ثانياً:عينة الدراسة

اشتملت عينات الدراسات السابقة على وجهات نظر مختلفة، من طلبة ومعلمين ومشرفي الصحة المدرسية والأطباء ، إذ تراوحت العينات بين (20) فرداً إلى (1902) فردين. أما الدراسة الحالية فقد أجريت على المديرات والمعلمات المدارس الإبتدائية في دولة الكويت والبالغ عددهم (104) مديرة و(670) معلمة.

ثالثاً: أدوات الدراسة

استخدمت الدراسات السابقة التي تمت الإشارة إليها في هذه الدراسة الاستبانة كأداة رئيسة في جمع (البيانات)، وكذلك تم استخدام المسح عن طريق الهاتف، أما الدراسة الحالية فقد استخدمت أيضا الاستبانة إذ قام الباحث بتطويرها.

رابعاً: الوسائل الإحصائية

كانت الوسائل الإحصائية المستخدمة في الدراسات السابقة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية، والاختبار التائي (t-test) وتحليل التباين الأحادي, أما الدراسة الحالية فقد استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاختبار التائي (t-test) وتحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

ويمكن إجمال إفادة الباحث من الدراسات السابقة فيما يلي :

1- الاهتداء إلى مصادر ومراجع وبحوث ودراسات.

2- صياغة أهداف الدراسة.

3-اختيار الوسائل الإحصائية التي تخدم أهداف الدراسة.

4- بناء الإطار النظري للدراسة وتكوين تصور شامل للموضوع.

5- تطوير أداة الدراسة وكيفية التحقق من صدقها وثباتها.

إن أهم ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة أنها تناولت مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات , بخلاف الدراسات السابقة التي تناولت مديري المدارس, والمعلمين وبرامج التربية الصحية، وتميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في أنها تناولت مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات على حد سواء، ثم أنها بحثت في أثر بعض المتغيرات المتعلقة بالمديرات والمعلمات في تقديراتهن للصحة المدرسية إذ لم تجر على- حد علم الباحث- أي دراسة تناولت موضوع مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات ، إذ اعتمدت على تقييم (المديرات، والمعلمات) إذ إنهن يشاركن في تقييم الواقع الصحي لمدارسهن.

وتأتي هذه الدراسة محاولة للتوصل إلى مجموعة من المؤشرات الواجب توافرها في الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت, كما يمكن أن تشكل هذه الدراسة إضافة جديدة إلى حقول المعرفة وخصوصاً المكتبة العربية, ويمكن أن تكون هذه الدراسة نواة لدراسات أخرى تبحث في الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت, ودراسة متغيرات أخرى تؤثر على الجانب الصحي في المدرسة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجـــراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لمنهج الدراسة المستخدم، والتعرف إلى مجتمع الدراسة وعينتها، والأداة المستخدمة في الدراسة لغايات جمع بياناتها، وكيفية إعدادها وتطويرها، وصدقها وثباتها، والإجراءات المعتمدة في الدراسة والوسائل الإحصائية المناسبة التي تم استخدامها .

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي المسحي، للتعرف إلى مستوى الصحة المدرسية بالاعتمـــاد على الدارسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من (أ) جميع مديرات المدارس الابتدائية في دولـــة الكويـــت، والبالغ عددهن (384) مديرة، و(ب) جميع معلمات المرحلة الابتدائية في دولة الكويت البـــالغ عددهن (24649) معلمة في دولة الكويت والملتحقات بعملهن خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي2011/2010، وفقاً لإحصاءات وزارة التربية للعام (2009)، والجدول (1) التالي يوضح توزيع مديرات المدارس والمعلمات في دولة الكويت:

جدول (1)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً للوظيفة والمنطقة التعليمية

المنطقة التعليمية	المديرات	المعلمات
العاصمة	69	3804
الفروانية	67	4769
مبارك الكبير	51	2881
الأحمدي	78	5324
الجهراء	62	4288
حولي	57	3583
المجموع	**384**	**24649**

عينة الدراسة :

تم اختيار ثلاث مناطق تعليمية من المناطق الست في دولة الكويت بطريقة عشوائية بحيث تغطي شمال ووسط وجنوب الكويت، وبنسبة (50%) من المناطق التعليمية حيث اشتملت العينة على المناطق الآتية: منطقة العاصمة التعليمية، ومنطقة الأحمدي التعليمية، ومنطقة الجهراء التعليمية، ثم تم اختيار عينة الدراسة الكلية من المناطق الثلاث بالطريقة الطبقية العشوائية، وعلى النحو الآتي:

(أ) عينة المديرات إذ تم اختيار (104) مديرات، وبنسبة بلغت (50%) من مجتمع المديرات.
(ب) عينة المعلمات إذ تم اختيار (670) معلمة وبنسبة (5%) من المعلمات بالمرحلة الابتدائية في مدارس دولة الكويت.

أداة الدراسة :

لتحقيق هدف الدراسة المتمثل في معرفة مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر مديرات ومعلمات مجتمع الدراسة، ولغايات جمع البيانات، قام الباحث ببناء أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانه بعد الاطلاع على الأدب النظري ذي العلاقة بموضوع الصحة المدرسية، والبحوث والرسائل الجامعية ذات الصلة بموضوعها مثل دراسة طوقان(2003)، ودراسة خندقجي(2000)، ودراسة الصعوب(2009)، ودراسة الجبر(1992). وقد تكونت الاستبانة في صورتها الأولية من (30) فقرة، الملحق (1)، في حين تكونت الاستبانة في صورتها النهائية من (35) فقرة، الملحق(3).

صدق أداة الدراسة:

للتحقق من صدق أداة الدراسة، قام الباحث بعرضها بصورتها الأولية على (17) محكماً من أعضاء هيئة التدريس المختصين في الإدارة التربوية وأصول التربية، وعلم النفس، والقياس والتقويم والمناهج وطرق التدريس في جامعة الكويت والجامعات الأردنية، ومن ذوي الخبرة والكفاءة، انظر الملحق (2)، وطلب منهم التأكد من وضوح فقرات أداة الدراسة، ومدى صلاحيتها لقياس ما صممت لأجله، ومدى ملاءمتها لأهداف الدراسة، واعتبرت ملاحظاتهم دلالات صدق من خلال: إجماع 80% فأكثر من المحكمين على الفقرة فيتم اعتمادها، حيث تمت إضافة (5) فقرات من المحكمين وتم تعديل بعض الفقرات من حيث الصياغة، وفي ضوء ذلك أصبح عدد فقرات الاستبانة في صيغتها النهائية (35) فقرة، ويشير الملحق (3) إلى أداة الدراسة بصورتها النهائية.

ثبات أداة الدراسة:

للتأكد من ثبات الأداة، اعتمد الباحث طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-retest)، وذلك بتطبيقها على عينة من خارج عينة الدراسة بلغ عدد أفرادها (15) مديرة، و(25) معلمة، وقد تمت إعادة تطبيقها عليهم بعد مضي أسبوعين، وبعد ذلك تم احتساب معامل الثبات باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وقد بلغت قيمته (0.83) وتعد هذه القيمة مقبولة لغايات الدراسة الحالية، كما تم التحقق من ثبات أداة الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا(Cronbach-Alpha)، فبلغت قيمة معامل الثبات (0.89)، وهي قيمة مقبولة لأغراض هذه الدراسة.

إجراءات الدراسة:

بعد أن تم إعداد أداة الدراسة، والتحقق من صدقها وثباتها، واعتماد الاستبانة بصورتها النهائية الملحق (3) ، تم تحديد المناطق التعليمية في دولة الكويت بالرجوع إلى وزارة التربية، ومن ثم تم اختيار منطقة من شمال الكويت ومنطقة من الوسط ومنطقة من الجنوب وبطريقة عشوائية ، من خلال تحديد عدد المديرات والمعلمات، وتم اختيار ما نسبته (50%) من المديرات فبلغ عددهن (104) مديرات، وتم اختيار ما نسبته (5%) من المعلمات فبلغ عددهن (670)، ثم تم الحصول على كتاب لتسهيل المهمة من الجامعة، ومخاطبة وزارة التربية، التي بدورها قامت بمخاطبة، مديري المناطق التعليمية المعنية الملحق(4)، تم توزيع الاستبانه على عينة الدراسة البالغ عددها (104) مديرات و(670) معلمة، وبلغ عدد الاستبانات التي خضعت لتحليل الإحصائي (690) أي مانسبته (89.1%) من الاستبانات الموزعة، وقد تم تفريغ

الإجابات وإدخال البيانات إلى النموذج الخاص بالحاسب الآلي باستخدام الحزمه الإحصائية (SPSS) .

