طراحی برنامه درسی سواد سلامت برای دانشجومعلمان دانشگاه فرهنگیان با تکیه بر تعلیم و تربیت گفت و شنودی: یک پژوهش هنجاری

فاطمه زهرا احمدی[1]، محمود مهرمحمدی[1*]، جین ولا[2]، علی منتظری[3]

۱. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشگاه کارولینای شمالی در چپل هیل، ایالات متحده امریکا
۳. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۴
سال شانزدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۶ صص ۳۸۱-۳۶۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ اردیبهشت ۹۶]

چکیده

مقدمه: مدارس نقش مهمی در ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان دارند. اما ایفای این نقش بستگی به سطح سواد سلامت معلمان دارد که معمولا در سطح مناسبی قرار ندارد. در این پژوهش فرایند طراحی یک برنامه درسی سواد سلامت برای دانشجومعلمان با تکیه بر رویکرد تعلیم و تربیت گفت و شنودی بیان می‌گردد.

مواد و روش کار: این پژوهش به شیوه هنجاری انجام شده است تا از طریق آن بتوان عناصر برنامه درسی گفت و شنودی را شناسایی کرد. ۱۳ مصاحبه فردی با متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و آموزش و پرورش انجام گرفت. همچنین دو مصاحبه گروهی با دانشجومعلمان و یک پیمایش با معلمان شاغل در آموزش و پرورش انجام شد. افزون بر آن، بخشی از مبانی نظری تحول سند بنیادین که مرتبط با مبحث سلامت است تحلیل محتوا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مضمونی صورت گرفت و داده‌ها در مضمون‌های از پیش تعیین شده که عناصر برنامه درسی بودند طبقه بندی شدند.

یافته ها: هشت عنصر برنامه درسی شناسایی شدند و سند برنامه درسی سواد سلامت شکل گرفت. این عناصر عبارت بودند از: ۱. ویژگی‌های یادگیرندگان و مدرس؛ ۲. موقعیتی که ضرورت این برنامه درسی را فرا می‌خواند؛ ۳. تغییر نهایی مورد انتظار؛ ۴. چارچوب زمانی؛ ۵. مکان یادگیری؛ ۶. محتوای یادگیری؛ ۷. اهداف یادگیری؛ و ۸. تکالیف یادگیری

بحث و نتیجه گیری: در این پژوهش، یک برنامه درسی گفت و شنودیِ سواد سلامت طراحی شده است تا سواد سلامت معلمان آینده را ارتقا بخشد و به آنان کمک کند سواد سلامت خود و دانش آموزان آینده خود را ارتقا بخشند. یک فرایند ارزشیابی برای تعیین اثر این برنامه درسی مورد نیاز است.

کلیدواژه: تعلیم و تربیت گفت و شنودی، تربیت معلم، سواد سلامت، برنامه‌ریزی درسی، پژوهش هنجاری

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، گروه علوم تربیتی
E-mail: mehrmohammai tmu@hotmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

مقدمه

قرن بیست و یکم دگرگونی‌های مطلوب بسیار زیادی در زندگی آدمی پدید آورده است و زندگی او را از بسیاری جهات بهبود بخشیده است. اما با وجود این پیشرفت‌ها، همچنان دشواری‌های زیادی پیش روی بشر وجود دارد. نظام‌های مختلفی که به آدمیان خدمتگزاری می‌کنند همه در تلاشند با زدودن این دشواری‌ها بتوانند رسالت خود را به بهترین شیوه انجام دهند. یکی از این نظام‌ها، نظام آموزش و پرورش است که به باور سازمان یونسکو در راه تحقق اهداف خود در کشورهای مختلف با معضلات مختلفی روبرو است. معضلاتی مانند سوء تغذیه، چاقی و کم‌تحرکی تنها برخی از مشکلاتی هستند که این سیستم در حوزه‌ی سلامت با آن روبرو است [۱]. این وضعیت در کشور ما نیز وجود دارد. برای نمونه در پژوهش نبوی، کریمی، قربانی و دیگران که در سال ۱۳۸۹ در سمنان انجام شده است شیوع چاقی در دانش‌آموزان ۷ تا ۱۲ سال ۱۴/۳ درصد و شیوع اضافه وزن ۱۸/۸ درصد گزارش شده است[۲]. شیوع پوسیدگی دندان نیز در دانش‌آموزان دوازده ساله ۲۴ درصد عنوان شده است[۳]. پژوهش‌های پیشین نشان داده است برخورداری از سلامت بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان تأثیر می‌گذارد[۵-۴]. دانش‌آموزی که تغذیه سالم و به میزان کافی فعالیت بدنی دارد در مقایسه با دانش‌آموزی که از چنین شرایطی برخوردار نیست عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهد[۸-۶]. دانش‌آموزی که از ریزمغذی‌هایی مانند کلسیم، روی، آهن و فولیک اسید به میزان کافی استفاده نمی‌کند نمرات پایین‌تری می‌گیرد و میزان خستگی و غیبت‌های او بیشتر از دیگر دانش‌آموزان است [۹]. پس مشکلات مرتبط با سلامت می‌تواند سدی بر راه یادگیری اثربخش باشد و فرایند آموزش را ناکارآمد سازد. برای رفع این معضل، سیاستگذاران مختلف راهکارهای گوناگونی را برای ارتقای سلامت در مدارس ارائه نموده‌اند که اجرای برخی از آن‌ها مانند مدارس مروج سلامت از سال ۱۳۸۹ در ایران آغاز شده است. اما آشکار است که به ثمر نشستن هر گونه تغییر و دگرگونی در مدرسه، بستگی به اندیشه‌ها و کنش‌های معلمان دارد[۱۱-۱۰]. این افراد هنگامی می‌توانند در راستای ارتقای سلامت در مدرسه گام بردارند که از سواد سلامت کافی برخوردار باشند. سواد سلامت معلمان عبارت است از توانایی معلمان در دستیابی، تفسیر و درک خدمات سلامت به همراه شایستگی در کاربرد این اطلاعات و خدمات، به شیوه‌ای که یادگیریِ مفاهیم و مهارت‌های سلامت را در دانش‌آموزان بهبود بخشند[۱۲]. به سخنی دیگر، اثربخشی برنامه‌های مختلفی که به منظور ارتقای سلامت در مدارس اجرا می‌شود در گرو سطح سواد سلامت معلمان است. با وجود درک این ضرورت، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در برنامه‌های درسی تربیت معلم دروس مرتبط با سلامت جایگاه چندان محکمی ندارند و بسیاری از معلمان در حالی روانه مدرسه‌ها می‌شوند که از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند[۱۲،۱۳]. دانشگاه فرهنگیان که متولی آموزش و تربیت معلمان است، در بازنگری برنامه درسی که در سال ۱۳۹۳ انجام شده است افزایش سواد سلامت تمامی دانشجومعلمان را در دستور کار خود قرار داده است.

