

Required Revisions in the 12th-Grade Health and Hygiene Curriculum: A Qualitative Study Using Conventional Content Analysis

Akram Jafari¹ , Behnam Talebi^{1*} , Isa Barghi² 

¹ Department of Educational Sciences, Ta.c., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

² Department of Educational Sciences, Shahid Madani University, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 13 Apr 2025

Revised: 25 Jul 2025

Accepted: 9 Sep 2025

ePublished: 15 Dec 2025

Keywords:

Health Education,
Hygiene,
Curriculum,
Schools,
Students

Abstract

Background. In recent years, a textbook titled Health and Hygiene has been introduced into the 12th-grade curriculum in Iran. The current research has examined the necessary revisions to the 12th-grade health and hygiene curriculum based on teachers' and students' perceptions.

Methods. This study employs a qualitative approach and conventional content analysis to examine the perceptions of female teachers and students. Based on this, in 2022, perceptions of 22 teachers and 19 12th-grade students in the provinces of West Azerbaijan and East Azerbaijan were investigated through semi-structured interviews. Participants were selected using purposive sampling. To verify the trustworthiness of the research information, the reliability criterion was applied, using two review methods by 12 participants and a review by four non-participating experts. For data analysis, Graneheim & Lundman's strategy has been used.

Results. From data analysis, 174 codes, three themes, and 26 sub-themes were obtained. The themes extracted from the research are: the need to align the curriculum with different academic fields; the inappropriateness of the 12th grade; the need to adjust the grade levels of the curriculum; and the need to revise the curriculum's goals and content.

Conclusion. The 12th-grade health and hygiene curriculum requires fundamental revisions; such revisions can increase its likelihood of achieving its goals.

Jafari A, Talebi B, Barghi I. Required Revisions in the 12th-Grade Health and Hygiene Curriculum: A Qualitative Study Using Conventional Content Analysis. *Depiction of Health*. 2025; 16(4): 423-433. doi: 10.34172/doh.2025.33. (Persian)

Extended Abstract

Background

Promoting students' health is one of the most significant approaches in education. According to the emphases outlined in the Fundamental Reform Document of Education in Iran, one of the joint programs mandated for implementation by the Ministry of Health and Medical Education and the Ministry of Education is the development of health literacy among students. One

of the most effective strategies for promoting student health is to focus on self-care and its principles, tailored to students' physical and psychological development.

Since, considering the various human, social, and cultural contexts of health education, the conventional content analysis method can describe the lived experiences of teachers and students in greater depth, this study seeks to explain the necessary revisions to the 12th-grade health and wellness curriculum based on the

* Corresponding author; Behnam Talebi, E-mail: btalebi1972@gmail.com



perceptions of female students and female teachers of this curriculum.

Methods

This study aims to identify necessary revisions to the 12th-grade health and hygiene curriculum based on the lived experiences of female students and female teachers. The research employs a qualitative approach and uses a descriptive phenomenological method to analyze participants' lived experiences. Conducted in 2022, the sampling was purposive and employed a combination of maximum variation and snowball sampling techniques, guided by specific inclusion criteria.

Maximum variation sampling was used to recruit individuals from diverse backgrounds, and snowball sampling was used when participant referrals were necessary. The inclusion criteria for students were as follows: (a) being a 12th-grade student, (b) having completed all schooling in urban public schools, (c) having a normal socioeconomic and cultural family background, and (d) residing in either East Azerbaijan or West Azerbaijan provinces. Based on these criteria, the lived experiences of 19 students concerning puberty and hygiene education were explored through semi-structured interviews. A total of 19 individual interviews were conducted.

For teacher participants, the inclusion criteria were: (a) having taught the "Health and Hygiene" course since 2018, (b) holding an academic degree in health or biological sciences, and (c) having at least five years of teaching experience in secondary education. Student interviews ranged from 27 to 50 minutes (average 34 minutes), whereas teacher interviews ranged from 20 to 55 minutes (average 28 minutes). Interviews were conducted until data saturation was reached.

Sample interview questions included: "How did you experience the Health and Hygiene curriculum?" "What pleasant or unpleasant experiences have you had with it?", and "Please describe your own experiences." Each interview was analyzed using Colaizzi's method. To ensure the study's trustworthiness, Lincoln and Guba's criteria—including credibility, transferability, dependability, and confirmability—were applied. Participant validation (12 individuals) and expert review (4 professors in educational psychology, health education, and social medicine) were used to enhance credibility.

Results

Demographic self-reports revealed that 9 of the student participants were from East Azerbaijan and 10 from West Azerbaijan. Of these, five were in the

mathematics stream, 7 in the natural sciences, and 7 in the humanities. Among the teachers, 10 were from East Azerbaijan and 12 from West Azerbaijan. From data analysis, 174 codes, three main themes, and 26 sub-themes were extracted. The main themes included: the necessity of curriculum differentiation by academic stream; the inappropriateness of 12th grade for this subject and the need to change the grade level; and the need to revise the curriculum's goals and content.

Findings suggest that the Health and Hygiene curriculum should be revised to adopt a holistic approach that integrates the local community, the school, and students. Efforts to better integrate health and education sectors should become a social priority, acknowledging the interdependence of learning and health. Such integration not only supports healthy students but also contributes to the development of effective and healthy schools. Health research institutes have identified the integration of health literacy into curricula from kindergarten through grade 12 as a remedy for the current confusion in the educational system and as a critical pathway to improving public health literacy. This integration can improve public health, strengthen dialogue among school authorities, health officials, teachers, parents, and students, and engage learners in health matters within both formal and informal educational settings.

Conclusion

In interpreting the findings, one notable reason for curriculum revision is the centralized nature of curriculum planning in Iran. Studies and existing evidence from general and secondary education curricula indicate a highly centralized system in which uniform curricula are designed for all students, often lack specificity regarding the skills and knowledge students should acquire, and limit the influence of teachers and students.

A key limitation of this study is its focus solely on the 12th-grade textbook-based Health and Hygiene curriculum, thereby excluding other health-related curricula. Based on the findings, it is recommended that this curriculum be revised to align its delivery across educational stages, disciplines, and grade levels, and that it reconsider both its goals and content.