كما تم تدريج مستوى الإجابة عن كل فقرة وفق مقياس ليكرت (Likert) الخماسي، وتم تحديدها بخمسة مستويات على النحو الآتي: مرتفع جداً ويعطى (5) درجات، ومستوى مرتفع ويعطى (4) درجات، ومستوى متوسط ويعطى (3) درجات، ومستوى منخفض ويعطى (2) درجتين، ومستوى منخفض جداً ويعطى (1) درجة واحدة، وجرى استخدام مقياس الحكم على النتائج الذي تم تقسيمه إلى (عال، متوسط، منخفض)، بالاعتماد على فئات الأداة، وعددها أربع فئات هي (1- أقل من2.33)، (2.33-إلى أقل من 3.66)، (3.66-5)، وذلك بتقسيم عدد الفئات على عدد البدائل الخمس وهي تمثل (مرتفع جداً، مرتفع، متوسط، منخفض، منخفض جداً)،

وقد حدد مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت باعتماد المعادلة

الاتية : المدى(القيمة العليا للبديل – القيمة الدنيا للبديل) = عدد المستويات

$$\frac{5-1}{3} = \frac{4}{3} = 1.33$$

وعليه يكون:

- المستوى المنخفض من : 1 - 2.33
- المستوى المتوسط من : 2.34 – 3.67
- المستوى المرتفع من : 3.68 – 5

متغيرات الدراسة :

أولاً: المتغيرات المستقلة (الوسيطة) وهي:

1. المؤهل العلمي وله مستويان (بكالوريوس، دراسات عليا).
2. سنوات الخبرة ولها ثلاثة مستويات (5 سنوات فمادون، من 6 -10سنوات، 11سنة فأكثر).
3. السلطة المشرفة (حكومية ، خاصة).

ثانياً: المتغير التابع:

مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت

المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث الوسائل الإحصائية الآتية لمعالجة البيانات إحصائياً:

1- للإجابة عن السؤالين الأول والثاني، تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة.

2- للإجابة عن السؤالين الثاني والثالث، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والاختبار التائي لمعرفة الفروق في مستوى الصحة المدرسية تبعاً لمتغيرات: المؤهل العلمي، والخبرة العملية، السلطة المشرفة، كما تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لوجود فروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية .

3- استخدام معادلة كرونباخ الفا، ومعامل ارتباط بيرسون لإيجاد ثبات الأداة.

الفصـــل الرابـــع

نتائـــج الدراســـة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل وصفاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلتها، وعلى النحو الآتي:

أولاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول الذي ينص على: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات؟

للإجابة عن السؤال الأول فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما تم تحديد الرتبة ومستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات، والجدول (2) يوضح ذلك.

الجدول (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
16	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة.	3.61	0.96	1	متوسط
19	تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية.	3.60	0.95	2	متوسط
29	تحتفظ إدارة المدرسة بسجلات طبية خاصة بكل طالب.	3.50	0.86	3	متوسط
15	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية .	3.39	0.91	4	متوسط
35	تهتم المدرسة ببناء الجوانب المختلفة في شخصية التلميذ.	3.38	0.79	5	متوسط

2	تحدد المدرسة أولويات المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها التلاميذ .	3.34	0.84	6	متوسط
1	تحرص المدرسة على إكساب التلاميذ المعلومات الصحية الأولية اللازمة	3.32	0.81	7	متوسط
4	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات النفسية والعاطفية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	3.30	1.08	8	متوسط
3	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات الجسمية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	3.29	1.01	9	متوسط
5	تحرص المدرسة على تعويد التلاميذ على السلوك الصحي السليم.	3.28	0.95	10	متوسط
30	تتخذ المدرسة إجراءات مناسبة للوقاية من تفشي الأمراض المعدية.	3.17	0.97	11	متوسط
20	توعي المدرسة التلاميذ من مخاطر ممارسات سلوكية تقود إلى مشكلات صحية كالتدخين والمخدرات وغيرها.	3.11	1.14	12	متوسط
17	تنسق المدرسة مع الجهات الصحية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة.	3.07	0.92	13	متوسط
28	تعالج المدرسة الحالات الصحية الطارئة على نحو فاعل وسريع.	3.03	0.93	14	متوسط
31	تناقش في اجتماعات المدرسة قضايا الصحة المدرسية بشكل جاد.	3.03	0.83	14	متوسط
14	تنسق المدرسة مع المركز الطبي لتوفير احتياجاتها من الأدوية والمواد اللازمة.	2.97	0.91	16	متوسط
8	عادة ما يوجد مشرف صحي عام في المدرسة	2.86	0.98	17	متوسط
32	تستضيف المدرسة متخصصين في مجال الصحة لإعطاء محاضرات توعية.	2.86	0.61	17	متوسط
13	تقيم المدرسة برامج توعية صحية وثقافية لنشر الوعي الصحي.	2.84	0.75	19	متوسط

25	تعقد المدرسة دورات توعية صحية للمجتمع المحلي.	2.77	0.64	20	متوسط
18	تؤسس المدرسة لجاناً طبية تعنى بالوعي الصحي.	2.73	0.78	21	متوسط
12	تشرف المدرسة صحياً على التجمعات التي يتواجد بها طلبتها.	2.70	0.76	22	متوسط
26	تخصص المدرسة يوماً في العام الدراسي يكون يوم الصحة المدرسية.	2.69	0.77	23	متوسط
24	تولي إدارة المدرسة برامج خدمات الصحة المدرسية عناية جيدة.	2.67	0.60	24	متوسط
34	تقيم المدرسة للعاملين دورات تدريبية مثل الإسعافات الأولية.	2.64	0.74	25	متوسط
33	تؤسس المدرسة نوادِ طلابية تعنى بالوعي الصحي.	2.63	0.73	26	متوسط
7	توفر المدرسة الخدمات الصحية الوقائية اللازمة.	2.60	0.87	27	متوسط
6	تعقد المدرسة دورات تدريبية للمعلمين العاملين فيها تنمي مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.	2.57	0.74	28	متوسط
11	توازن المدرسة بين الخدمات الصحية الوقائية والخدمات الصحية العلاجية.	2.51	0.71	29	متوسط
21	تصمم المدرسة برامج صحية مناسبة.	2.42	0.73	30	متوسط
22	تنفذ المدرسة برامجها الصحية بشكل فعال.	2.40	0.67	31	متوسط
23	تخضع المدرسة برامجها الصحية لعملية تقويم مستمر.	2.33	0.60	32	منخفض
10	تستدعي المدرسة زائراً صحياً بشكل دوري.	2.24	0.69	33	منخفض
9	عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان .	2.20	0.66	34	منخفض
27	يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية.	1.76	0.89	35	منخفض
	الدرجة الكلية	2.88	0.48		متوسط

يلاحظ من الجدول (2) أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات كان متوسطاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي (2.88) وانحراف معياري (0.48)، وجاءت الفقرات بين المستويين المنخفض والمتوسط ، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (3.61– 1.76) وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (16) التي تنص على " تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة." ، بمتوسط حسابي (3.61) وانحراف معياري (0.96) وبمستوى متوسط، وفي الرتبة الثانية جاءت الفقرة (19) التي تنص على " تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية. بمتوسط حسابي (3.60) وانحراف معياري (0.95) وبمستوى متوسط، وجاءت في الرتبة قبل الاخيرة الفقرة (9) التي تنص على " عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان "بمتوسط حسابي (2.20) وانحراف معياري (0.66) وبمستوى منخفض، وجاءت في الرتبة الاخيرة الفقرة (27) التي تنص على " يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية."بمتوسط حسابي (1.76) وانحراف معياري (0.89) وبمستوى منخفض.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني الذي نصة: ما مستوى الصحة المدرسية في المدراس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمات؟.

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية كما تم تحديد الرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات في المدارس الابتدائية في دولة الكويت، ويظهر الجدول (3) ذلك.

الجدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتبة ومستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات

رقم الفقرة	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	المستوى
16	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة.	3.23	0.97	1	متوسط
19	تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية.	3.23	0.86	1	متوسط
15	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية .	3.18	0.91	2	متوسط
1	تحرص المدرسة على إكساب التلاميذ المعلومات الصحية الأولية اللازمة	3.11	0.60	3	متوسط
5	تحرص المدرسة على تعويد التلاميذ على السلوك الصحي السليم.	3.11	0.76	3	متوسط
29	تحتفظ إدارة المدرسة بسجلات طبية خاصة بكل طالب.	3.06	0.86	5	متوسط
20	توعي المدرسة التلاميذ من مخاطر ممارسات سلوكية تقود إلى مشكلات صحية كالتدخين والمخدرات وغيرها.	3.05	0.90	6	متوسط
35	تهتم المدرسة ببناء الجوانب المختلفة في شخصية التلميذ.	3.03	0.82	7	متوسط
2	تحدد المدرسة أولويات المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها التلاميذ .	2.92	0.64	8	متوسط
3	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات الجسمية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	2.91	0.66	9	متوسط
8	عادة ما يوجد مشرف صحي عام في المدرسة	2.87	0.95	10	متوسط
4	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغيرات النفسية والعاطفية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.	2.84	0.70	11	متوسط

30	تتخذ المدرسة إجراءات مناسبة للوقاية من تفشي الأمراض المعدية.	2.83	0.86	12	متوسط
17	تنسق المدرسة مع الجهات الصحية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة.	2.80	0.77	13	متوسط
26	تخصص المدرسة يوماً في العام الدراسي يكون يوم الصحة المدرسية.	2.79	0.81	14	متوسط
32	تستضيف المدرسة متخصصين في مجال الصحة لإعطاء محاضرات توعية.	2.76	0.74	15	متوسط
28	تعالج المدرسة الحالات الصحية الطارئة على نحو فاعل وسريع.	2.71	0.81	16	متوسط
14	تنسق المدرسة مع المركز الطبي لتوفير احتياجاتها من الأدوية والمواد اللازمة.	2.68	0.80	17	متوسط
7	توفر المدرسة الخدمات الصحية الوقائية اللازمة.	2.64	0.83	18	متوسط
13	تقيم المدرسة برامج توعية صحية وثقافية لنشر الوعي الصحي.	2.62	0.74	19	متوسط
24	تولي إدارة المدرسة برامج خدمات الصحة المدرسية عناية جيدة.	2.62	0.72	19	متوسط
25	تعقد المدرسة دورات توعية صحية للمجتمع المحلي.	2.61	0.77	21	متوسط
31	تناقش في اجتماعات المدرسة قضايا الصحة المدرسية بشكل جاد.	2.60	0.78	22	متوسط
18	تؤسس المدرسة لجاناً طبية تعنى بالوعي الصحي.	2.51	0.76	23	متوسط
12	تشرف المدرسة صحياً على التجمعات التي يتواجد بها طلبتها.	2.50	0.89	24	متوسط
22	تنفذ المدرسة برامجها الصحية بشكل فعال.	2.50	0.74	24	متوسط
33	تؤسس المدرسة نوادِ طلابية تعنى بالوعي الصحي.	2.50	0.71	24	متوسط
11	توازن المدرسة بين الخدمات الصحية الوقائية والخدمات الصحية العلاجية.	2.48	0.77	27	متوسط

21	تصمم المدرسة برامج صحية مناسبة.	2.47	0.74	28	متوسط
34	تقيم المدرسة للعاملين دورات تدريبية مثل الاسعافات الأولية.	2.46	0.71	29	متوسط
6	تعقد المدرسة دورات تدريبية للمعلمين العاملين فيها تنمي مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.	2.44	0.88	30	متوسط
23	تخضع المدرسة برامجها الصحية لعملية تقويم مستمر.	2.43	0.80	31	متوسط
10	تستدعي المدرسة زائراً صحياً بشكل دوري.	2.41	0.71	32	متوسط
9	عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان .	2.23	0.81	33	منخفض
27	يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية.	1.89	0.92	34	منخفض
	الدرجة الكلية	2.71	0.49		متوسط

يلاحظ من الجدول (3) أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات كان متوسطاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي (2.71) وانحراف معياري (0.49)، وجاءت الفقرات بالمستوى المتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (3.23- 1.89) وجاءت في الرتبة الأولى الفقرتان (16) التي تنص على" تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة." ، و (19) التي تنص على " تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية." بمتوسط حسابي (3.23) وانحرافيين معياريين (0.97)، (0.86) على التوالي وبمستوى متوسط، وفي الرتبة الثانية جاءت الفقرة (15) التي تنص على " تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية ." بمتوسط حسابي (3.18) وانحراف معياري (0.91) وبمستوى متوسط، وجاءت في الرتبة قبل الأخيرة الفقرة (9) التي تنص على " عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان . "بمتوسط حسابي (2.23) وانحراف معياري (0.81)

وبمستوى منخفض، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (27) التي تنص على " يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للإسعافات الأولية."بمتوسط حسابي (1.89) وانحراف معياري (0.92) وبمستوى منخفض.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث الذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمديرات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة ؟

تمت الإجابة عن هذا السؤال على النحو الأتي:

1- متغير الخبرة العملية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، ويظهر الجدول (4) ذلك.

الجدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية

الخبرة العملية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
5 سنوات فما دون	15	2.63	0.40
6-10 سنوات	29	2.87	0.50
11 فأكثر	46	2.97	0.48
المجموع	90	2.88	0.48

يلاحظ من الجدول (4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، إذ حصل أصحاب فئة الخبرة (11 فأكثر) على أعلى متوسط حسابي (2.97)، وأخيراً جاء المتوسط الحسابي لأصحاب فئة الخبرة5 سنوات فما دون إذ بلغ (2.63)، ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تم تطبيق تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA)، وجاءت نتائج تحليل التباين على النحو الذي يوضحه الجدول (5):

الجدول (5)

تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1.252	2	0.626	2.818	0.065
داخل المجموعات	19.321	87	0.222		
المجموع	20.573	89			

تشير النتائج في الجدول (5) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية ، استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (2.818)، وبمستوى دلالة (0.065).

2- **متغير المؤهل العلمي:**

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، كما تم استخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعا لمتغير المؤهل العلمي، والجدول (6) يبين النتائج.

الجدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
بكالوريوس	13	2.67	0.04	**1.721**	**0.089**
دراسات عليا	77	2.92	0.51		

تشير النتائج في الجدول (6) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (**1.721**)، وبمستوى دلالة (**0.089**).

3- **متغير السلطة المشرفة:**

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير نوع المدرسة ، كما تم استخدام اختبار" ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعا لمتغير السلطة المشرفة ، والجدول (7) يبين النتائج.

الجدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة

السلطة المشرفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
حكومية	60	2.83	0.50	**1.480**	**0.142**
خاصة	30	2.99	0.44		

تشير النتائج في الجدول (7) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة ، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (**1.480**)، وبمستوى دلالة (**0.142**).

رابعاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع، الذي نصه:هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمعلمات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة)؟

تمت الاجابة عن هذا السؤال على النحو الأتي:

1- متغير الخبرة العملية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، ويظهر الجدول (8) ذلك.

الجدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية

الخبرة العملية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
5 سنوات فما دون	124	2.79	0.59
6–10 سنوات	248	2.66	0.44
11 فأكثر	228	2.73	0.46
المجموع	600	2.71	0.48

يلاحظ من الجدول (8) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، إذ حصل أصحاب فئة الخبرة (5 سنوات فما دون) على أعلى متوسط حسابي (2.79)، وأخيراً جاء المتوسط الحسابي لأصحاب فئة الخبرة (6–10 سنوات) إذ بلغ (2.66)، ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 $\geq \alpha$) تم تطبيق تحليل التباين الأحادي (One way ANOVA)، وجاءت نتائج تحليل التباين على النحو الذي يوضحه الجدول الآتي:

الجدول (9)

تحليل التباين الأحادي للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	1.562	2	0.781	3.371	0.035
داخل المجموعات	138.277	597	0.232		
المجموع	139.839	599			

تشير النتائج في الجدول (9) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05 $\alpha \leq$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية ، استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (3.371)، وبمستوى دلالة (0.035)، ومن أجل معرفة عائدية الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول (10) يبين النتائج.

الجدول (10)

اختبار شيفيه للمقارنات للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية

الخبرة العملية	المتوسط الحسابي	5 سنوات فما دون	11 فأكثر	6-10 سنوات
		2.79	2.73	2.66
5 سنوات فما دون	2.79	-	0.06	0.13*
11 فأكثر	2.73		-	0.09
6-10 سنوات	2.66			-

- الفرق دال احصائياً

يلاحظ من الجدول (10) أن الفرق كان لصالح أصحاب الخبرة من 5 سنوات فما دون، عند مقارنة متوسطهم الحسابي مع متوسط أصحاب الخبرة 6-10 سنوات.

2- متغير المؤهل العلمي:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، كما تم استخدم اختبار" ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعا لمتغير المؤهل العلمي، والجدول (11) يبين النتائج.

الجدول (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
بكالوريوس	428	2.71	0.52	**0.338**	**0.735**
دراسات عليا	172	2.73	0.36		

تشير النتائج في الجدول (11) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (**0.338**)، وبمستوى دلالة (**0.735**).

3- متغير السلطة المشرفة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير نوع المدرسة ، كما تم استخدم اختبار" ت" لعينتين مستقلتين لفحص الفروق تبعا لمتغير السلطة المشرفة ، والجدول (12) يبين النتائج.