چنین اقدامی، این پرسش را پیش می‌آورد که با استفاده از چه رویکردی می‌توان سواد دانشجومعلمان را افزایش داد. به باور Duncan تجربه‌های کشورهای گوناگون نشان داده است آن دسته از برنامه‌های درسی تدوین شده برای ارتقای سلامت که رویکرد تجویزی دارند کامیاب نخواهند بود[۱۴] و بهتر است برنامه‌ها را بر اساس رویکردی تدوین کرد که درگیر شدن و مشارکت فعال یادگیرندگان را تضمین نمایند. دانشگاه فرهنگیان در رویکرد جدید خود تلاش کرده است از رویکرد اثبات‌گرایی و تجویزی فاصله بگیرد و بر شایستگی محوری که ویژگی‌های یادگیرندگان و درگیر شدن آنان را در فرایند یادگیری ارج می‌نهد تمرکز کند. از آنجا که دانشجومعلمان عموما افرادی بالای ۱۸ سال هستند و به عنوان بزرگسال در نظر گرفته می‌شوند[۱۵] پس بهتر است رویکرد انتخابی برای طراحی این درس برخاسته از رویکردهای آموزش بزرگسالان باشد. یکی از این رویکردها رویکرد آموزش گفت و شنودی ولا (Vella) است که شاخه‌ای از سازنده‌گرایی بوده و بر پایه نظریه‌های مختلف تربیتی شامل نظریه Lewin، Freire ، Knowles، و Bloom شکل گرفته است[۱۷-۱۶]. ارکان این رویکرد تربیتی که عبارت از هشت گام طراحی اصل‌ها و رسم‌ها فعالیت‌های یادگیری، و نشانه‌های ارزشیابی هستند نه تنها به ما کمک می‌کنند تا عناصر مختلف برنامه درسی مانند هدف، منطق، فرصت‌های یادگیری و غیره را شکل دهیم بلکه اصولی در اختیار ما قرار می‌دهند که می‌توانند مبنایی برای تصمیم‌گیری‌هایی باشد که در فرایند طراحی برنامه درسی صورت می‌گیرد. اصولی که در این رویکردِ یادگیری- محور مطرح است، مانند اصل توالی و تقویت (Sequence and Reinforcement)، تناسب و فوریت (Relevance/Immediacy)، کنش آمیخته با تأمل (Praxis)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

می‌تواند به طراحی یک برنامه درسی کارآمد کمک نمایند[۱۹-۱۶]. به این ترتیب این پژوهش در پی آن بود تا به منظور ارتقای سواد سلامت دانشجومعلمان و با تکیه بر رویکرد گفت و شنودی، برنامه درسی سواد سلامت برای دانشجومعلمان طراحی نماید.

مواد و روش کار

رویکردی که در این پژوهش، از آن استفاده شد رویکردی کیفی بود و از میان شیوه‌های گوناگون آن، روش هنجاری انتخاب شد. هدف پژوهش هنجاری این است که به بایدها و نبایدهای یک برنامه درسی و کاربرد آن‌ها در اجزای مختلف آن برنامه بپردازد. در برنامه درسی که از پژوهش هنجاری پیروی کرده است به طور همزمان عناصر آرمانی و آنچه که در موقعیت کاربست دارد و متناسب با بافت است مورد توجه قرار می‌گیرد. این شیوه از پژوهش، با واقعیت‌های ملموس برنامه درسی (ارزش‌هایی که بیان می‌شوند، ایده‌هایی که در نظر گرفته می‌شوند، فعالیت‌هایی که باید در آن درگیر شوند، سازماندهی آنچه که قرار است آموخته شود و نقش مدرس در اجرای برنامه) سر و کار دارد.[۲۰].

جامعه پژوهش

افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در سه گروه قرار گرفتند: گروه اول متشکل از سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت و تربیت معلم و همچنین متخصصان حوزه سلامت که می‌توانستند اطلاعاتی عمیق و غنی در اختیار پژوهشگر قرار دهند. این گروه به صورت هدفمند انتخاب شدند. گروه دوم متشکل از دانشجومعلمان به عنوان مخاطبان اصلی برنامه بودند. این گروه بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه سوم نیز معلمانی بودند که با مدرک کاردانی در آموزش و پروش مشغول به خدمت بودند و همزمان با آن برای کسب درجه کارشناسی در دانشگاه فرهنگیان تحصیل می‌کردند. دسترسی به این گروه، از طریق پروژه‌ای صورت گرفت که در دانشگاه فرهنگیان به منظور سنجش سواد دانشجویان در نیمسال دوم سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در حال انجام بود. افزون بر این سه گروه، سند مبانی نظری تحول بنیادین در نظام تعلیم و تربیت رسمی عمومی جمهوری اسلامی ایران [۲۱] نیز مورد توجه قرار گرفت. گردآوری داده از گروه نخست، به شیوه مصاحبه فردی انجام شد. تمامی گفتگوها در مکان‌هایی که از سوی مصاحبه‌شوندگان پیشنهاد می‌شد صورت گرفت. در مواردی که آنان اجازه می‌دادند پژوهشگر نخست صدای آنان را ضبط می‌کرد و در غیر این صورت تلاش می‌کرد با تندنویسی گفته‌های ایشان را یادداشت کند. ویژگی‌های جمعیت شناختی این افراد در جدول یک آورده شده است: گردآوری داده از گروه دوم با استفاده از مصاحبه گروهی صورت گرفت. مصاحبه گروهی از آن جهت انتخاب شد که فرصتی فراهم می‌ساخت تا اندیشه‌ها و دیدگاه‌های گوناگون در کنار هم ارائه، تائید و یا نقد شوند و زمینه تصمیم‌گیری واقع بینانه‌تری را برای عناصر مختلف برنامه درسی فراهم سازند. با کسب رضایت از تمام شرکت کنندگان صدای آنان ضبط شد. پس از پایان مصاحبه‌ها راه ارتباطی نویسنده نخست با شرکت‌کنندگان پژوهشی فراهم شد و برخی از آنان تا شش ماه پس از مصاحبه‌ها همچنان با او در ارتباط بودند و به پرسش‌های آنان پاسخ می‌داد.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این افراد در جدول سه آورده شده است. از آنجایی که این افراد در حال حاضر در خط مقدم آموزش و پرورش فعالیت می‌کردند و با چالش‌های مرتبط با موضوعات سلامت در مدارس روبرو بودند می‌توانستند برای طراحی برنامه درسی که به پرورش معلم برخوردار از سواد سلامت منجر می‌شود پیشنهادهایی سازنده ارائه دهند. برای گردآوری این پیشنهادها دو پرسش باز در انتهای پرسشنامه‌ای که برای سنجش سطح سواد سلامت دانشجومعلمان طراحی شده بود افزوده شد (جدول ۴).

تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها، نویسنده نخست ابتدا به بررسی چندین باره مصاحبه ها پرداخت و هر آنچه که در هنگام شنیدن برای او معنای خاصی را می‌رساند بر روی برگه‌ای یادداشت کرده و متن مصاحبه‌ها را بر روی کاغذ پیاده کرد. تمام یادداشت‌هایی که در حین مصاحبه‌ها بر روی کاغذ ثبت شده بود نیز به این متن اضافه شد. افزون بر آن، تمام پاسخ‌هایی که از دو پرسش باز به دست آورده بود نیز در کنار این یادداشت‌ها قرار داده شد. داده‌های حاصل از تحلیل سند مبانی نظری تحول بنیادین در نظام تعلیم و تربیت رسمی عمومی جمهوری اسلامی ایران نیز به این یادداشت‌ها افزوده شد. متن‌های موجود چندین بار در کنار هم و به صورت فعال و تعاملی خوانده شدند و سپس به صورت باز کدگذاری شدند. به باور Saldaña کدگذاری به معنای اختصاص دادن نزدیک‌ترین مفهوم به هر یک از کوچک‌ترین اجزای با معنی داده‌های گردآوری شده است[۲۲]. پس از کدگذاری باز، داده‌های حاصل از آن بر اساس محورهای مشترکی که میان آنها بروز یافت در کنار هم قرار گرفتند. سپس کدهای محوری در مقوله‌های از پیش تعیین شده [۲۳]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

شامل هشت عنصر طراحی برنامه درسی، گنجانده شدند. برای افزایش باورپذیری یافته‌ها، داده‌های گنجانده شده در هر مقوله برای سه دانشجوی دکتری برنامه ریزی درسی و آموزش و ارتقای سلامت فرستاده شد و در نهایت در یک نشست پیرامون داده‌هایی که باید در هر مقوله قرار داده شود تصمیم‌گیری نهایی انجام شد. برنامه‌ای که طراحی شده بود برای دو مدرس دروس مرتبط با سلامت برای دانشجویان تربیت معلم تدریس فرستاده شده و طی نشستی پیشنهادات کاربردی و سازنده آنان در برنامه اعمال شد. در ادامه به تبیین این عناصر خواهیم پرداخت.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های به دست آمده به شکل‌دهی عناصر ساختاری برنامه درسی سواد سلامت دانشجومعلمان ختم شد. در آموزش گفت و شنودی، عناصر ساختاری عبارتند از: یادگیرندگان و ویژگی‌های آنان، چرایی و منطق برنامه، هدف کلی، زمان، مکان، محتوا، اهداف دستیابی محور، و چگونگی اجرای برنامه و مواد آموزشی. همانگونه که پیش از این گفته شد، طراحی این عناصر باید در سایه دوازده اصل آموزش گفت و شنودی صورت گیرد: استفاده از پرسش‌های باز؛ برقراری رابطه‌ی محکم؛ امنیت؛ توالی و تقویت؛ کنش همراه با تأمل؛ احترام؛ به کارگیری ایده‌ها، دل خاسته‌ها و رفتارها؛ فوریت و تناسب؛ نقش‌های روشن؛ کار گروهی؛ درگیر شدن (درآمیخته شدن) در یادگیری؛ و پاسخگو بودن.