Practical Implications of Research

The findings of this study can inform necessary revisions to the secondary school health curriculum in order to enhance student health and strengthen the effectiveness of health education programs in schools.

بازنگری‌های موردنیاز در برنامه درسی سلامت و بهداشت پایه دوازدهم: یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی

اکرم جعفری^۱، بهنام طالبی^{۱*}، عیسی برقی^۲

^۱ گروه علوم تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۲ گروه علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۴
اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۵/۰۳
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۸
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴

کلیدواژه‌ها:

آموزش سلامت،
بهداشت،
برنامه درسی،
مدارس،
دانش‌آموزان

چکیده

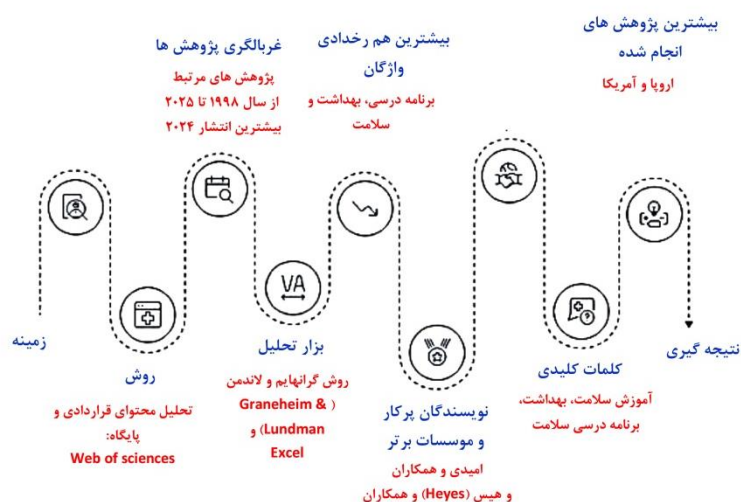
زمینه. در ایران، در سال‌های اخیر، درسی به نام سلامت و بهداشت در برنامه درسی پایه دوازدهم ارائه می‌شود. پژوهش حاضر، بازنگری‌های ضروری برنامه درسی سلامت و بهداشت پایه دوازدهم را بر اساس برداشت‌های معلمان و دانش‌آموزان مورد بررسی قرار داده است.

روش کار. این مطالعه مبتنی بر رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوای قراردادی، با مطالعه ادراکات معلمان زن و دانش‌آموزان دختر می‌باشد. بر این اساس در سال ۱۴۰۱ ادراکات ۲۲ نفر از معلمان و ۱۹ نفر از دانش‌آموز پایه دوازدهم با استفاده از مصاحبه نیم‌ساختاریافته، در استان‌های آذربایجان غربی و آذربایجان شرقی بررسی شده است. انتخاب مشارکت‌کنندگان، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شده است. به منظور احراز صحت و دقت اطلاعات تحقیق از معیار اعتمادپذیری با دو روش بازبینی توسط ۱۲ نفر از مشارکت‌کنندگان و مرور ۴ نفر از خبرگان غیر مشارکت‌کننده در پژوهش استفاده شده است. تحلیل داده‌ها با روش گرانهایم و لاندمن (Graneheim & Lundman) صورت پذیرفت.

یافته‌ها. از تحلیل داده‌ها، ۱۷۴ کد، ۳ مضمون اصلی و ۲۶ زیرمضمون به‌دست آمده است. مضمون‌های مستخرج از پژوهش عبارتند از: ضرورت تغییر برنامه درسی متناسب با رشته‌های مختلف تحصیلی، نامناسب بودن پایه تحصیلی دوازدهم و ضرورت تغییر پایه تحصیلی، ضرورت تغییرات در هدف و محتوای برنامه درسی. **نتیجه‌گیری.** برنامه درسی سلامت و بهداشت پایه دوازدهم نیازمند تغییرات اساسی می‌باشد و با بازنگری در این برنامه، می‌تواند اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت و سلامت را براساس شواهد ضمانت نماید.

بازنگری‌های موردنیاز در برنامه درسی سلامت و بهداشت پایه دوازدهم: یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی

پیام اصلی: برنامه درسی سلامت و بهداشت پایه دوازدهم نیازمند تغییرات اساسی می‌باشد و با بازنگری در این برنامه، می‌توان امیدواری بیشتری به تحقق اهداف آن داشت.



مقدمه

ارتقای سلامت دانش‌آموزان از مهم‌ترین رویکردهای آموزش و پرورش است و بر اساس تاکیدات سند تحول، مقرر شده یکی از برنامه‌هایی که به‌صورت مشترک بین دو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش اجرایی شود، توسعه سواد بهداشتی یا ارتقای سواد سلامت در بین دانش‌آموزان است. یکی از بهترین رویکردها در زمینه سلامت دانش‌آموزان، توجه به مقوله خودمراقبتی و اصول آن، متناسب با رشد جسمی و روانی آنها است.^۱ کاهش رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی پایین‌تر^۲ با سواد سلامت ناکافی رابطه مستقیم دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به‌وسیله خود دانش‌آموز و خانواده او، بدون دخالت متخصصان صورت می‌پذیرد. خودمراقبتی به جنبه‌هایی که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد؛ بنابراین، با توجه و تقویت این توانمندی‌ها نزد دانش‌آموزان، می‌توان گامی مهم در راستای ارتقای سلامتی آنها برداشت.^۳ می‌توان گفت، آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامت تابعی از آموزش‌های بهداشتی است.^۴ دانش‌آموزان دارای سواد سلامت اندک، وضعیت سلامت ضعیف‌تری دارند و از آمادگی یادگیری پایین‌تری برخوردارند.^۵ سواد سلامت ناکافی با کاهش رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی پایین‌تر^۲ همراه است و عوارض متعددی ایجاد کرده است.^۶ با وجود این شواهد، و نیاز آشکار به پرداختن به مسائل پیچیده‌ای که دانش‌آموزان امروزی با آن مواجه هستند، دنیا هنوز نتوانسته شکاف بزرگ مقیاس بین بخش‌های بهداشت و آموزش را از بین ببرد.^۵ علی‌رغم جهش‌های رو به جلو در درک ما از تأثیرات بی‌شمار نظام آموزشی بر سلامت عمومی، سازمان‌دهی سیستم‌های آموزشی ما تغییر چندانی نکرده است.^۷ کشور ما نیز از این وضعیت مستثنی نمی‌باشد. پژوهش‌هایی همچون پژوهش رحیمی و همکاران نشان داد توجه به مقوله‌هایی همچون سلامت، تغذیه و سبک زندگی در دروس دوره دوم متوسطه در پایین‌ترین حد نسبت به سایر مقوله‌ها قرار دارد.^۸ نتایج پژوهش حدیدی و همکاران نیز نشان داد که برنامه درسی دوره متوسطه از نظر آموزش بهداشت روان، در دروس مورد بررسی وضعیت مناسبی نداشت.^۹ امیدی و همکاران نیز ضرورت آموزش خودمراقبتی در مدارس متوسطه دوم را گزارش نموده‌اند.^{۱۰}