الجدول (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار t-test للعينات المستقلة للفروق في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة

السلطة المشرفة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
حكومية	441	2.73	0.53	**1.217**	**0.224**
خاصة	159	2.67	0.32		

تشير النتائج في الجدول (12) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة ، استناداً إلى قيمة ت المحسوبة إذ بلغت (**1.217**)، وبمستوى دلالة (**0.224**).

الفصـــل الخامـــس

مناقشة النتائج والتوصيـــات

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتضمن هذا الفصل مناقشة للنتائج التي توصلت إليها وفقاً لأسئلتها الدراسة الحالية وعرضاً للتوصيات التي خرجت بها الدراسة في ضوء تلك النتائج على النحو الأتي:

أ: مناقشة النتائج:

يتضمن هذا الفصل وصفاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلتها، وعلى النحو الآتي:

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على: ما مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات؟

أظهرت نتائج التحليل الاحصائي أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المديرات كان متوسطاً، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (16) التي تنص على " تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة." ،وبمستوى متوسط، وفي الرتبة الثانية جاءت الفقرة (9) التي تنص على " تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية. وبمستوى متوسط، وجاءت في الرتبة قبل الاخيرة الفقرة (9) التي تنص على " عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان " وبمستوى منخفض، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (27) التي تنص على " يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية.". وبمستوى منخفض. وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن مديرات المدارس الابتدائية على دراية بواقع الصحة المدرسية حيث تقوم المديرات بالمهمات المتعلقة بالصحة المدرسية في حدود ما تسمح فيه إمكانات مدارسهم المادية والبشرية فعلى سبيل المثال وكما أشارت النتائج بأن إدارة المدارس تحرص على رفع مستوى النظافة العامة لمرافق المدرسة وللطلبة، وتتواصل مع أولياء الأمور فيما

يتعلق بصحة الطلبة، لكن هناك بعض الأمور الصحية في المدرسة قد لايكون في مقدرة إدارات المدارس على تحقيقها نظرا لضعف الإمكانيات المادية أو لأنها قد لا تكون من اختصاص المدرسة أن توفر ذلك الأمر بل من اختصاص جهة أخرى مثل وزارة الصحة مثلا وعلى سبيل المثال أشارت النتائج إلى أن توفر فني صحة الاسنان في المدرسة جاء بمستوى منخفض فعادة ما يكون الاهتمام بصحة أسنان الطلبة من خلال وزارة الصحة والمراكز الصحية التابعة لها ومن خلال التنسيق مع تلك المدارس وعادة ما تتم هذه الفعالية الصحية المتعلقة بصحة أسنان الطلبة مرة واحدة في العام، وكذلك توفير صندوق خاص للاسعافات الأولية فهذا الأمر يعد مكلفاً لإدارة المدرسة ومنها تكتفي المدرسة بتوفير صندوق للاسعافات الأولية في غرفة الصحة المدرسية ولجميع من في المدرسة ، إذ لو كان واجب على إدارة المدرسة توفير ذلك الصندوق لكل فصل من فصول المدرسة فسيكون ذلك مكلفاً من الناحية المالية على ميزانية المدرسة، فقد تكون هذه الأسباب هي التي أدت إلى وجود هذا المستوى المتوسط لتقديرات مديرات المدارس الابتدائية في دولة الكويت، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج ، دراسة الصعوب (2009)،التي أشارت إلى وجود مستوى متوسط من الصحة المدرسية لدى عينة الدراسة، في حين تختلف النتيجة الحالية مع نتائج دراسة كل من: هيجان (1994)، و جيانين ودايدر (**Jeanine & Didier,2010**)، التي نصت على أن المديرين قد أعطوا تقديرات منخفضة لمستوى الصحة المدرسية.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني الذي نصة: ما مستوى الصحة المدرسية في المدراس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمات؟.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن مستوى الصحة المدرسية من وجهة نظر المعلمات كان متوسطاً، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرتان (16) التي تنص على" تحرص المدرسة على

رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة." ، و (19) التي تنص على " تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور عن أوضاع التلاميذ الصحية." وبمستوى متوسط، وفي الرتبة الثانية جاءت الفقرة (15) التي تنص على " تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية ." وبمستوى متوسط، وجاءت في الرتبة قبل الأخيرة الفقرة (9) التي تنص على " عادة ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان . " وبمستوى منخفض، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (27) التي تنص على " يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للاسعافات الأولية.". وبمستوى منخفض. وقد تعزى هذه النتيجة بالإضافة إلى ما تم ذكره في تفسير السؤال الأول إلى أن المعلمات يرين أن مستوى الصحة المدرسية في المدارس الكويتية لا تزال بحاجة إلى عمل الكثير للارتقاء به على النحو المطموح إليه، ويمكن القول إن المعلمات خلصن إلى هذه النتيجة من منطلق ملاحظتهن لكثير من مؤشرات الصحة المدرسية، المتمثلة بالمقاصف المدرسية، والوحدات الصحية الموجودة في مدارسهن، كما أنهن على مساس مباشر بالطلاب، ولا شك أن عدم استجابة الصحة المدرسية لبعض من المشكلات التي يعاني منها الطلاب جعل المعلمات يعطين مستوى الصحة المدرسية تقديرات متوسطة.

وتختلف هذه التنيجة مع النتيجة التي خلصت إليها دراسة هانسن(Hanson, 1997)، ودراسة جيانين و دايدر(Jeanine&Didier,2010)، ودراسة هيجان(1994)، التي أظهرت أن المعلمات يرين أن مستوى الصحة المدرسية متدن، وتتفق مع نتائج دراستي طوقان(2003)، والصعوب (2009) اللتين خلصتا إلى القول إن المعلمات يرين أن مستوى الصحة المدرسية كانت بمستوى متوسط.

ثالثاً: مناقشة النتائج بالسؤال الثالث الذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمديرات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة؟

تمت مناقشة نتائج هذا السؤال على النحو الأتي:

1- متغير الخبرة العملية:

أظهرت نتائج التحليل الاحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير الخبرة العملية، وتعود هذه النتيجة إلى أن عامل الخبرة لدى المديرات لم يكن له تأثير على تقديراتهن لمستوى الصحة المدرسية وذلك لأن التأهيل والتدريب في مجال الصحة المدرسية الذي تلقته المديرات، بالإضافة إلى التعليمات الصادرة عن المناطق التعليمية والتي توضح ما يتصل بالصحة المدرسية كان له دور في وجود هذا المستوى الواحد وهو مستوى متوسط لدى المديرات بالرغم من اختلاف مستوياتهن في الخبرة وبذلك فإن عامل الخبرة كان محايدا ليس له تأثير. وهذا يعني أن الخبرة العملية لدى المديرات لا تشكل تأثيراً فاعلاً وحاسماً على مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية وذلك لكون هذا الأمر يشكل قناعة لدى المديرات سواء كن من حديثيات التعيين أم ممن لديهن سنوات خبرة طويلة في التعليم فمهارات فمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية جزء أساسي من حياتهم بمختلف خبراتهم العملية ونتيجة لواقع هذا المستوى كانت النتجة عدم وجود فروق بينهن في تقديراتهن لمستوى الصحة المدرسية.

2- متغير المؤهل العلمي:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وقد يعود السبب في هذه التنيجة إلى أن المديرات سواء كن من حملة درجة البكالوريوس أم من حملة درجات عليا، تناط بهن المسؤليات نفسها، ويكن أمام نظام مساءلة واحد، لا يفرق بين من يحمل هذه الدرجة أو تلك، وتختلف هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه دراسة الخندقجي (2000) من أن هناك فروقاً دالة في تقديرات المديرين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، لصالح المديرين حملة درجة البكالوريوس.

3- متغير السلطة المشرفة:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المديرات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة، وقد تعزى النتيجة إلى أن التعليمات الصادرة من وزارة التربية وإدارات التعليم في دولة الكويت تعليمات موحدة للمدارس الحكومية والخاصة ولذلك اتفقت تقديرات المديرات سواء أكن في المدارس الحكومية، أم المدارس الخاصة.

رابعاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، الذي نصه:هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لمستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية تعزى إلى المتغيرات التالية المتعلقة بالمعلمات (سنوات الخبرة العملية، المؤهل العلمي، السلطة المشرفة)؟

تمت مناقشة نتائج هذا السؤال على النحو الأتي:

1- متغير الخبرة العملية:

أظهرت نتائج التحليل الاحصـــائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســـتوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير الخبرة العملية ، وكان الفرق لصالح أصحاب الخبرة من 5 سنوات فما دون، عند مقارنة متوسطهم الحسابي مع متوسط أصحاب الخبرة 6-10 سنوات، وقد يعزى السبب إلى أن المعلمات من ذوات الخبرة الجديدة ليس لديهن المعايير الدقيقة للحكم على مستوى الصحة المدرسية وذلك لكونهن جديدات في مجال عملهن ولذلك قد يخفى عليهن بعض الدقائق والتفاصيل التي تحتاج منهن الى مزيد من الخبرة حتى يكون قادرات على إصدار الأحكام والتقديرات بناء على ما يحصلنه من مهارات ومفاهيم نتيجة تقدم الخبرة لديهن.