مقوله نخست: عنصر یادگیرندگان و ویژگی‌های آنان: برای شناسایی این عنصر، برخی پرسش‌ها راهنمای پژوهشگران بود: چه کسانی این برنامه درسی را تجربه خواهند کرد؟ این افراد از چه گروه سنی و از چه قومیتی هستند؟ چه جنسیتی دارند؟ در رابطه با موضوع این برنامه‌ی درسی (سلامت) چه تجربه‌های پیشینی دارند؟ این برنامه‌ی درسی توسط چه کسی تدریس خواهد شد و او از چه توانایی‌هایی برخوردار است؟

در سند تحول بنیادین یادگیرنده فردی دیده شده است که فطرت و نیروی الهی در وجود او نهفته است. او قابلیت‌ها، تجربیات، ظرفیت‌ها و توانایی‌های گوناگونی که قابلیت شکوفایی و فعلیت یافتن دارد. از آن گذشته معلمان (آینده) به عنوان «الگویی» که «محبوبیت و مقبولیت» (ص.۲۸۰) در میان دانش آموزان اهمیت به سزایی دارد دیده شده‌اند.

به باور شرکت‌کنندگان گروه یک، با ارتقای سواد سلامت این افراد، فرصت مناسبی برای ارتقای سلامت کشور فراهم می‌شود. برای مثال شرکت‌کننده ای از گروه یک، با شور و اشتیاق فراوان و وصف نشدنی‌ای به پرسش‌های پژوهشگر نخست پاسخ می‌داد و چندین بار در گفتگوی خود بیان کرد: *«هفتاد هزار نفر از این جا می‌خوان برن مدرسه...اگه اینها توی فیلد برن یاغی‌ان. دیگه هیچ کس حریف نیست... وقتی توی فیلد بره از دست خارج شده. این جا گلوگاهه. تا زیر تیغته، اهرم داری همین جا یقشو بگیر...»*. شرکت‌کننده دیگر نیز همین باور را داشت: *«من تعجب می‌کنم چطور این همه سال از این گروه مخاطب غفلت شده؟ این گروه،گروه خیلی مهمیه»*

در طی مصاحبه گروهی، آشکار شد برخی از این دانشجویان در درس‌هایی مانند فیزیولوژی و دانش جمعیت با برخی از مباحث سلامت آشنا می‌شوند اما گویا وجود استادان جنسیت مخالف اجازه پرداختن به مباحث کاربردی دانشجویان را نمی‌دهد: *«در دانش جمعیت هم هیچی به ما یاد ندادند. ما همش تو این کتاب می‌گیم چرا باید ازدواج کنیم. فواید ازدواج چیه. مزایای ازدواج چیه. محور اصلی این کتاب که باید بپردازه به این مباحث توی دو فصل آخرش اومده که اساتیدمون بش نرسیدن و حذفش کردن»*

مصاحبه‌ی گروهی با این گروه از دانشجویان و البته مشاهدات پژوهشگر نخست از پردیس‌های گوناگون گویای آن بود که این دانشجویان از نظر استانداردهای سلامت در وضعیت چندان مطلوبی زندگی نمی‌کنند. یکی از آنان گفت: *«وقتی من در دانشگاه امکان این رو ندارم که بهداشتم رعایت بشه من نمی‌تونم برای بچه چنین کاری رو کنم. اتاق‌های ما چهارده نفره است ما باید حتی برای نمازمون تو نوبت وایسیم. من اگه توی غذام مو در نیاد تعجب می‌کنم.»*

برخی از آنان بر این باور بودند که پردیس‌های پسران در وضعیت بهتری قرار دارد. *«همیشه فرق می‌ذارن. وضعیت خوابگاه پسرا خیلی بهتره. اومدن یه دبیرستان رو برای ما کردن دانشگاه»*. دانشجویان دیگر نیز بلافاصله با او هم رأی و هم سخن می‌شوند و فضای اتاق آنچنان پر سر و صدا می‌شود که گفتگوها نامفهوم می‌شود. داده‌های به دست آمده از معلمان حرفه‌ای نشان داد که این نخستین بار بود که آنها در سنجش نیازهای یادگیرندگان مشارکت می کردند و صدای آنها شنیده می شد. برای نمونه یکی از آن‌ها چنین نوشته است: *«خیلی ممنون که قبل از ارائه ی درس از*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

ما دانشجویان نظر خواستید این اولین بار بود که چنین نظر خواهی را دیدم»

به این ترتیب، یادگیرندگان افرادی بودند که به عنوان الگوی رفتار سالم برای نسل بعد در نظر گرفته شده اما تا کنون نادیده گرفته شده‌اند. اغلب آنان از خوابگاهی وارد کلاس درس سواد سلامت می‌شوند که از نظر استانداردهای سلامت در وضعیت مطلوب قرار نداشت. دختران بر این باورند که پسران در وضعیت مطلوبتری زندگی می‌کنند. هم جنسیت بودن استادان و برخودار بودن آنان از دانش کافی از اهمیت به سزایی برخوردار بود.

مقوله دوم؛ عنصر چرایی: در آموزش گفت و شنودی، عنصر چرایی اشاره به این موضوع داشت که چه چیزی در موقعیت کنونی وجود دارد که ارائه‌ی برنامه درسی سواد سلامت به دانشجومعلمان را ضروری می‌کند. برای شناسایی این عنصر، برخی پرسش‌ها راهنمای پژوهشگران بود: چرا دانشجومعلمان باید این برنامه درسی را تجربه کند؟ موقعیتی که نیاز به طراحی این برنامه‌ی درسی و ضرورت اجرای آن را فرا می‌خواند چه موقعیتی است؟

در سند تحول بنیادین شأن زیستی و بدنی که ناظر به حفظ و ارتقای سلامت و بهداشت جسمی و روانی خود و دیگران، تقویت قوای جسمی و روانی، مبارزه با عوامل ضعف و بیماری است یکی از شئون ناگسستنیِ حیات طیبه است. همچنین از منظر این سند آدمی موجودی است در معرض انواع مخاطرات و تهدیدهای درونی و برونی» (ص.۱۴۸) و باید جریانی اجتماعی از بیرون و توسط خیرخواهان جامعه...کمک‌های فکری و عاطفی لازم را به این موجود در معرض انواع خطر و تهدید سامان دهد... و او را در حرکت اختیاری وآگاهانه به سوی کمال شایسته یاری دهد.