آموزش بهداشت و سلامت عبارت از ایجاد ظرفیت در فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است و شامل برنامه‌های آموزشی افزایش‌دهنده سلامتی می‌باشد^{۱۱} و ابزار اصلی نظام آموزشی در تحقق اهداف این آموزش‌ها، برنامه درسی است. برنامه درسی، مجموع تجارب یادگیری است به‌طوری که دانش‌آموزان می‌توانند مهارت‌ها و دانش عمومی را در مکان‌های مختلف یادگیری کسب کنند.^{۱۲} لذا آگاهی‌های بهداشتی و سواد سلامت یک مسأله حیاتی می‌باشد و به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی ارتقای سطح سلامت جامعه مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است.^{۱۳} ارتقا این نوع آگاهی‌ها در نظام‌های آموزشی موفق دنیا، بر پیوند آموزش و سلامت در مدارس مبتنی است^۵ و اساس آموزش در چنین نظام‌های آموزشی بر رویکرد مشارکتی یادگیری و سلامت از طریق طراحی جامعه سالم، مدرسه سالم و کودک سالم می‌باشد.^{۱۱}

از طرفی دیگر، تحقیقات با تمرکز بر برنامه‌ریزی برای سواد سلامت از طریق برنامه‌های بهداشتی در مدرسه حداقل است^{۱۴} و تحقیقات چندانی در حوزه آموزش بهداشت در نظام آموزشی انجام نگرفته است و خلاء پژوهشی در این حوزه موضوعی مشهود می‌باشد. از آنجا که با توجه به زمینه‌های مختلف انسانی، اجتماعی و فرهنگی آموزش سلامت، روش تحلیل محتوای قراردادی می‌تواند تجارب زیسته معلمان و دانش‌آموزان را با عمق بالاتری توصیف نماید، این پژوهش به‌دنبال تبیین بازنگری‌های ضروری برنامه درسی بهداشت و سلامت پایه دوازدهم بر اساس ادراکات دانش‌آموزان دختر و معلمان زن از این برنامه درسی می‌باشد.

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. روش نمونه‌گیری، هدفمند و ترکیبی از شیوه‌های ناهمگون و گلوله برفی بر اساس معیارهای ورود به مطالعه بوده است. نمونه‌گیری ناهمگون به این دلیل که معیارهای ورود به نمونه، به دنبال شناسایی افرادی که عمدتاً از یک طبقه نمی‌باشند، استفاده شده است. نمونه‌گیری گلوله برفی نیز به این دلیل

بودند، شناسایی گردید. در مرحله بعد، این واحدهای معنایی بدون کاستن از جوهره اصلی، به صورت تراکم یافته بازنویسی شدند. پس از آن، هر واحد معنایی فشرده شده با یک کد مفهومی مشخص برچسب گذاری گردید. در ادامه، کدهای مشابه و هم معنا در قالب زیرمضمون ها و سپس در سطوح بالاتر در قالب مضمون های اصلی سازمان دهی شدند. مضامین به دست آمده بازتاب دهنده محتوای پنهان و معانی عمیق موجود در داده ها بودند و چارچوبی تبیینی برای پاسخ گویی به پرسش های پژوهش فراهم ساختند.

به منظور احراز اعتبار تحقیق از معیار اعتماد پذیری (Trustworthiness) بر اساس معیارهای لینکلن و گوبا شامل: قابل قبول بودن (Credibility)، انتقال پذیری (Transferability)، قابلیت اطمینان (Dependability) و تایید پذیری (Conformability) استفاده شده است.^{۱۵} نخست، برای قابل قبول بودن تلاش شد داده ها از طریق مصاحبه های عمیق و طولانی با مشارکت کنندگان گردآوری گردد و محتوای مصاحبه ها به دفعات مرور و بازخوانی شود. همچنین، بازبینی مشارکت کنندگان به کار گرفته شد؛ بدین معنا که بخشی از یافته ها و کدهای استخراج شده در اختیار مصاحبه شوندگان قرار گرفت تا نظر آن ها درباره دقت و صحت بازنمایی داده ها اخذ شود. استفاده از هم سنجی همکاران و مشورت با اساتید صاحب نظر نیز بر اعتبار تحلیل ها افزود. برای انتقال پذیری، پژوهشگر با ارائه توصیف غنی از زمینه پژوهش، ویژگی های مشارکت کنندگان، نحوه گردآوری داده ها و شرایط محیطی، شرایطی فراهم ساخت تا خوانندگان بتوانند امکان تعمیم پذیری نتایج به موقعیت های مشابه را قضاوت کنند. در خصوص قابلیت اطمینان، تمامی مراحل گردآوری و تحلیل داده ها به طور دقیق مستند سازی شد تا امکان بازبینی و پیگیری گام های پژوهش توسط پژوهشگران دیگر وجود داشته باشد. همچنین، فرآیند کدگذاری توسط پژوهشگر دوم مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت تا از ثبات و انسجام نتایج اطمینان حاصل شود. در نهایت، برای تأیید پذیری تلاش شد یافته ها بر اساس داده های واقعی و مستند استخراج شوند و از پیش داوری یا سوگیری پژوهشگر جلوگیری شود. به همین منظور، یک ردیابی حسابرسی شامل کلیه یادداشت های میدانی، مراحل