2- متغير المؤهل العلمي:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عنـــد مـــستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظـــر المعلمـــات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، وقد يعود السبب في هذه النتيجة إلى أن المعلمات سواء أكـــن مـــن حملة درجة البكالوريوس أم من حملة درجات عليا، تناط بهن المسؤليات نفسها، ويكن أمام نظام مساءلة واحدة، لا يفرق بين من يحمل هذه الدرجة أو تلك ولذلك كانـــت تقـــديراتهن لمـــستوى الصحة المدرسية واحدة، وتختلف هذه النتيجة مع ما ذهبت إليه دراسة الخندقجي (2000) مـــن أن هناك فروقاً دالة في تقديرات المديرين تعزى إلى متغير المؤهل العلمي، لـــصالح المـــديرين حملة درجة البكالوريوس.

3- متغير السلطة المشرفة:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمات تبعاً لمتغير السلطة المشرفة ، وقد يعزى ذلك إلى أن وزارة التربية في دولة الكويت تنظر بعين المساواة إلى المدارس كافة سواء أكانت حكومية أم خاصة، ولا تفرق بين مدرسة حكومية مدرسة خاصة، فالتعليمات الخاصة بالصحة المدرسية سواء للمدارس الحكومية والمدارس الخاصة.

ب: التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية فإن الباحث يوصي بالآتي:

- عقد دورات مستمرة لمديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها ؛ لضرورة امتلاكهم المهارات الخاصة بالصحة المدرسية مما يؤدي إلى رفع مستوى الصحة في المدرسة، وتنمي لديهن مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.
- توعية مديرات المدارس الابتدائية ومعلماتها بأهمية رفع مستوى الصحة في المدرسة لما لها من آثار إيجابية على المدى القريب والبعيد، بإعداد برامج تدريبية مناسبة.
- ضرورة أن تخضع المدرسة برامجها الصحية لعملية تقويم مستمر لتحديد مواطن القوة وتعزيزها، ومواطن الضعف وتقويمها.
- ضرورة أن تقوم إدارات المدرسة بعمل برنامج دوري مستمر يتم من خلاله استدعاء ذوي الاختصاص في المجال الصحي لإعطاء محاضرات في التوعية الصحية للطلبة.
- إشراك المعلمات في برامج الصحة المدرسية لتعزيز معرفتهن بالمهمات المناطة بالإدارات المدرسية في هذا المجال.
- الأخذ بآراء المعلمات وإشراكهن في المؤتمرات التي تعقد لبرامج الصحة المدرسية .
- إجراء دراسة مماثلة لهذه الدراسة على المدارس في دولة الكويت، لتشمل جوانب أخرى من جوانب الصحة المدرسية غير التي تناولتها هذه الدراسة.

قـــائمة المـــراجع

المراجع

المراجع العربية:

آل ناجي، محمد(203)، **الادارة الفاعلة لمدرسة المستقبل في القرن الحادي والعشرين**، ط1، مكتبة الرشد، الرياض

أبو ليلى، أحمد (2002). **الصحة المدرسية والرعاية الصحية**، عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

الأمعري، هناء (2002). **التربية الصحية وأثرها في رفع المستوى الصحي**، بيروت: دار الخيال.

الأمين، محمد (2004). **الأسس العامة للصحة والتربية الصحية**، عمان، دار الغد للنشر والتوزيع.

الأنصاري، سامية (2007أ). **الصحة النفسية والمدرسية للطفل**، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

الأنصاري، صالح (2007ب). **تجارب الصحة المدرسية في الدول الأعضاء بمكتب التربية لدول الخليج العربي،الرياض**، مكتب التربية العربي لدول الخليج.

بدح، أحمد (1992). **تقويم فعالية برامج الخدمات الصحية في المدارس الأردنية**، رسالة ماجستير غر منشورة، الجامعة الأردنية، عمان – الأردن.

بني خلف، محمود حسن (2007). أفضلية مصادر المعرفة الصحية من حيث أهمتيها والإفادة منها كما يراها طلبة المرحلة الأساسية العليا في الأردن، **مجلة مؤتة للبحوث والدراسات** مجلد (23) عدد (2) ص ص 44-68.

الترك، عبد الرحمن عودة (1994). **كفاية المكان التربوية في المدارس الثانوية الحكومية في الضفة الغربية**، دراسة مسحية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، ، نابلس، فلسطين.

جاد الله، فوزي علي (1993). **الصحة العامة والرعاية الصحية**، ط3، القاهرة: دار المعارف.

الجبر، زينب علي (1992). توافر الشروط الصحية والفنية الخاصة بالأثاث المستخدم داخل حجرات الدراسة بمدارس التعليم بدولةالكويت، بحث ميداني. **مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية**، (4)، (1-2)، (23-35) جامعة الملك سعود.

الجبوري، حنان عيسى (2002). الرعاية الصحية المدرسية في المدرسة الابتدائية للبنات في المملكة العربية السعودية. **مجلة الطفولة والتنمية**. 2 (5)، (104-144).

الجمعية البريطانية لأطباء المدارس، (1984). **دليل الصحة المدرسية**، (ترجمة سعد حجازي ووحيد أبو غزالة). عمان، الجامعة الأردنية.

الحاج، باسمة (1999). **الاهتمامات المتعلقة بالصحة لدى المراهقين من الطلبة الكويتيين**، بحث ميداني. مركز البحوث التربوية والمناهج ، الكويت.

حمام، فريال (1996). **مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الأول الثانوي أثرها في اتجاهاتهم الصحية في منطقة عمان الكبرى**. رسالة ماجستير غير منشورة. عمان: جامعة أربد.

خضير، محمد (1992). **الشامل في الصحة العامة**، الكويت: المكتبة الوطنية.

الخليلي، خليل وأبو دهيس، الشيخ سالم (1987) . درجة الوعي الصحي عند طلبة الثاني الثانوي العلمي والأدبي والمهني في ثلاث مناطق جغرافية في الأردن. **مجلة أبحاث اليرموك**. مج (3)، ع(1)، ص (91 – 110).

خندقجي، محمد (2000). **واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية في المدارس الأساسية الحكومية في محافظة اربد من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك.

داوود، عناية وفلاح، يوسف (1995). **المدارس المعززة للصحة المدرسية**، دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية بالتعاون مع التعاونية الايطالية، فلسطين.

دغلس، عائشة (1992). **مدى فهم معلمي الصفوف الثلاثة الأولى المفاهيم الأساسية في التربية الصحية ومستوى اتجاهاتهم فيها**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

زيدان، حسان (1994). **السلامة والصحة المهنية**، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

السبول، خالد (2004). **الصحة والسلامة في البيئة المدرسية**، عمان: دار المناهج.

سلامة، بهاء الدين (2001) . **الصحة و التربية الصحية**، القاهرة. دار الفكر العربي.

سلمى ، جهاد (1998). ***البيئة المدرسية من وجهة نظر مديري ومديرات المدارس الأساسية العليا ومساعديهم في محافظات غزة***. رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة النجاح، نابلس، فلسطين.

الشمري، عبد الله (1992). **المسح الطبي لصحة الفم والأسنان بالمملكة العربية السعودية**،الرياض. مطابع جامعة الملك سعود.

الصعوب، إسلام (2009). **درجة تطبيق برامج الصحة المدرسية في المدارس الأساسية في الأردن**، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

طنطاوي، محمود (1990). **التربية وأثرها في رفع المستوى الصحي**، الكويت. دار البحوث العلمية.

طوقان، داليه (2003). **واقع برامج الصحة المدرسية للمراحل الأساسية الدنيا في المدارس الحكومية والمدارس التابعة لوكالة الغوث من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في محافظة نابلس**، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية.

عبد الوهاب، أمل (2005) . **أسس الثقافة الصحية**،القاهرة. عالم الكتب للنشر.

عبدالفتاح، أبوالعلا، وعبدالحميد، كمال(2001). **الثقافة الصحية للرياضيين** ، القاهرة: دار الفكر العربي .

عبداللطيف، مدحت عبدالحميد(2001).**الصحة النفسية والتفوق الدراسي**. دار المعرفة الجامعية.

عبودة، سامية (1988). **وظيفة المدرسة في رفع المستوى الصحي لطالبات المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

العبيدي، خالد سليمان (1987). **تقويم التعليم الإلزامي في العراق**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، العراق.

