



Examining the Components of Health Promotion in Development Program Law with Emphasis on School Education

Mohammad Azimi^{1*}

¹Department of Elementary Education, Farhangian University, Tehran, Iran

Received: 2020/08/19

Accepted: 2021/01/04

Online published: 2021/04/11

Abstract

Introduction: Development is a process during which cultural beliefs, social, economic and political institutions are fundamentally transformed in accordance with new recognized capacities and during this process the level of welfare of society is improved. The purpose of this study was to investigate the components of health system transformation in the development program law with emphasis on school education.

Materials and Methods: In this descriptive study, content analysis method was used. The research tool was Shannon Entropy, which its validity was confirmed by 20 experts in educational sciences and health education. Finally, the content of the project was responsive (texts of the third, fourth and fifth rules of the development plan) and twelve components. The main and 58 sub-components of health education and health promotion were examined.

Results: The results showed that of all the health assumptions in the third, fourth and fifth development laws, the component related to nutritional health with 48 cases has the highest frequency and the component related to disease control and prevention with 1 frequency has the lowest one.

Conclusion: The findings show that some components of the health system in the contents of the development plan have received little or no attention. At the same time, the design, planning and implementation of development programs in the health dimension depends more on health education than anything else.

Keywords: Education, Health Promotion, Development, School.

* **Corresponding Author:** Mohammad Azimi, Department of Elementary Education, Farhangian University, Tehran, Iran, Tel: +989145960265, Email: mohamadazimi1986@yahoo.com

Extended Abstract

Development is a process during which cultural beliefs, social institutions, economic institutions and political institutions are fundamentally transformed in accordance with the newly recognized capacities. Undoubtedly, improving the quality of life indicators can be considered as the ultimate goal of any economic and social development program. Therefore, the purpose of this study was to investigate the components of health systems' transformation in the development program law with emphasis on school education.

Materials and Methods

In this descriptive analytic study, content analysis method has been used. The research tool was "Shannon Entropy", which introduces data processing in the discussion of content analysis with a new

perspective, both quantitatively and qualitatively. Entropy in information theory is an indicator for measuring uncertainty expressed by a probability distribution. The content validity of this study has been confirmed by 12 experts in educational sciences and 8 experts in health education.

Results

The results of content analysis of the health assumptions in the third, fourth and fifth development laws showed that, nutrition health component were the most frequent with 64, and the least component was related to control and prevention of diseases with 1 frequency. Out of a total of 388 frequencies of health components in health assumptions in the third, fourth and fifth development laws, 36 cases to physical health, 64 cases to nutritional health, 32 cases to environmental health, 33 cases to environmental health, 34 cases to family health 39 cases to safety accidents, 37 cases to physical mobility, 41 cases to mental health, 28 cases to prevention of high-risk behaviors, 11 cases to disease control and prevention, 16 cases to disability, and 17 cases to public health School, were assigned. The most important factors among evaluated laws was related to the health of nutrition with a total value of [0.14] and physical activity with a total value of [0.13] and the lesser importance were the physical health with a total value of [0.053] and disability with the value of [0.053].

Conclusion

Findings show that some components of the health system in the contents of the development plan, have received little or no attention, while the design, planning and implementation of development programs in the health dimension; more than anything; is dependent to education health. Upstream laws and education should help young people to set values and take responsibility for their own health and social behaviors. Succeeding in promoting school health requires joint efforts from both the health and education sectors in the upstream documents. Health education programs should include providing information, examining values and attitudes, making health decisions and acquiring skills to enable behavior changes.

Author Contribution: All of study was done by Mohammad Azimi.

Conflict of Interest/Funding/Supports: No.

Ethical Considerations: All ethical concerns respected in this study.

Applicable Remarks: To investigating the components of health system transformation in the development program law with emphasis on school education.