که در برخی از معیارها، نیازمند معرفی نمونه ها توسط خود مشارکت کنندگان بوده است، استفاده شده است. معیارهای ورود به مطالعه در دانش آموزان عبارت بودند از: الف) دانش آموز پایه ۱۲ باشد، ب) همه تحصیلات خود را در مدارس عادی دولتی شهری سپری کرده باشد، ج) وضعیت خانوادگی از لحاظ اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی نرمال و در حد متوسط باشد، د) ساکن یکی از شهرهای استان های آذربایجان شرقی یا آذربایجان غربی باشد. بر این اساس ادراکات ۱۹ نفر از دانش آموزان پیرامون آموزش بهداشت بلوغ و با استفاده از مصاحبه نیم ساختاریافته بررسی شده است. تعداد ۱۹ مصاحبه فردی با ۱۹ نفر از مشارکت کنندگان انجام گرفته است. معیارهای ورود به مطالعه در معلمان عبارت بودند از: الف) معلم تدریس درس سلامت و بهداشت را از سال ۱۳۹۷ بر عهده داشته باشد. ب) رشته تحصیلی معلم مرتبط با بهداشت یا علوم زیستی باشد. ج) حداقل ۵ سال سابقه تدریس در مقطع دبیرستان داشته باشند.

مدت زمان مصاحبه ها در دانش آموزان از ۲۷ دقیقه تا ۵۰ دقیقه طول کشید و میانگین مدت مصاحبه ها ۳۴ دقیقه بوده است. مدت زمان مصاحبه ها در نمونه معلمان از ۲۰ دقیقه تا ۵۵ دقیقه و میانگین مدت مصاحبه ها ۲۸ دقیقه بوده است. مصاحبه ها تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت. نمونه ای از سوالات مصاحبه (گروه دانش آموزان و معلمان) عبارت بودند از: برنامه درسی سلامت و بهداشت را چگونه تجربه کردید؟ چه تجارب خوشایند و ناخوشایندی را در این ارتباط داشته اید... لطفا تجربه خودتان را بیان کنید؟ در این پژوهش بعد از هر مصاحبه به منظور تحلیل داده های کیفی، از روش تحلیل محتوای قراردادی بر مبنای رویکرد گرانه هایم و لاندمن (Graneheim & Lundman) استفاده شد. این روش به دلیل انعطاف پذیری و قابلیت آن در استخراج مضامین نهفته در داده های متنی، یکی از پرکاربردترین الگوها در تحقیقات علوم تربیتی و اجتماعی به شمار می رود. فرایند تحلیل داده ها به صورت مرحله ای و نظام مند انجام گرفت. بر این اساس نخست، تمامی متن مصاحبه ها چندین بار به دقت مطالعه شد تا پژوهشگر به درک کلی از محتوای داده ها و فضای حاکم بر آن ها دست یابد. سپس، واحدهای معنایی شامل جملات یا بخش هایی از متن که حامل معنای مرتبط با پدیده مورد مطالعه

کدگذاری و تصمیمات تحلیلی نگهداری گردید تا سایر پژوهشگران بتوانند روند استنتاج نتایج را مورد بررسی قرار دهند. مثلث‌سازی وسیله‌ای آزمایش‌شده و آزموده‌شده برای ارائه کامل بودن، در پژوهش‌های کیفی است. هنگامی که به‌طور مناسب مورد استفاده قرار می‌گیرد، به مفهوم تبلور نزدیک می‌شود، که امکان تنوع بی‌نهایت زوایای رویکرد را فراهم می‌کند. بر این اساس با استفاده از مثلث‌سازی، ابتدا کدها و یافته‌ها مجدداً توسط پژوهشگران واریسی و اصلاحات لازم اعمال شد و نیز گزارش شفافی از فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها فراهم شد. در مرحله بعدی از دو روش بازبینی مشارکت‌کنندگان (۱۲ نفر) و مرور اساتید خبره روانشناسی تربیتی، آموزش بهداشت و پزشکی اجتماعی غیر شرکت‌کننده در پژوهش (۴ نفر) استفاده و یافته‌های نهایی ارائه شد. این پژوهش مستخرج از رساله دکترای تخصصی می‌باشد و ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان و رازداری مورد توجه بوده است.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان دانش‌آموز در مطالعه، بر اساس خوداظهاری آنان نشان می‌دهد، ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان ساکن استان آذربایجان شرقی و ۱۰ نفر ساکن استان آذربایجان غربی هستند. از لحاظ رشته تحصیلی ۵ نفر از دانش‌آموزان در گروه علوم ریاضی، ۷ نفر در گروه علوم

تجربی و ۷ نفر در گروه علوم انسانی مشغول تحصیل بوده‌اند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان معلم در مطالعه، بر اساس خوداظهاری آنان نشان می‌دهد، ۱۰ نفر از مشارکت‌کنندگان ساکن استان آذربایجان شرقی و ۱۲ نفر ساکن استان آذربایجان غربی هستند. همه مشارکت‌کنندگان زن و معلم پایه ۱۲ می‌باشند. هیچ کدام از مشارکت‌کنندگان در ۳ سال گذشته از مرخصی کامل (مثل زایمان یا بدون حقوق) استفاده نکرده‌اند و ۲ نفر از آنان ازدواج نکرده‌اند. ۶ نفر از مشارکت‌کنندگان دو فرزند دختر دارند، ۴ نفر از آنان یک فرزند دختر و یک فرزند پسر دارند و ۲ نفر از آنان فرزند دختر ندارند. ۳ نفر از آنان یک فرزند دختر و ۵ نفر از آنان یک فرزند پسر دارند. در کل ۱۱ نفر از مشارکت‌کنندگان، فرزند مشغول به تحصیل در دوره دوم متوسطه دارند. هیچ کدام از معلمان یا اعضای درجه یک خانواده‌شان سابقه بیماری مزمن که اثرات روانی سنگینی بر روی خانواده گذاشته باشد را تجربه ننموده‌اند.