العثمان، عبد العزيز (1998). **التربية الصحية في كتب العلوم بالمرحلة الابتدائية في المملكة العربية السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

العجمي، حسين(2005)، **مفهوم العلاقة بين الثانوية والمجتمع المحلي في دولة الكويت**، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، اربد، الأردن.

العصيمي، نايف (2004). **واقع الصحة المدرسية في مقصف المدرسة، في مدارس المرحلة الإبتدائية في مدينة الرياض**، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

العلي ، فخري شريف (2001). **مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين**. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

غباري، محمد سلامة (1989). **الخدمات الاجتماعية المدرسية**، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

فريحات، حكمت (1997). **مبادئ في الصحة العامة**،عمان، دار المستقبل للنشر والتوزيع.

فضل الله، عدنان (2001). تجربة الإدارة العامة للصحة المدرسية في تعزيز نمط المعيشة من خلال برامج التربية الغذائية، **اللقاء العلمي السابع للصحة المدرسية**، الرياض، المملكة العربية السعودية..

كماش، يوسف (2009). **الصحة والتربية الصحية: الصحة المدرسية والرياضة**، عمان. دار الخليج .

الكعبي، حامد(2007)، **دور ممارسة مديري المدارس لدورهم في تفعيل العلاقة بين الأسرة والمدرسة في دولة الإمارات العربية المتحدة**، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك،اربد، الاردن.

مرسي، ليلى (2005). **الصحة العامة والثقافة الصحية**،الرياض. دار الخريجي للنشر والتوزيع.

مقابلة، نصر (1996). العادات الغير الصحية لدى الأطفال الأردنيين من وجهة نظر أمهـــاتهم وعلاقتها ببعض المتغيرات. **المجلة العربية للتربية**، مج (13، ع (2)، ص (134 – 164).

منظمة الصحة العالمية (1989). الرعاية الصحية الأولية. **سلسلة التثقيف الصحي**، العدد(68) ، ص ص 42–51.

نصر، عبد اللطيف (1985). **أبناؤنا في رعاية الصحة المدرسية**، الرياض: الـــدار الـــسعودية للنشر.

هيجان، علي (1994). **فاعلية الإدارة التعليمية في تطوير البيئة الصحية المدرسية بالمرحلـــة المتوسطة والثانوية بمدينة مكة المكرمة**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعـــة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

الهيئة التنفيذية لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي. (2009). **المؤتمرالخليجي الثاني**،التقرير السنوي،المنامة، البحرين.

المراجع الانجليزية:

Bush , J. S. (1997). **School health programs evaluation in Texas city**. **(ERIC documents reproduction service, ED 406439).**

Byrrnes, J.E. (1994). The relationships between elementary classroom teacher's perceptions of school health education and their level of health teaching (elementary teachers). **Dissertation Abstract International, ACC (9422625)**.

Casey, O.& Christian , J. (2003). Teaching Children about Health, Part II: The Effect of an Academic-community Partnership on Medical Students' Communication Skills. **Education for Health,** *16(3), 339 – 347***.**

Cox, C.C. (1994). Development, implementation, and evaluation of a schoolsite health promotion program in a selected school district. **Dissertation Abstract International, ACC (9428081) .**

Cramer, M. W (1999). Parents attitudes toward school Health Program in Elementary and secondary schools in Nebrasca. . J**ournal of Schoo Health** *, Vol, (69), No.(2), P.P (51-57).*

Croue, J. W. & Turabi, M. R. (1995). National public opinion on school health education and implications. **Journal of Health Education**. Vol (26), No. (5), P.P. (260-266).

Freeman, H. & Meeker, R. (1991). National school health services program evaluation. **Guide to Health Record Forms,** ***4(3),1.***

Gold, R. S. (2004). The science base for comprehensive school health education. In: P. Cortese & K. Middleton (Eds.), The comprehensive school health challenge: ***Promoting Health through Education,***2**,** 545-573).

Halevy, A. (1995). School – Linked health service in adolescent in Jerusalem. **Journal of School Health** . Vol (65), No. (10), P.P (419).

Hanson, C.(1995). An assessement of adolescent life needs for school health services in rural small town**. Dissertation Abstracts International, Ace 9521198.**

Hollander, S.(2002). Providing health information to the general public: A survey of current practices in academic health sciences libraries. **Bulletin of the Medical Library Association,** 88(1), 62-69**.**

Jeanine P. and Didier J. (2010). Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. **Scandinavian Journal of Public Health*,55(3),67-75.***

Kent , L. K. (1996). The relationship between healthy school climate & student achievement in elementary schools . (**ERIC documents reproduction service, ED 399228).**

Lamer, D. T. (1997). Role, Responsibilities, and Attitudes of Mississippi classroom teachers, related to the implementation, maintenance, and

evaluation of a comprehensive school health education curriculum . **Dissertation Abstracts International, (AAC 928817).**

Lavin, A. T. (1993). Comprehensive school health education: Barriers and opportunities. **Journal of School Health,** ***63(1),*** **24-27.**

Leavy.M. (1992). The evaluation of an oral health education program for inner city first grade students. **Dissertation Abstract International**.

Liontos, L.(1990). Collaboration between schools and social services office of Educaational Research and Improvement**. ERIC,** 320/97.

Mury, R.(1989).**Nursing aspects for healh promotion**. U.S.A: Prentice Hall. **Journal of Environmental Education** , Vol (19), No(1), P.P.(85-91).

Newton, J. (1989). The new school health book references for school nurses and educaters .U.S.A: Prentic Hall.

Nicholas, S. & Wilson, J. (1996) . Recommendations for improving school health education and reducing health risks for Missouri students. (**ERIC documents reproduction service** , ED 403220).

Pietras, R. (1994). A comparison of comprehensive school health programs between schools that have and have not attended a school site health promotion conference. **Dissertation Abstract International,** AA 9410848**.**

Palmer, S. (1998). The call for new script: teacher's role in collaboration to meet health & social needs of diverse inner city high school population (**Eric Dcocument reproduction service** , ED 399227).

Summerfield,L. (2000). National Standards for School Health Education . **Journal of School Health, 63(1), 24-27.**

Vancour, M. L. (1995). An evaluation of effectiveness of a school health education program. **Dissertation Abstracts International,** ACC (1359265).

William, W. and Angela, B. (2010). Emphasizing Assessment and Evaluation of Student Health at Historically Black Colleges and Universities . **National Forum of Issues Journal, 7(1),55-67.**

المـــــلحـــقات

الملحق (1)

الإستبانه بصورتها الاولية

جامعة الشرق الاوسط
كلية العلوم التربوية
قسم الادارة والقيادة التربوية

الأستاذ الدكتور ..... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

يقدّم الباحث بإجراء دراسة بعنوان : " مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات " ، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة و القيادة التربوية من جامعة الشرق الأوسط .

ونظراً لم تتمتعون به من دراية وخبرة كافية في هذا المجال فإنني أرجو منكم التفضل بتحكيم هذه الاستبانة من حيث :

- درجة ملائمة الفقرات.
- درجة وضوح الفقرات.
- سلامة الصياغة اللغوية.
- أي ملاحظات أو تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

علماً أن ملاحظاتكم وتوجيهاتكم محل عناية واهتمام الباحث مع الشكر والتقدير لكم سلفاً لحسن استجابتكم والله يراعاكم ويحفظكم.

الباحث
تركي ناصر الرشيدي

بيانات المحكم

الاسم	
الدرجة العلمية	
التخصص	
جهة العمل	
رقم الهاتف	
البريد الالكتروني	

البيانات الأساسية

يرجى وضع علامة (√) أمام الاختيار المناسب:

المسمى الوظيفي: □ مديرة □ معلمة

عدد سنوات الخبرة: □ 5 سنوات فما دون □ 6-10 سنوات □ 11 سنة فأكثر

المؤهل العلمي: □ بكالوريوس □ دارسات عليا

السلطة المشرفة: □ حكومية □ خاصة

الرقم	الفقرات	مدى وضوح الفقرة		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		واضحة	غير واضحة	سليمة	غير سليمة	
1	تحرص المدرسة على إكساب الطلاب المعلومات الصحية اللازمة					
2	توفر المدرسة برامج تربوية حول الوعي الصحي					
3	تحدد المدرسة أولويات المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها الطلاب					
4	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغييرات الجسمية والنفسية والعاطفية التي يمكن أن يمر بها الطلاب					
5	تحرص المدرسة على تعويد الطلاب على السلوك الصحي السليم					
6	تعقد المدرسة دورات للعاملين حول مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية					
7	توفر المدرسة الخدمات الصحية الوقائية اللازمة (التطعيم، مكافحة العدوى)					
8	يتوفر في المدرسة مشرف صحي عام (طبيب ، ممرض)					
9	يتوفر في المدرسة فني صحة أسنان					
10	تستدعي المدرسة زائراً صحي بشكل دوري					
11	توازن المدرسة بين الخدمات الصحية الوقائية و الخدمات الصحية العلاجية					
12	تشرف المدرسة صحياً على تجمعاتها الرياضية و الكشفية					
13	تقدم المدرسة أنشطة صحية توعوية (محاضرات، نشرات صحية، برامج تثقيفية					
14	تخصص المدرسة جزءً من موازنتها للتمويل الطبي (أدوية، ضمادات ...)					
15	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية و العامة لمجتمع المدرسة					
16	تنسق المدرسة مع الجهات الصحية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة					
17	تؤسس المدرسة لجان ونوادي طلابية					