شرکت‌کنندگان گروه یک بر این باورند که در زمان مصاحبه «*هیچ کس متولی سلامت در مدرسه نیست*» و خدمات گوناگونی مانند توزیع دهانشویه و قرص آهن در برخی موارد به علت آگاه نبودن دانش‌آموزان و معلمان از سودمندی‌های این خدمات، با شکست مواجه شده است. شرکت‌کننده ای از گروه یک گفت:

«آموزش‌های لازم برای تغذیه‌ی صحیح جدی گرفته نمی‌شه... به صورت هفتگی، ۱۶ هفته در سال قرص آهن به دخترا داده می‌شه... بعضیا این قرصا رو دور میریزن... بعضی‌ها هم باهاش گردنبد درست می‌کنن...فقط شکل کار اجرا میشه» اما اگر «*خود بچه‌ها بدونن، آهن رو برای چی داره بهشون می‌ده؟... در یادگیریشون و امثال اینا!... چنین مشکلاتی پیش نخواهد آمد... ما هر سال این برنامه رو می‌خوایم اجرا کنیم، چون معلمه دلش با این کار نیست، همیشه اون قسمت آموزشش که مهمترین بخششه... می‌لنگه*».

شرکت کننده ای از گروه یک نیز چنین گفت: «*...ما کلی دهانشویه خریدیم تو مدارس توزیع کردیم ...آخرسال هم دهانشویه‌های تاریخ مصرف گذشته رو از تو کمدها در می آوردیم. عدم همکاری باعث شد طرح دهانشویه از بین بره. در حالی که دهانشویه می‌تونه میزان پوسیدگی رو به شدت کاهش بده*»

در فرایند مصاحبه گروهی، دانشجومعلمان در پرداختن به عنصر چرایی بر تجربه زیسته خود تأمل کردند و گفتند: «*...تو تربیت معلم باید بیش از این در مورد سلامت صحبت بشه. تو دانشگاه ما این اولین جلسه است که کسی در مورد سلامت صحبت می‌کنه. وقتی هم که دانش‌آموز بودم یه بهورز داشتیم که بعضی از مسائل ساده مثلا چطوری مسواک زدن رو می‌گفت که خیلی ها رو هم نمی فهمیدیم..*» دانشجوی دیگری در تأیید سخن ایشان بیان کرد «*بالاخره ما از کجا باید در مورد سلامت یاد بگیریم*».

معلمان حرفه‌ای در پرداختن به عنصر چرایی، نبود مربی بهداشت در مدارس و وضعیت موجود مدارس و جامعه را مورد توجه قرار داده‌اند: «*با توجه به این که در مدارس ابتدایی مربی بهداشت در منطقه محل کار ما وجود ندارد مساله رشک و شپش بسیار بحرانی است که به دلیل عدم توجه والدین و دانش آموزان و بحث سرایت آن می‌تواند سلامت مادران آینده را به خطر بیاندازد.*»

پس ما با موقعیتی روبرو هستیم که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش می‌کند با صرف منابع مالی سلامت دانش‌آموزان را از طریق طرح‌هایی مانند آهن‌یاری یا دهانشویه ارتقاء دهد. اما در مدارس کسی متولی سلامت نیست و به این ترتیب این منابع مالی هدر می‌رود. در موقعیت کنونی، بسیاری از دانشجومعلمان در دوره‌های تحصیلی خود، دروس مرتبط با سلامت را تجربه نکرده‌اند. در حالی که در صورت عملیاتی شدن سند تحول بنیادین، آن‌ها باید بتوانند شأن زیستی بدنی دانش‌آموزان را مورد توجه قرار دهند.

مقوله سوم؛ عنصر هدف کلی: عنصرِ هدف کلی، به تغییر غایی‌ای که در مخاطبان این برنامه درسی پدید خواهد آمد اشاره می‌کند. در شناسایی این عنصر، برخی پرسش‌ها راهنمای پژوهشگران بود: چه تغییراتی در دانشجومعلمانی که برنامه‌ی درسی سواد سلامت را تجربه کرده‌اند پدید خواهد آمد؟ پس از تجربه‌ی این برنامه‌ی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

درسی، کنش‌های تازه‌ای که از آنان سر خواهد زد چگونه بر سلامت جامعه اثر خواهد نهاد؟

در سند تحول بنیادین، در اشاره به هدف کلی از آموزش سلامت، موارد زیر ذکر شده است: درک ویژگی‌های زیستی خود و پاسخ مسئولانه دادن به نیازهای جسمی و روانی خویش؛ گام برداشتن در راستای تقویت قوای جسمی و روانی خود؛ مبارزه با عوامل ضعف و بیماری؛ تعدیل غرایز، تمایلات و عواطف طبیعی خود؛ تلاش در راستای حفظ و ارتقای سلامت و بهداشت جسمی و روانی خود و دیگران؛ انتخاب سبک زندگی سالم برای خود و ارزیابی پیامدهای آن درباره‌ی خود، جامعه و طبیعت؛ تلاش جمعی و فردی در راستای حفظ و ارتقای سلامت و ایمنی افراد جامعه در سطح محلی، ملی و جهانی؛ تلاش جمعی و فردی در راستای حفاظت از محیط زیست و احترام به طبیعت.

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با شرکت کنندگان گروه یک نشان می‌داد که از نگاه آنان، با ارائه‌ی برنامه‌ی درسی سواد سلامت به دانشجومعلمان، آن‌ها خواهند توانست نقش تازه‌ای را برای خود بیافرینند. برای نمونه شرکت‌کننده ای از گروه یک می گفت :*«معلما باید ساخته بشن و به نقش خودشون پی ببرن»*. به باور شرکت‌کننده شماره یک دانشگاه فرهنگیان در تجهیز دانشجومعلمان به سواد سلامت باید به گونه‌ای حرکت کند که معلمان آینده دریابند که یک معلم *«مسئولیت پدرانه و مادرانه نسبت به دانش آموز داره... باید احساس مسئولیت بکنه... باید حالت جسمی و روانی اون دستش بیاد... اگه گوشه لبش زخم شده اینو به فکر بندازه، چرا این گوشه لبش زخم شده...»*

از نگاه شرکت‌کننده ای دیگر باید در راستای تربیت معلمانی حرکت کرد که *«زنگ ورزش رو به کلاس فیزیک و شیمی تبدیل نکن. بدونن یک پزشکی که افسرده باشه دکتر خوبی نخواهد شد.»*

در مصاحبه گروهی دانشجومعلمان نیز بر این باور بودند که گذراندن درس سواد سلامت سبب می‌شود معلم احساس مسئولیت بیشتری نسبت به سلامت دانش‌آموزان پیدا کند: *«هر که این دو واحد رو بگذرونه احساس مسئولیت بیشتری می‌کنه نسبت به این مساله. من خودم یه دوره‌ای رو برای بهداشت گذروندم نسبتا فکر می‌کنم خیلی شاید دغدغه داشته باشم....»*.

معلمان حرفه‌ای در پرداختن به عنصر هدف کلی، تأکید کردندکه در این درس مهارت‌آموزی هدف باشد؛ به این ترتیب برنامه درسی سواد سلامت سبب می‌شود سواد سلامت یادگیرندگان (معلمان آینده) افزایش پیدا کند و با ورود به مدرسه نسبت به سلامت خود و دانش‌آموزان خود حساسیت بیشتری نشان دهند و به گونه‌ای مسئولانه در راستای آموزش و ارتقای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی خود و دیگران فعالیت نمایند.

مقوله چهارم؛ عنصر زمان:

برای شناسایی این عنصر، پرسش‌هایی راهنمای پژوهشگران بود: در چه مدت زمانی این برنامه‌ی درسی ارائه خواهد شد؟ در چه نیمسال تحصیلی و همزمان با کدام یک از دروس ارائه خواهد شد؟چه مؤلفه‌های زمانی‌ای ممکن است به مشارکت بیشتر یادگیرندگان منجر شوند؟

در سند تحول بنیادین، تأکید شده بود که زمان تدریس تنها به بعد درون آموزشگاهی بسنده نکند و بعد برون آموزشگاهی نیز به رسمیت شناخته شده است تا اصل استمرار کسب شایستگی‌ها رعایت شود. افزون بر آن تلفیق برنامه‌های مختلف آموزشی با یکدیگر نیز مورد توجه قرار گرفته است.