از تحلیل داده‌ها، ۱۷۴ کد، ۳ مضمون اصلی و ۲۶ زیر مضمون به‌دست آمده است. مضمون‌های مستخرج از پژوهش عبارتند از: ضرورت تغییر برنامه درسی متناسب با رشته‌های مختلف تحصیلی، نامناسب بودن پایه تحصیلی دوازدهم و ضرورت تغییر پایه تحصیلی، ضرورت تغییرات در هدف و محتوای برنامه درسی. جدول ۱ مضامین و زیرمضمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مضمون‌ها و زیرمضمون‌های تجارب زیسته دانش‌آموزان و معلمان از بازنگری‌های ضروری برنامه درسی سلامت و بهداشت

مضمون	زیرمضمون
ضرورت تغییر برنامه درسی متناسب با رشته‌های مختلف تحصیلی	تکراری بودن محتوا برای دانش‌آموزان علوم تجربی عدم توجه به سطح دانسته‌های دانش‌آموزان رشته‌های مختلف تحصیلی دشواری بودن درس برای دانش‌آموزان رشته علوم انسانی دشواری بودن درس برای دانش‌آموزان رشته علوم ریاضی ضرورت برنامه درسی مجزا به تفکیک رشته‌های تحصیلی نبود ارتباط عمودی محتوا در علوم انسانی و ریاضی
ضرورت تغییر پایه تحصیلی	مناسبت برنامه درسی سلامت با ارائه مستمر آن در دوره ابتدایی و پایه‌های قبلی دوره‌های متوسطه ضرورت شروع آموزش از دوره‌های پایین‌تر نامناسب برای پایه دوازدهم به دلیل کنکور نامناسب برای پایه دوازدهم به لیل آزمون‌های نهایی پایان سال

مضمون	زیرمضمون
ضرورت تغییرات در هدف و محتوای برنامه درسی	نبود اثربخشی در موضوع بهداشت روان به دلیل کلی‌گویی بی‌توجهی به مسائل روز (استرس کنکور) بی‌توجهی به سطح آرامش روان در جامعه حجم بالای کتاب درسی تصاویر تکراری از سایر منابع کامپیوتری بودن تصاویر بالا تر بودن برخی مطالب از سطح دبیرستان رعایت کمتر سطح دشواری مطالب برای دانش‌آموزان همه رشته‌های تحصیلی مشابهت برخی مطالب به همدیگر کپی‌برداری مطالب از سایر منابع ضرورت پرداختن بیشتر به پیشگیری از بیماری‌ها عدم توجه به کسب عادات سلامت عدم توجه به سلامت اجتماعی و مقابله با تهدیدات اجتماعی جمله‌بندی نامناسب در متون درس شباهت بیشتر به کتاب اطلاعات عمومی تا درسی وقت کم برای حجم بالای مطالب درسی

مضمون اول: ضرورت تغییر برنامه درسی متناسب با رشته‌های مختلف تحصیلی

عمده مشارکت‌کنندگان معلم و دانش‌آموز بر ضرورت تغییر این برنامه درسی و تفاوت قائل شدن بین رشته‌های مختلف تحصیلی اذعان داشته‌اند. دانش‌آموزان بیشتر به جذابیت برنامه درسی برای رشته‌هایی غیر از رشته تجربی توجه داشته‌اند و معلمان در عین اشتراک تجربه با دانش‌آموزان ضرورت تغییرات برنامه درسی در رشته انسانی و نیز عدم جذابیت آن برای رشته‌های علوم تجربی نیز توجه داشته‌اند. مشارکت‌کننده‌ای از معلمان معتقد است "دیدم که دانش‌آموزان تجربی حد کتاب را پایین‌تر از سن خود می‌دانند، بار علمی مطالب را پایین‌تر از سن خود می‌دانند" (معلم شماره ۱). معلم دیگری گفته است "دانش‌آموزان رشته تجربی مطالب کتاب را تکراری و پیش پا افتاده می‌دانستند و در نهایت دانش‌آموزان اهمیت چندانی قائل نیستند" (معلم شماره ۲۰). دانش‌آموزان نیز معتقد به ضرورت تغییر برنامه درسی بوده‌اند. دانش‌آموزی گفته است "اگر کتاب فقط دارای مطالب جدید و غیرتکراری بود، درس سلامت و بهداشت همانند دروس دیگر جدی تلقی می‌شد" (دانش‌آموز شماره ۱۶). "برنامه درسی موجود پاسخگوی نیازهای واقعی رشته‌های تحصیلی متنوع نیست و لازم است بازنگری آن بر اساس ماهیت و اهداف اختصاصی هر رشته صورت گیرد" (معلم شماره ۱۸).

مضمون دوم: نامناسب بودن پایه تحصیلی دوازدهم و ضرورت استمرار آموزش در طول تحصیل

بسیاری از مشارکت‌کنندگان معلم و دانش‌آموز بر نامناسب بودن پایه تحصیلی ۱۲ برای این درس اشاره داشته‌اند و یا معتقد بودند باید از دوره اول متوسطه یا پایه دهم آموزش این برنامه درسی شروع شود. و تعداد قابل توجهی از معلمان مشارکت‌کننده در پژوهش بر فرآیندی بودن آموزش سلامت از اول ابتدایی و شروع این درس از همان پایه تاکید نموده‌اند. معلم شماره ۱۷ گفته است: "پایه ۱۲ زمانی است که دیگر دانش‌آموزان عادات‌های رفتاری‌شان تا حدود زیادی تثبیت شده و زیاد قابل تغییر نیست. در مواردی مشاهده کردم که دانش‌آموزان محتوی کتاب را ساده‌نگاری و مسخره می‌کردند." دانش‌آموز شماره ۸ گفته است: "در پایه ۱۲ به علت وجود امتحانات نهایی، این کتاب جایگاهش را از دست می‌دهد و نمی‌توانیم وقت زیادی به آن بگذاریم." دانش‌آموز شماره ۱۹ گفته است: "اگر این کتاب از پایه دهم تدریس می‌شد، بهتر بود، چون از یک طرف کنکور و از طرف دیگر سنگینی درس‌های اصلی ... به ما فشار می‌آورد." معلم شماره ۳ اظهار داشته است: "اگر درس سلامت و بهداشت از دوره‌های پایین‌تر به تدریج و در تمام پایه‌ها جزء کتاب‌های اصلی قرار می‌گرفت و در هر پایه متناسب با سن و شرایط روحی دانش‌آموزان گنجانده می‌شد، نتیجه بهتری می‌داد." "تراکم محتوای آموزشی در پایه