بررسی مؤلفه‌های ارتقای سلامت در قانون برنامه توسعه با تأکید بر آموزش مدارس

محمد عظیمی^{*۱}

^۱ گروه آموزش ابتدایی، علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۱/۲۲

پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲۹

چکیده

مقدمه: توسعه، فرایندی است که طی آن باورهای فرهنگی، نهادهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی به صورت بنیادی متناسب با ظرفیت‌های شناخته شده جدید، متحول می‌شوند و طی این فرایند سطح رفاه جامعه ارتقاء می‌یابد. هدف این پژوهش بررسی مؤلفه‌های تحول نظام سلامت در قانون برنامه توسعه با تأکید بر آموزش مدارس بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی از روش تحلیل محتوا استفاده شده است. ابزار پژوهش آنتروپی شانون بود که روایی آن توسط ۱۲ نفر از متخصصان علوم تربیتی و ۸ نفر از متخصصان آموزش بهداشت تأیید شد. در نهایت محتوای طرح از نظر پاسخگوبودن (متون قوانین سوم، چهارم و پنجم برنامه توسعه) و دوازده مؤلفه اصلی و ۵۸ مؤلفه فرعی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل محتوای آنتروپی شانون نشان داد که از بررسی کل مفروضه‌های سلامت در قوانین سوم، چهارم و پنجم توسعه، مؤلفه‌ی مربوط به سلامت تغذیه با ۴۸ مورد بیشترین فراوانی و مؤلفه‌ی مربوط به کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها با ۱ فراوانی کمترین مقدار را به خود اختصاص داده‌اند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که به برخی از مؤلفه‌های نظام سلامت در محتوای برنامه توسعه کمتر توجه شده و یا اصلاً توجهی نشده است. این در حالی است که طراحی، تدبیر و اجرای برنامه‌های توسعه در بعد بهداشتی، بیش از هر چیز به آموزش سلامت وابسته است.

کلمات کلیدی: آموزش، ارتقای سلامت، قانون برنامه توسعه، مدرسه.

* نویسنده مسئول: محمد عظیمی، گروه آموزش ابتدایی، علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۸۹۱۴۵۹۶۰۲۶۵.