بسیاری از شرکت‌کنندگان گروه یک بر این باور بودند که دو واحد نمی‌تواند دگرگونی‌های مورد نظر را در دانشجومعلمان پدید آورد. برای مثال شرکت‌کننده شماره هشت بیان کرد:

«اینجا ما یک چالش داریم کل اطلاعات رو که تو دو واحد نمی‌تونیم به اینها بدیم. پس راه دیگری رو باید پیدا کرد...البته اینها قرار نیست متکی به سیستم باشن کم کم باید به خودشون تکیه کنن. حتی میتونن انجمنی درست کنن یعنی کم کم کار رو به ان جی اُ (NGO) تبدیل کنین. چون سلامت موضوعی نیست که به دو واحد تبدیل بشه.»

در طی مصاحبه گروهی نیز دانشجومعلمان درخواست کردند این دو واحد به سه واحد افزایش یابد و در سه نیم سال متوالی (هر نیم سال یک واحد) ارائه گردد تا اثربخشی آن بیشتر شود. معلمان حرفه‌ای نیز ارائه در نیم‌سال‌های متعدد را مورد توجه قرار داده بودند: *«اگر واحد این درس بر خلاف درس های عمومی دیگر که ۲ واحدی است بیشتر شود و در طول چند ترم ارائه شود می تواند مطالب و نکات سلامت را بخوبی ملکه ی ذهن افراد کند و اطلاعات افراد را در مورد سلامت افزایش دهد.»*

به نظر می‌رسد یکی از مؤلفه‌هایی که می‌تواند یادگیری موضوعات سلامت را اثربخش‌تر سازد تلفیق آن با دیگر دروس است. یک شرکت‌کننده با توجه به سلامت در مدرسه بیان کرد: اگر معلم ریاضی درصدی از کار خود را *«به بال و پر دادن به سلامت روان»* و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

درصدی از کار خود را «*به سلامت جسم*» اختصاص دهد «*درصد دانش ریاضی به حداکثر خواهد رسید*».

بر اساس آنچه شرکت‌کنندگان پژوهش بیان کردند، ضرورت دارد این درس به صورت تک واحدی در سه نیم‌سال متوالی ارائه شود تا پیوسته دانشجویان با موضوع سلامت در ارتباط باشند و به تدریج رفتار سالم در آنان پدیدار گردد. دانشجویانی که به موضوعات سلامت علاقمند هستند می‌توانند از طریق ارتباط با کانون‌های آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه در راستای ارتقای سلامت خود و دیگران گام بردارند. از آن گذشته ارائه همزمان آن با درسی مانند کارورزی که سبب می‌شود دانشجویان از نزدیک واقعیت‌های مرتبط با سلامت را در محیط عمل لمس کنند، می‌تواند به عمق بخشیدن آموخته‌ها کمک کند.

مقوله پنجم؛ عنصر مکان: برای شناسایی عنصر مکان، این پرسش راهنمای پژوهشگران بود: برنامه درسی سواد سلامت در چه فضایی اجرا خواهد شد و این فضا از چه ویژگی‌هایی برخوردار است؟

در سند تحول بنیادین، تجهیز منابع و امکانات درون آموزشگاهی و همچنین مدیریت منابع محلی مورد تأکید قرار گرفته است. در این پژوهش تنها معلمان حرفه‌ای به مکان آموزش توجه کردند. آن‌ها بر استفاده از کلاس‌های مجازی و اجرای این برنامه به صورت مجازی تاکید کردند: «*از فضای مجازی... کلاس‌های غیرحضوری و کلاس‌های الکترونیک حتما استفاده شود*». برخی از آنان نیز تأکید کردند «*مدرسه‌ای که دانشجومعلمان برای کارورزی به آنجا می روند*» و همچنین بازدید از مراکز درمانی در فرایند آموزش این درس مورد استفاده قرار گیرد: «*حتی الامکان دانشجویان را به مراکز درمانی ببرند تا از نزدیک با علائم بیماری‌ها آشنا شوند*».

از نگاه شرکت‌کنندگان بهتر است فضاهای مجازی و همچنین مکان‌های واقعی مانند مدرسه و مراکز بهداشتی درمانی به عنوان مکان یادگیری به رسمیت شناخته شوند. آن گونه که مشاهدات پژوهشگری از شش پردیس دانشگاه فرهنگیان واقع در شهر تهران و سه پردیس از استان‌ها نشان می‌داد کلاس‌های دانشگاه فرهنگیان کلاس‌هایی با چینش صندلی ردیفی هستند که همگی از امکانات تصویری برخوردارند. شمار صندلی‌های هر کلاس گویای آن بود که تعداد زیادی دانشجو در هر کلاس حضور دارند. وجود سایتی به نام سایت فرهنگیادا در دانشگاه فرهنگیان امکان برگزاری کلاس‌های مجازی را برقرار می‌سازد.

مقوله ششم؛ چه چیزی (محتوا): برای شناسایی عنصر محتوا، پرسش‌هایی از این قبیل راهنمای پژوهشگران بود: در این برنامه چه دانش، نگرش و مهارت‌هایی مورد توجه قرار خواهند گرفت؟ برای این که یادگیرندگان محتوای این درس را مورد استفاده قرار دهند باید از چه مهارت‌هایی برخوردار باشند؟

تحلیل محتوای سند بنیادین نشان می‌داد این موارد باید در طراحی محتوا مورد توجه قرار گیرند: بهداشت فردی، تغذیه سالم، فعالیت بدنی، بهداشت روانی عاطفی، پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، بهداشت بلوغ و سلامت نوجوانی، ایمنی و پیشگیری از آسیب‌های فردی و جمعی در ابعاد و شرایط مختلف، و پیشگیری از رفتارهای پرخطر.

همانگونه که پیش از این بیان شد، در آموزش گفت و شنودی همه عناصر و اقدامات در سایه اصول دوازده‌گانه شکل می‌گیرند. سایه این اصول، به خوبی عنصر محتوا را می‌پوشاند. برای مثال اصل احترام به یادگیرنده را باید این گونه رعایت کرد که محتوایی تازه و برخاسته از پژوهش در اختیار یادگیرنده قرار داد. این نکته مورد توجه شرکت‌کنندگان گروه دوم قرار گرفت. برای نمونه یکی از آنان چنین بیان نمود: «*یه چیزی هم که آموزش می‌دیم مال نسل قبلمون نباشه نیاییم در مورد تریاک حرف بزنیم. یه عالمه چیزهای جدیدتر اومده. مال خودمون باشه کلا ما به روز نیستیم. نظریه‌هایی هم که می خونیم ممکنه چند سال قبل تو اروپا خیلی تغییر کرده باشن. معتادا به روز هستن اما ما معلما به روز نیستیم*»

اصل دیگری که می‌توان در این جا بیان کرد اصل فوریت یعنی معنادار ساختن محتوا برای یادگیرنده و متناسب ساختن آن با بافت زندگی اوست. عبارت «*چیزی که درس میدن به دردم بخوره*» از سوی شرکت کنندگان گروه دوم و همچنین بسیاری از شرکت‌کنندگان گروه سوم مورد توجه قرار گرفت.

عنصر محتوا، در تمام مصاحبه‌هایی که با شرکت‌کنندگان گروه یک انجام شد مورد توجه قرار گرفت. برای مثال شرکت‌کننده ای در این گروه «*کلیات تغذیه، مواد مغذی، درشت مغذی‌ها مثله کربوهیدرات و ریز مغذی‌ها مثل ویتامین‌ها*» و همچنین «*عوارض کمبود هر کدام از گروه های غذایی*» را مورد توجه قرار داد. شرکت‌کننده ای دیگر پیشنهاد کرد برنامه‌ی درسی سواد سلامت دانشجومعلمان به گونه‌ای طراحی شود که در نهایت معلمان بتوانند «*ورزش و فعالیت‌های بدنی... رفتاری سالم اجتماعی ... و سوءاستفاده‌های جنسی*» را در مدارس ترویج کنند. شرکت‌کننده ای دیگر هم باور با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

دو شرکت کننده دیگر چنین ذکر کرد که «*بی خود سر فصلو شلوغش نکنیم. یدونه تغذیه‌ست، یدونه بهداشت عمومیه، یدونه بهداشت شخصیه، یدونه هم بهداشت روانیه. و یه دونه هم پیشگیری*».