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های امیدی و همکاران،^{۱۰} رحیمی و همکاران،^۸ گلچین‌نژاد دزفولی و همکاران،^{۱۶} اکرمی و همکاران،^{۱۷} شکور و همکاران،^{۱۸} دایو (Diao) و همکاران^{۱۹} همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش امیدی و همکاران نشان داد: آموزش خودمراقبتی یک ضرورت است و ادراک دانش‌آموزان از خودمراقبتی چندان کامل نبوده و می‌توان با اتخاذ رویکردهای آموزشی مناسب در ارتقای خودمراقبتی دانش‌آموزان، گام‌های خوبی را برداشت.^{۱۰} پژوهش رحیمی و همکاران در تحلیل محتوای برنامه درسی خوشه دروس انسان و سلامت نشان داد از ۷۱۶۲ کد استخراج شده، سهم تغذیه و سلامت فقط ۱۲٪ بوده است.^۸ پژوهش گلچین‌نژاد دزفولی و همکاران، با هدف بررسی جایگاه آموزش خودمراقبتی در برنامه درسی قصد شده علوم تجربی دوره دوم مقطع ابتدایی، نشان داد همگونی در مؤلفه‌های مختلف خودمراقبتی رعایت نشده است و نیازمند بازنگری است.^{۱۶} در این ارتباط هیس (Heyes) و همکاران در ارائه مدل آموزش سلامت در مدارس با تأکید بر نقش معلمان زیست‌شناسی، سطوح مدرسه (کلان)، همکاران (میانی) و کلاس (خرد) را طرح نموده است. در سطح مدرسه؛ اختصاص دادن زمان خاص به اجرای این برنامه در همه موضوعات درسی، در سطح میانی؛ آموزش همتا در بین معلمان، تشکیل تیم‌های تدریس، و در سطح کلاس استفاده معلمان از زبانی که پل ارتباطی با موضوعات دیگر را پشتیبانی می‌کند؛ مطرح نموده است.^{۲۰}

در تبیین یافته‌های پژوهش، می‌توان وجود حداکثر تمرکز در نظام برنامه‌ریزی درسی را یکی از دلایل ضرورت‌های بازنگری در این برنامه درسی ذکر نمود. مطالعات انجام شده و شواهد موجود در نظام برنامه‌های درسی دوره‌های آموزش عمومی و متوسطه ایران، حاکی از متمرکز بودن نظام طراحی و تولید برنامه‌های درسی یکسان برای تمام دانش‌آموزان است. این نوع برنامه‌ها الزاماً، به‌طور جزئی، موضوعات درسی، مهارت و توانایی‌هایی را که دانش‌آموزان باید به آن دست یابند، بیان نمی‌کنند و امکان نفوذ معلم و دانش‌آموز را فراهم نمی‌آورند.^{۲۱} با توجه به حداکثر تمرکز در نظام برنامه‌ریزی درسی در ایران، برنامه درسی مبتنی بر کتاب در مدارس حاکمیت دارد و این در حالی است که برنامه درسی مبتنی بر کتاب، معلمان را از

دوازدهم موجب فشار روانی و افت کیفیت یادگیری می‌شود و برنامه‌ریزی آموزشی باید در طول سال‌های تحصیلی به‌صورت متوازن توزیع گردد" (دانش‌آموز شماره ۷).

مضمون سوم: ضرورت تغییرات در هدف و محتوای برنامه درسی

مشارکت‌کنندگان معلم و دانش‌آموز معتقدند این برنامه درسی دارای کاستی‌هایی است. معلمان عمدتاً بر حجم بالای کتاب و وقت کم و نیز عدم توجه به برخی مطالب روز در حوزه سلامت و سلامت روان اشاره نموده‌اند و دانش‌آموزان عمدتاً بر دشواری برخی از مطالب، کیفیت فیزیکی کتاب و نیز عدم توجه به سلامت روان اشاره نموده‌اند.

معلم شماره ۱۲ گفته است: "توصیه‌های خودمراقبتی در کتاب است که سبک زندگی سالمی داشته باشید و استرس نداشته باشید ولی شرایط واقعاً استرس‌زا است کنکور استرس‌زا است". معلم شماره ۲۲ گفته است: "در درس نهم مخصوصاً در قسمت اختلالات روانی - رفتاری شایع در دوره نوجوانی کلی‌گویی شده". معلم شماره ۴ گفته است: "اکثر دانش‌آموزان، مخصوصاً دانش‌آموزان مدارس محروم، حتی کوچک‌ترین اطلاعی از علل و عوارض این بیماری‌ها را نمی‌دانند". معلم شماره ۹ معتقد است: "مخصوصاً دو درس آخر، برای کل دانش‌آموزان سخت است". دانش‌آموز شماره ۱ معتقد است: "سخت بودن کلمات کتاب سلامت و بهداشت باعث سر رفتن حوصله می‌شود... سختی محتوا باعث از بین رفتن اعتماد به نفس دانش‌آموزان به خواندن کتاب می‌شود". "محتوای برنامه درسی، متناسب با نیازهای جدید و تحولات نیست و باید به‌جای تأکید صرف بر محفوظات، بر پرورش توانمندی‌های کاربردی و حل مسئله متمرکز شود تا یادگیری معنادار برای دانش‌آموزان شکل گیرد" (معلم شماره ۱۳).