ایمیل: mohamadazimi1986@yahoo.com

مقدمه

پیشرفت دانش بشری در چند دهه اخیر، خصوصاً تحول علم و فن‌های جدید زیست پزشکی و روند تکاملی آن موجب دگرگونی چشمگیری در تمام شئون زندگی اجتماعی شده است. در فناوری جدید، شیوه‌های نوینی در رشته‌های مختلف به وجود آمده است که نه تنها از جنبه نظری و تئوری بلکه از دیدگاه تجربی و عملی و حتی سیاست‌های اداری نیز دچار تحولی ژرف شده‌اند. به گونه‌ای که قوانین و مقرراتی که در همه‌جا قابل قبول بوده است، در حال حاضر پاسخگوی نیازهای کنونی جوامع نیست. علمی که همواره در حال زایش و نو شدن است و هر روز شاهد پیشرفت و گسترش آن خصوصاً در ابعاد مختلف پزشکی هستیم. مسلماً قوانین و مقرراتی متناسب با پیشرفت‌ها و نیازهای جوامع را می‌طلبد. در صورت قانون، معیار سنجش درستی و نادرستی اعمالی است که افراد در حین انجام وظیفه انجام می‌دهند وزندگی حرفه‌ای با مجموعه‌ای از قوانین و مقررات، به هم آمیخته است. از طرفی در کنار این فن‌های نوین و پیشرفته‌ای اخیر، پدیده‌های نوظهوری به وقوع پیوسته که بشر را با چالشی نو مواجه ساخته است. در حوزه علوم بهداشتی انتقال بیماری‌های آمیزشی و سایر بیماری‌های عفونی، خصوصاً ایدز و هیپاتیت در یکی دو دهه اخیر شیوع بسیاری یافته و بشر را با چالشی بزرگ مواجه ساخته و ذهن اندیشمندان مختلف حوزه‌های فلسفی، مذهبی، اخلاقی، حقوقی، سیاسی، پزشکی، روانشناسی و... را به خود معطوف داشته است [۱]. مسلماً جامعه در قبال این گونه پدیده‌ها واکنش نشان داده و در جستجوی راهی جهت برون‌رفت از بحران و پیامدهای ناشی از این گونه پدیده‌ها است. متأسفانه ما همانند بسیاری از کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای آسیایی و آفریقایی که شاهد شیوع و گسترش روزافزون این گونه بیماری‌ها است با موضعی انفعالی در قبال آن، نه تنها راهی جهت برون‌رفت از آثار و نتایج زیان‌بار آن نیافته‌ایم که جامعه خود را از حداقل‌های مبارزه با این پدیده که همانا آموزش و پیشگیری است محروم ساخته‌ایم. یکی از علل اساسی گسترش و شیوع این پدیده شوم در جامعه ما را باید در نادیده انگاشتن حقوق مبتلایان به این گونه بیماری‌ها دانست. تعهدات متقابل فرد و اجتماع، ایجاد می‌کند تا جامعه حقوق افراد آلوده به این گونه بیماری‌ها را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قانونی قرار دهد [۲]. در چشم‌انداز بیست ساله، مشخصات جامعه سالم ایرانی چنین توصیف شده است "برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به‌دوراز فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیطزیست مطلوب" در این بخش از چشم‌انداز بیست‌ساله بر ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند تأکید گردیده است. اگرچه به مقوله سلامت در این سند مهم راهبردی به‌طور مستقیم نیز اشاره شده است، به جرت می‌توان گفت: دستیابی به سایر اهداف و ویژگی‌هایی که جامعه تصویر شده در این سند خواهد داشت، بدون توجه به مقوله سلامت (بهداشت و درمان) میسر نخواهد بود. توسعه، فرایندی است که طی آن باورهای فرهنگی، نهادهای اجتماعی، نهادهای اقتصادی و نهادهای سیاسی به صورت بنیادی متناسب با ظرفیت‌های شناخته‌شده جدید، متحول می‌شوند و طی این فرایند سطح رفاه جامعه ارتقاء می‌یابد. بدون تردید ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی را می‌توان هدف غایی هر برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی دانست [۳].

آموزش سنگ بنای نوسازی انسانی است و نوسازی آموزشی یکی از ارکان مهم توسعه همه‌جانبه محسوب می‌شود. در همین راستا طراحی الگوی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در مدارس و برنامه‌ریزی اصولی برای سلامت نسل آینده کشور یکی از شاخص‌های مهم و اصلی و زیربنای توسعه کلان جامعه در همه ابعاد آن می‌باشد یکی از نهادهای بسیار ارزشمند در جامعه که نقش بسیار مهمی در اشاعه و توسعه بهداشت و ارتقای سلامت را بر عهده دارد، سازمان آموزش و پرورش می‌باشد. در این سازمان در سال‌های اخیر سعی بر آن شده است تا در مدارس به آموزش بهداشت توجه ویژه‌ای نمایند و آموزش مسائل بهداشتی در محتوای برنامه درسی گنجانیده شوند. لذا سرمایه‌گذاری در این بخش بنیادی به‌عنوان یک امر خطیر محسوب می‌شود.