	تعني بالوعي الصحي					
18	تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور حول أوضاع الطلاب الصحية					
19	تحذر المدرسة الطلاب من ممارسات سلوكية تقود إلى مشكلات صحية كالتدخين والمخدرات وغيرها					
20	تصمم المدرسة برامج صحية مناسبة					
21	تنفذ المدرسة برامجها الصحية بشكل فاعل					
22	تخضع المدرسة برامجها الصحية لعمليه تقويم مستمر					
23	تولي إدارة المدرسة برامج خدمات الصحة المدرسية عناية جيده					
24	تعقد المدرسة دورات توعيه صحية للمجتمع المحلي					
25	تخصص المدرسة يوما في السن أو الفصل الدراسي ليكون يوم الصحة المدرسية					
26	يوجد في فصول المدرسة صندوق للأدوية (صيدليه مصغره)					
27	تعالج المدرسة الحالات الصحية الطارئة على نحو فاعل وسريع					
28	تحتفظ إدارة المدرسة بسجلات طبية خاصة بكل طالب					
29	تتخذ المدرسة إجراءات مناسبة للوقاية من تفشي الأمراض المعدية					
30	تناقش في اجتماعات المدرسة قضايا الصحة المدرسية بشكل جاد					

الملحق (2)

محكمو استبانة الدراسة

الاســـــــم	التخصص	الجامعة
الأستاذ الدكتور عبدالجبار البياتي	الإدارة التربوية	الشرق الأوسط
الأستاذ الدكتور علي سعد وطفة	علم اجتماع تربوي	الكويت
الدكتور عباس الشريفي	الإدارة التربوية	الشرق الأوسط
الدكتور محمود الحديدي	مناهج وطرق تدريس	الشرق الأوسط
الدكتور عبدالمحسن القحطاني	الإدارة التربية	الكويت
الدكتور عواد الغريبة	علم النفس	الكويت
الدكتور عودة الرويعي	علم النفس	الكويت
الدكتور غازي عنيزان الرشيدي	أصول التربية	الكويت
الدكتور جيلاني بو حمامة	أصول التربية	الكويت
الدكتورة فرح عبدالعزيز المطوع	أصول التربية	الكويت
الدكتورة سهير فارس سوداني	علم نفس	البتراء
الدكتور علي الخضور	علم نفس تربوي	البتراء
الدكتور غازي خليفة	مناهج وطرق تدريس	الشرق الأوسط
الدكتور علي الهنداوي	دراسات طفولة – علم نفس	البتراء
الدكتور عبدالعزيز غانم الغانم	الإدارة التربوية	الكويت
الأستاذ نضال الحداد	بكالوريوس علم نفس	الكويت
الأستاذة سهام الناصر	بكالوريوس علوم ورياضيات	الكويت

الملحق (3)

استبانة الدراسة بصورتها النهائية

جامعة الشرق الاوسط
كلية العلوم التربوية
قسم الادارة والقيادة التربوية

المدير الفاضل
المعلم الفاضل
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

يقوم الباحث بإجراء دراسة بعنوان: "مستوى الصحة المدرسية في المدارس الإبتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرات والمعلمات"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة والقيادة التربوية، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قام بتطوير استبيانة مكونة من (35) فقرة تقيس مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت.

يرجى التكرم بالإجابة عن فقرات الاستبيانة بكل موضوعية، علماً بأن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة، وستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

واقبلوا فائق التقدير والاحترام

الباحث
تركي ناصر الرشيدي

البيانات الأساسية

يرجى وضع علامة (√) أمام الاختيار المناسب:

المسمى الوظيفي:

□ مديرة □ معلمة

عدد سنوات الخبرة:

□ 5 سنوات فما دون □ 6- 10 سنوات □ 11 سنة فأكثر

المؤهل العلمي:

□ بكالوريوس □ دارسات عليا

السلطة المشرفة :

□ حكومية □ خاصة

المنطقة التعليمية:

□ الجهراء □ العاصمة □ الأحمدي

م	الفقرة	المستوى				
		مرتفع جداً	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جداً
1	تحرص المدرسة على إكساب التلاميذ المعلومات الصحية الأولية اللازمة.					
2	تحدد المدرسة أولويات المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها التلاميذ.					
3	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغييرات الجسمية التي يمكن أن يمر بها التلاميذ.					
4	تعرض المدرسة برامج خاصة عن التغييرات النفسية والعاطفيةالتي يمكن أن يمر بها التلاميذ.					
5	تحرص المدرسة على تعويد التلاميذ على السلوك الصحي السليم.					
6	تعقد المدرسة دورات تدريبية للعاملين فيها تنمي مهارات الكشف المبكر عن المشكلات الصحية.					
7	توفر المدرسة الخدمات الصحية الوقائية اللازمة.					
8	عادةً ما يوجد مشرف صحي عام في المدرسة.					
9	عادةً ما يوجد في المدرسة فني صحة أسنان.					
10	تستدعي المدرسة زائراً صحياً بشكل دوري.					
11	توازن المدرسة بين الخدمات الصحية الوقائية والخدمات الصحية العلاجية.					
12	تشرف المدرسة صحياً على التجمعات التي يتواجد فيها طلبتها.					
13	تقيم المدرسة برامج توعوية صحية وثقافية لنشر الوعى الصحي.					
14	تنسق المدرسة مع المركز الطبي لتوفير احتياجاتها من الأدوية والمواد اللازمة.					
15	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة الشخصية.					
16	تحرص المدرسة على رفع مستوى النظافة العامة لمجتمع المدرسة.					
17	تنسق المدرسة مع الجهات الصحية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة.					
18	تؤسس المدرسة لجاناً طلابية تعني بالوعي الصحي.					
19	تتواصل المدرسة مع أولياء الأمور حول أوضاع التلاميذ الصحية.					
20	توعي المدرسة التلاميذ من مخاطر ممارسات سلوكية تقود					

	إلى مشكلات صحية كالتدخين والمخدرات وغيرها.					
21	تصمم المدرسة برامج صحية مناسبة.					
22	تنفذ المدرسة برامجها الصحية بشكل فاعل.					
23	تخضع المدرسة برامجها الصحية لعمليه تقويم مستمر.					
24	تولي إدارة المدرسة برامج خدمات الصحة المدرسيةعناية جيدة.					
25	تعقد المدرسة دورات توعيه صحية للمجتمع المحلي.					
26	تخصص المدرسة يوماً في العام الدراسي ليكون يوم الصحة المدرسية.					
27	يتوفر في فصول المدرسة صندوق خاص للإسعافات الأولية.					
28	تعالج المدرسة الحالات الصحية الطارئة على نحو فاعل وسريع.					
29	تحتفظ إدارة المدرسة بسجلات طبية خاصة بكل طالب.					
30	تتخذ المدرسة إجراءات مناسبة للوقاية من تفشي الأمراض المعدية.					
31	تناقش في اجتماعات المدرسة قضايا الصحة المدرسية بشكل جاد.					
32	تستضيف المدرسة متخصصين في مجال الصحة لإعطاء محاضرات توعوية.					
33	تؤسس المدرسة نوادِ طلابية تعنى بالوعى الصحي.					
34	تقيم المدرسة للعاملين دورات تدريبية للإسعافات الأولية .					
35	تهتم المدرسة ببناء الجوانب المختلفة في شخصية التلميذ.					

الملحق(4)

كتاب تسهيل المهمة

جامعة الشرق الأوسط
MIDDLE EAST UNIVERSITY

Date: التاريخ 2011/4/4
Number: الرقم 696/11/7

معالي الأستاذة الدكتورة موضي الحمود المحترمة
وزيرة التربية والتعليم العالي
- دولة الكويت -

تحية طيبة وبعد،

فأرجو أن أنهي إلى معاليكم أن طالب الماجستير في جامعة الشرق الأوسط بالأردن تركي ناصر الرشيدي/ كويتي الجنسية، يقوم حالياً بإجراء دراسة ميدانية تحت عنوان "مستوى العدالة التنظيمية في المدارس الإعدادية في دولة الكويت من وجهة نظر المشرفين والمعلمين" وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة والقيادة التربوية من جامعة الشرق الأوسط.