بحث

مضمون‌های مستخرج از مطالعه عبارتند از: ضرورت تغییر برنامه درسی متناسب با رشته‌های مختلف تحصیلی، نامناسب بودن پایه تحصیلی دوازدهم و ضرورت استمرار آموزش در طول تحصیل، ضرورت تغییرات در هدف و محتوای برنامه درسی.

سواد سلامت یا دانش و مهارت‌های بهداشتی در برنامه درسی از مهدکودک تا پایه ۱۲ را به‌عنوان نسخه‌ای برای پایان دادن به سردرگمی سیستم آموزشی و یکی از مسیرهای اصلی برای بهبود سواد سلامت ذکر کرده‌اند. این نوع یکپارچگی می‌تواند سلامتی را بهبود بخشد و گفت‌وگو بین مسئولان مدرسه، مقامات بهداشت عمومی، معلمان، والدین، دانش‌آموزان و دیگران را تقویت کند و فراگیران را در محیط‌های آموزشی رسمی و غیررسمی در امر سلامت درگیر نماید.

محدودیت اصلی این پژوهش، محدود بودن مطالعه صرفاً به برنامه درسی مبتنی بر کتاب با عنوان سلامت و بهداشت در پایه دوازدهم بوده است و سایر انواع برنامه درسی در حوزه سلامت و بهداشت را شامل نبوده است. همچنین محدودیت در ابزار گردآوری داده‌ها و نیز محدودیت‌های ناشی از نمونه‌گیری بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، جز محدودیت‌هایی است که پژوهشگران در راستای تعمیق اطلاعات، صحت و دقت بالا و جلوگیری از سوگیری احتمالی باید در نظر داشته‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود برنامه درسی مورد مطالعه در این پژوهش، از لحاظ ارائه در دوره تحصیلی، رشته تحصیلی و پایه تحصیلی، هم در اهداف و هم در محتوا مورد بازنگری قرار گیرد.

پیامدهای عملی پژوهش

نتایج این پژوهش می‌تواند به‌صورت تغییرات مناسب در برنامه درسی سلامت در مدارس متوسطه در آموزش و ارتقا بهداشت دانش‌آموزان در مدارس موثر بوده و اثربخشی آموزش بهداشت در مدارس را فراهم نماید.

قدرانی‌ها

این مقاله بخشی از پژوهش رساله دکترای تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی تبریز می‌باشد. بر این اساس از مسئولین پژوهشی این واحد دانشگاهی سپاسگزاری می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

اکرم جعفری (در طراحی و مطالعه اولیه، انجام مراحل عملی گردآوری داده‌ها، ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل اولیه، نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله، نگارش نهایی و

انطباق با نیازهای دانش‌آموزان و ویژگی‌های محلی در هنگام تدوین و اجرای برنامه درسی باز می‌دارد.^{۲۲} از طرف دیگر، اثربخشی پیشگیری مبتنی بر مدرسه به قالب و ارائه محتوا و همچنین مواجهه‌های مکرر در طول زمان بستگی دارد. هر برنامه اضافی به دسترسی به سلامت در سراسر اقشار اقتصادی- اجتماعی می‌افزاید و یک محیط حمایتی برای به حداکثر رساندن شانس گنجاندن این رفتارها در زندگی روزمره دانش‌آموزان فراهم می‌کند. بنابراین، قرار دادن دانش‌آموزان در معرض چنین برنامه‌هایی، روش مهمی برای قرار دادن دانش‌آموزان در معرض موضوعات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و تقویت رفتارهای پیشگیرانه است.^{۲۳} آنچه در این میان در راستای اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت، اهمیت بیشتری دارد ادغام آموزش بهداشت با شرایط محلی مدارس و جوامع هست که آلد (Auld) و همکاران^{۲۱} نیز به آن تاکید نموده‌اند و آنچه که ممکن است برنامه درسی سلامت و بهداشت را با ناکامی مواجه نماید، فاصله گرفتن از ویژگی‌ها و نیازهای محلی و ویژگی‌های یادگیرندگان است.^{۲۴}

بر اساس یافته‌های پژوهش، آنچه که بیشتر قابل ملاحظه می‌باشد؛ عدم توجه به نیازهای آموزشی در حال تغییر مخاطبان برنامه درسی و نیز عدم توجه به تفاوت‌های زمینه‌های متنوع مخاطبان می‌باشد که ریشه اصلی این مساله تمرکزگرایی و دیسیپلین محوری محض در برنامه‌ریزی درسی در خصوص آموزش سلامت می‌باشد. بر این اساس می‌توان گفت عدم تمرکز در برنامه‌ریزی درسی خواهد توانست زمینه ساختاری مناسبی برای توجه به نیازهای آموزشی و زمینه‌های متنوع جغرافیایی، اجتماعی و فرهنگی مخاطبان برنامه درسی فراهم آورد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، برنامه درسی سلامت و بهداشت بایستی بر اساس تفکر ادغام جامعه محلی، مدرسه و کودک بازنگری گردد. تلاش برای ادغام بهتر بین بخش‌های بهداشت و آموزش باید یک اولویت اجتماعی باشد و باید در به رسمیت شناختن ارتباط متقابل بین یادگیری و سلامت و تلاش برای ارتقاء نه تنها دانش‌آموزان سالم، بلکه مدارس سالم و مؤثر مورد ستایش قرار گیرد. موسسه‌های پژوهش پزشکی ادغام

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی با شناسه IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.157 می‌باشد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل امانتداری در نقل نتایج پژوهش‌های منتشر شده مورد توجه بوده است و کارآزمایی بالینی خاصی استفاده نشده است.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

سابمیت مقاله؛ بهنام طالبی در نظارت و هدایت کلی روند پژوهشی، ارائه راهنمایی در طراحی مطالعه و روش‌شناسی، بازبینی و تصحیح پیش‌نویس مقاله و پشتیبانی اداری نقش و عیسی برقی در ارائه راهنمایی‌های تخصصی در حوزه موضوعی پژوهش، کمک در تفسیر نتایج و تحلیل داده‌ها و بازبینی مقاله از منظر صحت علمی و انسجام محتوایی نقش داشتند. نسخه نهایی مقاله نیز مورد تایید تمامی نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

این پژوهش از حمایت مالی خاصی برخوردار نبوده است.