در مصاحبه گروهی با دانشجومعلمان نیز موضوعات ذکر شده از سوی شرکت‌کنندگان گروه یک اعم از سلامت روانی عاطفی، تغذیه سالم، مصرف دخانیات مورد توجه قرار گرفت. افزون بر آن، آنان آموزش کمک‌های اولیه را نیز مورد توجه قرار دادند. در تحلیل داده‌های به دست آمده از معلمان حرفه‌ای، آشنایی با بیماری‌ها مقوله‌ای بود که نخستین رتبه را دریافت کرد. این مقوله حتی در مقایسه با توانایی تدریس موضوعات مرتبط با سلامت (رتبه چهار) در جایگاه بالاتری قرار داشت بود. برای این دسته از شرکت کنندگان پژوهشی آشنایی با بهداشت مدارس کمترین اولویت را داشت. هنگامی که فرایند داده‌گیری از منابع گوناگون یعنی سند تحول بنیادین، متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و حوزه آموزش و پرورش، دانشجومعلمان و معلمان آینده به پایان رسید، پژوهشگر نخست با علم به این نکته که در تعلیم و تربیت گفت و شنودی داده‌های به دست آمده از دانشجومعلمان برنامه درسی را غنی می‌سازند اما شکل‌دهنده نهایی برنامه نیستند یک نشست تصمیم‌گیری (با آخرین متخصصی که در فرایند داده‌گیری شرکت داشت و از نگاه متخصصان سلامت به عنوان یکی از صاحب‌نظران حوزه سواد سلامت شناخته شده است) برگزار کرد. در آن نشست محتوای پیشنهاد شده از سوی شرکت‌کنندگان گروه‌های مختلف مرور شد و با توجه به گام‌های پیشین (یعنی پاسخِ پرسش‌های چه کسی، چرا؟ که چه شود؟ چه زمانی؟ چه مکانی؟) و با تکیه بر چارچوب نظری سواد سلامت و تعلیم و تربیت گفت و شنودی در مورد محتوای نهایی تصمیم‌گیری شد. در نهایت موارد زیر به عنوان رئوس محتوا در نظر گرفته شد که هر کدام در برگیرنده زیربخش‌های مربوط به خود بود: مبانی سلامت، تغذیه سالم، فعالیت بدنی، سوء مصرف مواد، ایمنی و پیشگیری از حوادث، بیماری‌های غیرواگیر، بهداشت فردی، بیماری‌های واگیر، سلامت روان، سلامت اجتماعی.

مقوله هفتم: عنصر اهداف دستیابی محور: این عنصر اشاره به اهدافی داشت که در کلاس محقق خواهند شد. در طراحی این عنصر، بر این نکته تمرکز شد که یادگیرنده در کلاس درس، چه کاری با محتوا انجام خواهد داد. سپس این اهداف بر اساس محتوای گردآوری شده نوشته شدند. در بخش (پیوست) نمونه‌ای از این اهداف آورده شده است.

مقوله هشتم؛ (تکالیف یادگیری و مواد آموزشی):

در این مقوله پژوهشگر به توصیف و تفسیر آن دسته از داده‌هایی پرداخت که به تکالیفی اشاره می‌کنند که مخاطبان برنامه درسی باید انجام دهند تا در رویداد آموزشی درگیر شوند. در آموزش گفت و شنودی، تکالیف یادگیری از چهار بخش تشکیل شدند: بخش بازکاو یا لنگر انداختن فرصتی برای دانشجومعلم فراهم می‌سازد تا بر دانش و تجربه ی پیشین خود تمرکز کند و به این وسیله زندگی واقعی او به محتوا پیوند زده شود. بخش دوم بخش درون داد یا افزودن است و اشاره به دانش تازه‌ای دارد که به یادگیرنده ارائه می‌شود. در بخش سوم از دانشجومعلمان خواسته می‌شود تا دانش جدید را بلافاصله در محیط یادگیری به کار بندند. بخش آخر بخش یکپارچه‌سازی و به بیرون بردن است و به گونه‌ای طراحی می‌شود که دانشجومعلم کاربرد دانش جدید را در موقعیت واقعی (کلاس درس و مدرسه) در نظر گیرد. با استفاده از این داده‌ها و همچنین بر مبنای هفت مقوله‌ی پیشین، تکالیف بر اساس الگوی چهار بخشی طراحی شدند تا یادگیرنده بتواند یک چرخه یادگیری را به صورت کامل طی کند. یک نمونه از این تکالیف در بخش پیوست آورده شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان گروه یک

شرکت کننده	محل فعالیت	جنسیت	وضعیت تأهل	تخصص	سایقه فعالیت
۱	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	تغذیه	+۲۵
۲	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	پزشک عمومی	+۲۵
۳	وزارت آموزش و پرورش	مرد	متاهل	پزشک عمومی	+۲۵
۴	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	پزشک عمومی	+۲۵
۵	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	متخصص عفونی	+۳۰
۶	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	پزشک عمومی	+۲۵
۷	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	روانپزشک	+۲۵
۸	دانشگاه علوم پزشکی	زن	متاهل	آموزش سلامت	+۲۵
۹	دانشگاه علوم پزشکی	مرد	متاهل	آموزش سلامت	+۳۰
۱۱	پژوهشگاه	مرد	متاهل	اپیدمیولوژیست	+۳۰
۱۰	وزارت بهداشت	مرد	متاهل	دندانپزشک	+۳۰
۱۲	وزارت آموزش و پرورش	زن	متاهل	طراح برنامه درسی	+۳۰
۱۳	وزارت آموزش و پرورش	مرد	متأهل	پزشک عمومی	+۲۵

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان گروه شماره دو

	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۲۵	۱۰۰
سن (۲۳-۱۹)	۲۵	میانگین: ۲۰،۸
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۲	۸۸
متأهل	۳	۱۲
رشته تحصیلی		
راهنمایی و مشاوره	۶	۲۴
جغرافی	۲	۸
زیست شناسی	۲	۸
ادبیات و زبان عربی	۲	۸
علوم تربیتی (آموزش ابتدایی)	۱۰	۴۰
الهیات	۳	۱۲
نیم سال تحصیلی		
دوم	۱۱	۴۴
چهارم	۱۴	۵۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

جدول ۳: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معلم دانشجویان

	تعداد	درصد
جنیست		
زن	۱۹۶	۸۶
مرد	۳۲	۱۴
سن (۵۸-۲۵)	۲۲۸	میانگین: ۴۲
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۵	۶,۷
متأهل	۲۱۳	۹۳,۳
تعداد فرزندان (۴-۰)	۲۲۸	میانگین: ۱,۹
سابقه تدریس (۲۹-۱)	۲۲۸	میانگین: ۱۹,۱۹
رشته تحصیلی		
زبان و ادبیات فارسی	۱۷	۷,۵
علوم تربیتی (آموزش ابتدایی)	۴۸	۲۱,۱
زبان و ادبیات عرب	۸	۳,۵
ریاضیات	۸	۳,۵
زبان و ادبیات انگلیسی	۱۰	۴,۴
هنر	۱۷	۷,۵
مشاوره و راهنمایی	۳۶	۱۵,۸
مطالعات اجتماعی	۲۳	۱۰,۱
آموزش علوم تجربی	۱۶	۷
علوم تربیتی با گرایش استثنایی	۱۸	۷,۹
تربیت بدنی	۲۷	۱۱,۸
نیمسال تحصیلی		
اول	۲۸	۱۲,۳
دوم	۹۰	۳۹,۵
سوم	۴۷	۲۰,۶
چهارم	۶۳	۲۷,۶