نرجو التكرم بالموافقة والإيعاز لمن يلزم بتسهيل مهمة حصول الباحث على المعلومات اللازمة وتطبيق أداة البحث، وذلك من أجل المساهمة في تحقيق أهدافها والوصول إلى نتائج دقيقة تهم التربية والتعليم، علماً بأن الاستبانة ذات العلاقة مرفقة مع هذا الخطاب.

ونحن إذ نشكر معاليكم على كل تعاون واهتمام تقدمونه في هذا الشأن، نرجو أن نؤكد بأن المعلومات التي سيحصل عليها الباحث ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا معاليكم بقبول فائق التقدير والاحترام...

رئيس الجامعة
الدكتور طلب الصريع

وزارة التربية
مكتب الوزير
إدارة الشئون التعليمية والإدارية

(استمارة متابعة)

التاريخ : 2011/04/11
رقم الوارد : 201101940
الموظف المختص : هادي حسين الهاجري
تاريخ الصادر : 00000000

اسم الجهة : الكلية
الاسم : أ.د/ تركي ناصر الرشيدي
الموضوع : إجراء دراسة بعنوان مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المعلمين و
الملاحقات : المعلمين
جامعة الشرق الأوسط

رقم الكتاب : 5 تاريخ الكتاب : 2011/04/11

أ.د. تركي الرشيدي المحترم
عميد الكلية الجامعية للاقتصاد والعلوم السياسية

لا مانع لدينا من تطبيق الدراسة على المعلمين في المدارس الابتدائية بشرط الالتزام بالتوجيهات الواردة في الخطاب المرفق.

مع أطيب التحيات

د. محمد حسن الهاجري

دولة الكويت

وزارة التربية

مكتب الوكيل المساعد للتعليم العام

Ministry of Education
Office Of Under Secretary

الرقم : ٦٣٢
التاريخ : ١٧/ ٤/ ٢٠١١

Ref : وارد
Date :

السيدة المحترمة / الوكيل المساعد لقطاع البحوث التربوية والمناهج .

تحية طيبة ، وبعد ،،،

الموضوع : الباحث / تركي ناصر الرشيدي – جامعة الشرق الأوسط – تطبيق أداة بحث (استبانة)

بالإشارة إلى الموضوع أعلاه ، وبناءً على الكتاب رقم (696/11/7) المؤرخ : 2011/4/4م ، الوارد من الأستاذ الدكتور / رئيس جامعة الشرق الأوسط (عمان ، الأردن) الذي يفيد بأن الباحث / "تركي ناصر الرشيدي" يقوم بإجراء دراسة ميدانية تحت عنوان :"**مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرين والمعلمين**"

نرجى الإطلاع على الإستبانة المرفقة واتخاذ ما يلزم نحو تسهيل مهمة الباحث المذكور ، في تطبيقها على مدارس المرحلة الابتدائية في جميع المناطق التعليمية، علماً بأن المعلومات التي سوف يتم تجميعها لأغراض البحث العلمي فقط .

مع خالص التحية .

الوكيل المساعد للتعليم العام

الوكيل المساعد للتعليم العام
بالإنابة

A5127

ص.ب ٧ الصفاة 13001 الكويت - هاتف : ٢٤٨١٥٠١١ - ٢٤٨٣٥٧١٣ - فاكس : ٢٤٨٣٢٣٣٣ - ٢٤٨٢٣٩٨٨ تلكس ٢٢١٦٦
P.O.Box : 7 Safat- Code No. 13001 Kuwait - Tel :24815011 - 24835743 - Fax : 24835733 - 24823988 Telex. : 2316

EA0105045

MINISTRY OF EDUCATION
Educational Research and
Curricula Sector
EDUCATIONAL RESEARCH & DEVELOPMENT ADMINISTRATION

وزارة التربية
قطاع البحوث التربوية والمناهج
إدارة البحوث والتطوير التربوي

الرقم : وت / _____
مرفقات / _____

التاريخ / / 14 هـ
الموافق ٧/٤/ 2011م

مدير عام منطقة العاصمة التعليمية

أ. زاهية حسين ___ المحترمة

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع : تسهيل مهمة

يقوم الطالب / تركي ناصر الرشيدي المسجل على درجة الماجستير (إدارة وقيادة تربوية) في جامعة الشرق الأوسط في المملكة الأردنية بإجراء دراسة تحت عنوان "**مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرين والمعلمين**"

فيرجى تسهيل مهمة المذكور أعلاه بتطبيق أداة الدراسة (استبانه) على معلمي ومعلمات المرحلة الإبتدائية بواقع ثلاث مدارس فقط وعلى مديري ومديرات المرحلة الابتدائية بواقع عشرين مدرسة وذلك بحسب النظم واللوائح وبما لا يتعارض مع المصلحة العامة للعملية التعليمية خلال الفصل الدراسي الحالي 2010-2011

مع خالص الشكر والتقدير

مدير إدارة البحوث والتطوير التربوي

د. حبيبة محمود الصراف
مدير إدارة البحوث والتطوير التربوي

ص.ب : ١٩٢٢٢ الفاسية - الرمز البريدي ٣٥١٥٢ الكويت - تلفون : ٢٥٤١٧٩٤٢ - فاكس : ٢٥٤١٧٦٩٤

EA0105045

MINISTRY OF EDUCATION
Educational Research and
Curricula Sector
EDUCATIONAL RESEARCH & DEVELOPMENT ADMINISTRATION

وزارة التربية
قطاع البحوث التربوية والمناهج
إدارة البحوث والتطوير التربوي

الرقم : وت / ٥٥٦
مرفقات /

التاريخ / / 14 هـ
الموافق / ٢٠١١/٣/٧ م

مدير عام منطقة الجهراء التعليمية

أ. عبدالله العربي ..... المحترم

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع : تسهيل مهمة

يقوم الطالب / تركي ناصر الرشيدي المسجل على درجة الماجستير (إدارة وقيادة تربوية) في جامعة الشرق الأوسط في المملكة الأردنية بإجراء دراسة تحت عنوان "مستوى الصحة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرين والمعلمين"

فيرجى تسهيل مهمة المذكور أعلاه بتطبيق أداة الدراسة (استبانة) على معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية بواقع ثلاث مدارس فقط وعلى مديري ومديرات المرحلة الابتدائية بواقع عشرين مدرسة وذلك بحسب النظم واللوائح وبما لا يتعارض مع السياسة العامة للعملية التعليمية خلال الفصل الدراسي الحالي 2010-2011 .

مع خالص الشكر والتقدير

مدير إدارة البحوث والتطوير التربوي

د. حميد محمود الصرعي
مدير إدارة البحوث والتطوير التربوي

ص . ب : ١٦٢٢٢ القادسية ـ الرمز البريدي ٣٥٨٥٣ الكويت ـ تلفون : ٢٥٤١٧٩٤٢ ـ فاكس : ٢٥٤١٧٦٩٤

EA0105045

MINISTRY OF EDUCATION
Educational Research and
Curricula Sector
EDUCATIONAL RESEARCH & DEVELOPMENT ADMINISTRATION

وزارة التربية
قطاع البحوث التربوية والمناهج
إدارة البحوث والتطوير التربوي

الرقم : وت / ٥٥٧
مرفقات /

التاريخ / / 14 م
الموافق ٤/٧/ 2011م

مدير عام منطقة الأحمدي التعليمية

أ. ملق اليوم ... المحترم

تحية طيبة وبعد ،،،

الموضوع : تسهيل مهمة

يقوم الطالب / تركي ناصر الرشيدي المسجل على درجة الماجستير (إدارة وقيادة تربوية) في جامعة الشرق الأوسط في المملكة الأردنية بإجراء دراسة تحت عنوان "**مستوى السمة المدرسية في المدارس الابتدائية في دولة الكويت من وجهة نظر المديرين والمعلمين**"

نرجو تسهيل مهمة المذكور أعلاه بتطبيق أداة الدراسة (استبانه) على معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية بواقع ثلاث مدارس فقط وعلى مديري ومديرات المرحلة الابتدائية بواقع عشرين مدرسة وذلك بحسب النظم واللوائح وبما لا يتعارض مع المصلحة العامة للعملية التعليمية خلال الفصل الدراسي الحالي 2010-2011

مع خالص الشكر والتقدير

مدير إدارة البحوث والتطوير التربوي

د. حميد محمود الصرف
مدير إدارة البحوث والتطوير التربوي

ص . ب : ١٦٢٢٢ القادسية ـ الرمز البريدي ٣٥٨٥٣ الكويت ـ تلفون : ٢٥٤١٧٩٤٢ ـ فاكس : ٢٥٤١٧٩٤١