References

- Zarimoghadam Z, Davoodi H, Ghafari K, Jamilian H. The Effects of Mental Self-care Training on Mental Health and Academic Achievement in Students. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021; 24(1): 150-167. doi: 10.32598/jams.24.1.6155.1
- Hosseinkhani N, Talebi B. The Role of School Health Nurses' Health Literacy in their Quality of Life in Health-Promoting Schools. *Journal of Health-Based Research*. 2020; 5(4): 369-382. doi: 10.22062/5.4.369. (Persian)
- Klinker CD, Aaby A, Ringgaard LW, Hjort AV, Hawkins M, Maindal HT. Health Literacy is Associated with Health Behaviors in Students from Vocational Education and Training Schools: A Danish Population-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(2): 1-13. doi: 10.3390/ijerph17020671
- Pendl D, Maiz KM, Gasteiger-Klicpera B. Examining the relationship between health literacy and individual and sociodemographic factors in secondary school students. *J Public Health*. 2024; 32(3): 531-542. doi: 10.1007/s10389-023-01836-1
- Birch DA, Auld ME. Public Health and School Health Education: Aligning Forces for Change. *Health Promot Pract*. 2019; 20(6): 818-823. doi: 10.1177/1524839919870184
- Singh A, Skolnik E, Miazga E, Nensi A. Impact of Health Literacy on Patient-Reported Outcomes in Benign Gynecology: A Systematic Review. *Cureus*. 2024; 16(4): 1-15. doi: 10.7759/cureus.58661
- Jordan EJ, Young SJ, Menachemi N. Expanding the Curriculum in a School of Public Health. *Front Public Health*. 2021; 9: 1-7. doi: 10.3389/fpubh.2021.700638
- Rahimi M, Rezaee M, Nateghi F. Investigating the Relationship between Human and Nature in the Curriculum of Human and Health Cluster of Secondary High School Course. *Environmental Education and Sustainable Development*. 2023; 11(3): 77-99. doi: 10.30473/EE.2023.61758.2441. (Persian)
- Hadidchi Z, Nateghi F, Seifi M. Assessment of the Current Status of Mental Health Education in the Secondary School Curriculum. *Sociology of Education*. 2020; 6(1):121-131. (Persian)
- Omidi G, Hojjati A, Imanzadeh A. Representation of Experience of Self-Care in High School Students: A Phenomenological Study. *Journal of Applied Issues in Islamic Education*. 2022; 7(1):7-40. doi: 10.52547/qaie.7.1.7. (Persian)
- Auld ME, Allen MP, Hampton C, Montes JH, Sherry C, Mickalide AD, et al. Health Literacy and Health Education in Schools: Collaboration for Action. *NAM Perspect*. 2020; 2020: 1-13. doi: 10.31478/202007b
- Artika W. Secondary biology instruction in the general senior secondary schools of Aceh Province Indonesia: An analysis of teachers' opinions and teaching practices related to the Indonesia biology curriculum 2013 [Doctoral Thesis]. University of Arkansas; 2018.
- Moharramzadeh A, Talebi B, Daneshvar Z. Health Literacy Strategies for Human Resources (Qualitative Study in Iranian Bank). *Education Strategies in Medical Sciences*. 2022; 15(4): 319-329. (Persian)
- Peralta LR, Cinelli RL, Marvell CL. Health literacy in school-based health programmes: A case study in one Australian school. *Health Educ J*. 2021; 80(6):648-659. doi: 10.1177/00178969211003600
- Pashayee J, Talebi B, Daneshvar Z. School Human Resource Development's Policymaking Model: A

- Grounded Theory Study. *Journal of School Administration*. 2021; 9(4):148-161. doi: 10.34785/J010.2021.002
16. Golchin Nezhad Dezfuli H, Ghafari K, Faghihi A. Examining the Place of Self-care Education in the Intended Curriculum of Experimental Sciences of the Second Year of Elementary School. *Journal of Curriculum Development and Educational Planning Research*. 2023;13(1):165-178. (Persian)
17. Akrami L, Malekpuor M, Faramarzi S, Abedi A. The Effect of Education Program for Mothers and Adolescents on Reducing Behavioral Problems and Increase the Social Skills of Adolescent Girls in During Puberty. *Clinical Psychology and Personality*. 2020; 17(2):113-124. doi: 10.22070/CPAP.2020.2912. (Persian)
18. Shakour M, Yamani N, Ehsanpou S, Alizadeh S. Reproductive Health Needs Assessment of Girl and Boy Teenagers. *Armaghan-e-Danesh*. 2016; 21(8) :816-829. (Persian)
19. Diao H, Pu Y, Yang L, Li T, Jin F, Wang H. The impacts of peer education based on adolescent health education on the quality of life in adolescents: a randomized controlled trial. *Qual Life Res*. 2020; 29(1): 153-161. doi: 10.1007/s11136-019-02309-3
20. Heyes JM, Billingsley B. The role of biology teachers in epistemically insightful health and wellbeing education: a case study of the English relationships, sex and health education curriculum. *J Biol Educ*. 2023, 58(5):1090-1102. doi: 10.1080/00219266.2022.2157860
21. Hajitabar firouzjaee M. Teachers' attention to curriculum materials and student contexts and the identification of the factors affecting it. *Journal of School Psychology and Institutions*. 2020; 8(4): 60-76. doi: 10.22098/JSP.2020.865. (Persian)
22. Altrichter H. School Autonomy Policies and the Changing Governance of Schooling. In: *Geographies of Schooling*. 2019: 55-73. doi: 10.1007/978-3-030-18799-6_4
23. Wolfenden L, McCrabb S, Barnes C, O'Brien KM, Ng KW, Nathan NK, et al. Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting diet, physical activity, obesity, tobacco or alcohol use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022; 8(8): 1-244. doi: 10.1002/14651858.CD011677.pub3
24. Mann MJ, Lohrmann DK. Addressing Challenges to the Reliable, Large-Scale Implementation of Effective School Health Education. *Health Promot Pract*. 2019; 20(6): 834-844. doi: 10.1177/1524839919870196