جدول ۴: دو پرسش باز

۱. شما انتظار دارید با گذراندن درس سلامت چه توانایی هایی در شما پدیدار گردد؟
۲. لطفاً چنانچه پیشنهادی برای طراحی این درس دارید، ما را از نظرات ارزشمند خود بهره مند سازید.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به این منظور صورت گرفت تا روشن سازد عناصر سازنده برنامه درسی سواد سلامت که بر مبنای رویکرد آموزش گفت و شنودی طراحی شده است از چه ویژگی‌هایی برخوردارند. برای شکل دادن به عناصر این برنامه از سند تحول بنیادین نیز به عنوان جهت‌دهنده کمک گرفته شد. در استفاده از آن، پژوهشگران به این نکته اشراف داشتند که تعریف ارائه شده از سلامت در سند بنیادین تعریف پذیرفته شده در مجامع علمی نیست. سازمان سلامت جهان[۲۴] سلامت را برابر با آسایش جسمانی، روانی، و اجتماعی در نظر می‌گیرد حال آن که در این سند فقط «تعامل مستمر روح و بدن» (ص. ۳۰۶) مورد توجه قرار گرفته است. این پژوهش نشان داد در برنامه درسی سواد سلامت که بر مبنای رویکرد آموزش گفت و شنودی طراحی شده است عنصر یادگیرنده و ویژگی‌های آن، اشاره به دانشجومعلمانی داردکه تا کنون

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

برنامه‌های اثربخشی که بتواند به ارتقای سلامت آن‌ها کمک کند تجربه نکرده‌اند. سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان نیز نادیده گرفتن این کارگزاران کلیدی ارتقای سلامت را متذکر شده‌اند. پژوهش Leger [۲۵] در استرالیا نیز علاقمندی معلمان به مباحث سلامت را مورد توجه قرار داده است اما به باور او نبود یا کمبود آموزش‌های لازم در حوزه سلامت در دوره پیش از خدمت و ضمن خدمت معلمان سبب می‌شود درک کمی از موضوعات سلامت داشته باشند و همین امر ایفای نقش فعال در ارتقای سلامت دانش‌آموزان را برای آنان غیرممکن ساخته است. این پژوهش این کاستی را نشان داد که بسیاری از دانشجومعلمان در دوران تحصیل در مدرسه از آموزش‌های سلامت برخوردار نبوده‌اند. در نتیجه نمی‌توان انتظار داشت که از سواد سلامت کافی برخوردار باشند. این وضعیت محدود به ایران نیست. در بسیاری از کشورها مدارس اهمیت کمی به ارتقای سلامت می‌دهند و بسیاری از معلمان برای آن که در راستای ارتقای سلامت دانش آموزان گام بردارند آمادگی لازم را ندارند[۲۷-۲۶]. از آنجایی که کاستی‌های مرتبط با حوزه سلامت می‌تواند سدی بر عمکرد تحصیلی دانش‌آموزان باشد [۹-۴]، باید برنامه‌هایی به منظور ارتقای سواد سلامت معلمان آینده طراحی، اجرا و ارزشیابی شود تا بتوانند در برخورد با مشکلاتی که سدی بر راه یادگیری است به درستی تصمیم‌گیری نمایند. در برنامه درسی سواد سلامت معلمان، عنصر هدف کلی اشاره به این نکته دارد که در نهایت باید هویت تازه‌ای در معلمان ایجاد شود که در آن برای خود نقش کارگزار سلامت در مدرسه (در کنار دیگر نقش‌ها) را در نظر بگیرند. اگر قرار است ارتقای سلامت در جامعه تحقق یابد آموزش سلامت نباید تنها منحصر به متخصصان این حوزه باشد. تمام افرادی که رسالت آموزش کودکان و دانش‌آموزان را دارند(به ویژه معلمان و والدین) نقش به سزایی در ارتقای سلامت دانش‌آموزان دارند. می‌توان گفت در امر ارتقای سلامت دانش‌آموزان، افرادی که در حوزه سلامت هستند در مقایسه با والدین و معلمان در مقام ثانوی قرار دارند[۲۸]. عنصر زمان، اشاره به افزایش تعداد واحدهای درسی مرتبط با سلامت، ارائه همزمان درس سلامت با دروس دیگر مانند کارورزی و همچنین تلفیق این درس با دیگر دروس مانند ریاضی و روان‌شناسی دارد. همانگونه که موسسه طب پزشکی[۲۹] بیان کرده است آموزش سواد سلامت این قابلیت را دارد که در درس‌های دیگر مانند ریاضی، علوم، تربیت بدنی و حتی سوادآموزی تلفیق شود. عنصر محتوا بیشتر به بیماری‌های غیرواگیر و راه‌های پیشگیری از آن‌ها اشاره می‌کند. این یافته با آنچه که موسسه طب پزشکی [۲۹] پیشنهاد می‌دهد همخوان است. آن‌ها شش اولویت را ذکر می‌کنند که باید در طراحی برنامه‌ای که به منظور افزایش سواد سلامت طراحی می‌شود مورد توجه قرار گیرند: رفتارهایی که مسبب حوادث عمدی یا غیرعمدی می شوند؛ الکل و مواد مخدر؛ سیگار؛ رفتارهای جنسی که منجر به عفونت‌های جنسی و همچنین اچ آی وی و بارداری ناخواسته می‌شوند؛ فعالیت بدنی ناکافی و الگوهای غذایی که به بیماری منجر می‌شوند. در گزارش افراد سالم نیز بر این موارد تأکید شده است. اما برای آموزش سلامت در مدرسه تمرکز بر چنین محتوایی کفایت نمی‌کند. باید شرایطی فراهم آید تا یادگیرنده بتواند رفتار خود را در برابر این رفتارهای پرخطر وارسی کند و توانایی آن را پیدا کند که از خود و دیگران مراقبت کند[۲۷]. دستیابی به این توانایی نیازمند آن است که فرد مفروضه‌های زیربنایی خود[۳۰] در مورد سلامت و سواد سلامت را تغییر دهد. از آنجایی که در آموزش گفت و شنودی طراحان برنامه درسی زمینه لنگر انداختن محتوای تازه در زندگی و تجربیات یادگیرندگان را فراهم می‌سازند، سبب می‌شوند یادگیرندگان نگاهی به درون بیاندازند. بر نهفته‌ترین علائق خود تأمل کنند، و نسبت به خود حسی تازه پیدا کنند[۳۱]. نگاه به درون سبب می‌شود یادگیرندگان با دنیای درون خود به گفت و شنود برخیزند و بر مفروضه‌های نامرئی بند و بست‌شده‌ای که در باورهای نهفته در پشت ذهن آن‌ها جای گرفته است تأمل کنند. پس چگونگی تدریس آموزش سلامت به معلمان آینده از اهمیت به سزایی برخوردار است. این آموزش‌ها باید به گونه‌ای باشد که از انتقال اطلاعات پرهیز شود و به جای آن آموزش سلامت به عنوان شیوه ای از رهایی بخشی دیده شود که در طی آن ابزاری در اختیار یادگیرنده قرار داده می‌شود تا در رابطه با سلامت تصمیمات آزادانه و مسئولانه اتخاذ کند[۲۷].

سهم نویسندگان

فاطمه‌زهرا احمدی: طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله

محمود مهرمحمدی: استاد راهنمای پژوهش و نظارت عملی بر کلیه مراحل اجرا و راهنمایی در تدوین مقاله

جین ولا: استاد مشاور پژوهش و نظارت عملی بر کلیه مراحل طراحی برنامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

علی منتظری: استاد مشاور پژوهش و نظارت عملی بر کلیه مراحل اجرای آن و راهنمایی در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله که برگرفته از پایان نامه دوره دکتری بود بر خود لازم می‌دانند از تمام سیاست‌گذاران، دانشجومعلمان، و معلم دانشجویانی که در این فرایند با ایشان همکاری داشته‌اند سپاسگزاری کنند.

منابع

1.UNESCO. Teaching and Learning for a Sustainable Future. Available at HTTP://WWW.UNESCO.ORG/EDUCATION/TLSF/. Accessed JAN 20, 2015

2.Nabavi M, Karimi B, Ghorbani R, Mazloum JM, Talebi M. Prevalence of obesity and some related factors among students aged 7 to 12 in Semnan, Iran. Payesh 2010;9:443-51

3.Eskandaryzedeh A, Sajadi FS, Torabi M, Sharifi M, Amini Z, Sahebghalam B, Mahdavi SS, Asadpoor S, Ehsan N, Saeedi V, Mousazadeh M. Caries Free Prevalence among 6, 12 & 15- Year Old School Children in Kerman during 2000-2005. Journal of Health and Development 20154: 42-51

4.Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. Child development. 2011;82:405-32

5.Haas SA, Fosse NE. Health and the educational attainment of adolescents: Evidence from the NLSY97. Journal of Health and Social Behavior 2008;49:178-92

6.Fedewa AL, Ahn S. The effects of physical activity and physical fitness on children's achievement and cognitive outcomes: a meta-analysis. Research quarterly for exercise and sport 2011;82:521-35

7.Shephard RJ. Curricular physical activity and academic performance. Pediatric exercise science. 1997;9:113-26

8.Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metzl JD. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. Journal of the American Dietetic Association 2005;105:743-60

9.Taras H. Nutrition and student performance at school. Journal of school health 2005;75:199-213

10. Fullan, M. The New Meaning of Educational Change. London: Cassell; 1991

11. Smolak BH, Michael P. Levine, Catherine M. Shisslak, Linda. Teachers: The forgotten influence on the success of prevention programs. Eating Disorders 2001;9:261-5

12. Peterson FL, Cooper RJ, Laird JA. Enhancing Teacher Health Literacy in School Health Promotion A Vision for the New Millennium. Journal of School Health 2001;71:138-44

13. Speller V, Marks R, , Byrne J, Dewhirst S, Almond P, Mohebati L, et al. Developing trainee school teachers' expertise as health promoters. Health Education 2010;110:490-507

14. Duncan P. The importance of teachers and schools in health promotion. In Dillon J, Maguire M, editors, Becoming a Teacher. 4th Edition, Milton Keynes: Open University Press, 2011

15. Knowles MS. The modern practice of adult education. 1st Edition, New York Association Press: New York, 1970

16. Vella J. Learning to listen, learning to teach: The power of dialogue in educating adults. 1st Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 2002

17. Vella J. On teaching and learning: Putting the principles and practices of dialogue education into action. 1st Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008

18. Vella J. Dialogue education at work: A case book. 1st Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 2004

19. Vella J. Taking Learning to Task: Creative Strategies for Teaching Adults. 1st Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 2000.

20. Berman LM. Problematic Curriculum Development: Normative Inquiry in Curriculum. Journal of Curriculum and Supervision 1988;3:271-95

21. Theoretical Premises of the Fundamental Reform of the Formal General Education System of the Islamic Republic of Iran. 2011.

22. Saldaña J. The coding manual for qualitative researchers.1st Edition. London: Sage; 2015

23. Hennink M, Hutter I, Bailey A. Qualitative research methods. 1st Edition, London: Sage; 2010

24. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

25. Leger LS. Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. Health promotion international 1998;13:223-35
26. Jourdan D. Health education in schools: The challenge of teacher training. 1st Edition, Saint-Denis: Inpes; 2011
27.Jourdan D, Samdal O, Diagne F, Carvalho GS. The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. Promotion & education 2008;15:36-8
28. Rubene Z, Goba L, editors. Health Literate Child: Transforming Teaching in School Health Education. SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION 2015; 1: 331-340. Available at Journals.ru.lv/index.php/SIE/issue/download/23/1. Accessed June 10, 2016
29. Nielsen-Bohlman L, Kindig DA, Panzer AM. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: National Academies Press; 2004. Available at www.iom.edu. Accessed APRIL 17, 2010
30. Mezirow J. Fostering critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning. 1st Edition. San Francisco: John Wiley & Sons; 1990
31. Tomlinson CA. The parallel curriculum: A design to develop high potential and challenge high-ability learners. 2th Edition. Thousand Oaks, CA: Corwin Press; 2008

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

ABSTRACT

Developing a health literacy curriculum for pre-service teachers using a Dialogue Education Approach: A normative inquiry

Fatemeh Zahra Ahmadi [1], Mahmoud Mehr-Mohammadi [1*], Jean Vala[2], Ali Montazeri[3]

1. Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. School of Public Health University of North Carolina at Chapel Hill, NC USA
3. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2017; 3: 367-381
Accepted for publication: 23 January 2017
[EPub a head of print-10 May 2017]

Objective (s): Health literacy is an important competency to maintain health. Schools are a key setting in which health literacy can be promoted. However this depends on the teachers' health literacy that is not always adequate. The present study describes the development of a health literacy curriculum for pre-service teachers using dialogue education approach.
Methods: A normative inquiry was applied to develop the components of a dialogic health literacy curriculum. The method included two focus groups with teacher candidates, 13 face-to-face interviews with an expert panel and a survey with 228 professional teachers in 2015. In addition we examined the content of "Theoretical Premises of the Fundamental Reform of the Formal General Education System of the Islamic Republic of Iran" in relation to health education. Data were analyzed using thematic analysis. They were coded and categorized in predetermined themes.
Results: Eight themes emerged as components of a dialogic health literacy curriculum: 1. Characteristics of the learners and educator; 2. Situation that calls for the learning; 3. Ultimate changes; 4. Time frame; 5. Site for the learning events; 6. Content; 7. Learning objectives and 8. Learning tasks. These will be explained in details.
Conclusion: We have developed a dialogic health literacy curriculum to improve health literacy among future teachers to help them to play their critical role in improving health literacy of their future students. An evaluation of the impact of the curriculum is needed.

Key Words: Dialogue Education, Teacher Education, Health Literacy, Curriculum Planning, Normative Inquiry

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]

* Corresponding author: Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail: Mehrmohammadi tmu@hotmail.com

پیوست

محتوا	اهداف دست‌یابی محور: در پایان این نشست شما
شناسایی علل ریشه ای مصرف مواد روانگردان در دانش آموزان شما	با استفاده از دیاگرامی به نام دیاگرام علی، علل ریشه‌ای مصرف مواد روانگردان را در دانش‌آموزان شناسایی کرده‌اید.
	بر این که چگونه طراحی این دیاگرام نگاه شما را به مصرف مواد روانگردان در دانش‌آموزان تغییر داده است تامل کرده‌اید.
شش راهکار عملی برای طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه	به معلمان کنونی نامه نوشته‌اید و آنها را برانگیخته‌اید که چگونه اصول راهنمای طراحی و اجرای برنامه پیشگیری از اعتیاد را در مدارس به کار ببرند.

یک نمونه از تکالیف یادگیری

- در گروه‌های سه نفره دیاگرامی رسم کنید و بر روی آن عللی که می‌تواند منجر به مصرف مواد مخدر در مدرسه محل کارورزی شما شود را شناسایی کنید. برای هر یک از آن علل نیز علل مربوطه را شناسایی کنید. همه‌ی دیاگرام‌ها را خواهیم دید.
- متنی «شناسایی علل ریشه‌ای مصرف مواد در دانش‌آموزان» را بخوانید و آموخته‌های تازه خود را علامت بزنید. آنچه که علامت زده‌اید را با همگروهی خود در میان بگذارید.
- بر اساس آموخته‌های جدید خود، دیاگرام‌های خود را دوباره طراحی کنید و تغییراتی را که دیاگرام و آموخته‌های تازه در دیدگاه شما پدید آورده است را تعیین نمایید. همه دیاگرام‌های تازه را می‌بینیم و گفته‌های شما را می‌شنویم.
- به یکی از معلمانی که می‌شناسید نامه‌ای بنویسید و از او بخواهید علل مصرف مواد مخدر را در مدرسه یا محله خود شناسایی کند. یک نمونه از نامه‌ها را خواهیم شنید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.10.1]