سلامت یکی از نعمت‌های الهی است که خداوند به انسان ارزانی داشته و بدیهی است که انسان برای حفظ آن باید تلاش کند؛ به‌خصوص در این دوران که زندگی ماشینی انسان را احاطه کرده است. پس برای پیشگیری از بروز هر نوع بیماری و تأمین سلامت افراد لازم است آموزش‌هایی داده شود [۴]. نظام آموزشی مدرسه نقش بسیار مهمی در آموزش سلامت و ارتقای آن در دوران کودکی و بعد از آن ایفا می‌کند و باعث شکل‌گیری شخصیت دانش‌آموزان، نگرش، مهارت و نیز آگاهی آنان می‌شود [۵]. سازمان بهداشت جهانی سلامت را چنین تعریف کرده است: سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی؛ و صرف عدم ابتلا به بیماری یا ناتوانی و نقص عضو دلیل سلامت نیست [۶]. مسئله مهم در این رابطه آموزش سلامت و بهداشت است. در همین رابطه، رفیعی فر و همکاران [۷] آموزش سلامت را آن بخش از مراقبت‌های بهداشتی می‌دانند که بر رفتارهای سلامت تأثیر گذارد. سلامت فردی یا جمعی از نیازهای اساسی و ابعاد حیات بشری است و در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد [۸]. سلامتی، شرطی ضروری برای ایفای بهتر نقش‌های فردی و اجتماعی است از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامتی، فقط نداشتن بیماری و یا نقص عضو نیست؛ بلکه عبارت است از: حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی [۹]. مفهوم سلامتی و راهبردهای ارتقای آن، طی زمان دچار تحول شده است. امروزه به‌جای بیماری بر سلامت، به‌جای بیمارستان بر اجتماع و به‌جای درمان بر پیشگیری و ارتقای سلامت تأکید می‌شود [۱۰]. یکی از اقدامات مهم برای ارتقای سلامت فرد و پیشگیری از بیماری‌ها، آموزش سلامت است [۱۱]. ارتقای سلامت عبارت است از: «روند ایجاد توانایی در افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود». این موضوع دربرگیرنده آموزش سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات باز توانی است. ارتقای سلامت شامل توانمندسازی انسان‌ها در راستای بهبود سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی مرتبط با سلامت است [۱۲]. ارتقای سلامت به مفهوم توانمندسازی مردم در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی — اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم نیز تعریف شده است [۱۳]. آموزش بهداشت به‌عنوان جزء مرکزی و لاینفک خدمات بهداشتی و ارتقای سلامت، با افزایش آگاهی نسبت به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت و یا از طریق ارتقای فعالیت‌های اصلاح‌کننده این عوامل، اهمیت زیادی یافته است [۱۴].

بهداشت جسمانی و روانی دانش آموزان اطلاعات مطلوبی دارند. یافته‌های ارائه‌شده در بالا می‌توانند تهدیدی برای کیفیت آموزش معلمان و همچنین دانش‌آموزان آتی باشد. با توجه به آنکه مدت‌زمان حضور کودکان در مدرسه بیش از زمانی است که در کنار پدر و مادر می‌گذرانند [۲۵] به نظر [آیزنر، ۱۹۹۲] مدرسه یک مکان ایدئال برای ارتقاء سلامت است [۲۶] پس بایستی با افزایش سواد سلامت معلمان زمینه‌ای فراهم شود تا آن‌ها در راستای سلامت خود و دانش‌آموزان گام بردارند. افزون بر آن، از سال ۱۳۸۹ اجرای برنامه‌ی مدارس مروج سلامت در ایران آغاز شده است؛ و اجرای موفق برنامه‌ی مدارس مروج سلامت نیز بدون تدوین برنامه‌ی به‌منظور تعریف افزایش سواد سلامت معلمان میسر نخواهد بود. همچنین بر سر سی تطبیقی دانش آموزان ایران با چهار کشور ژاپن، استرالیا، فرانسه، ترکیه به این نتیجه رسیدند که مؤلفه‌های چاقی، تغذیه، سیگار، بهداشت دهان و دندان، بیماری‌های مقاربتی و رفتارهای پرخطر در ایران رو به افزایش است؛ بنابراین بر اساس، ناکارآمدی روش‌های مرسوم، پایین بودن سطح سواد سلامتی معلمان، ناکارآمد بودن محتوای کتاب‌های درسی موجود لزوم تغییر آن و استفاده از شیوه‌های آموزش اثربخش آموزش بهداشت نمود بیشتری پیدا می‌کند. همان‌طور که بیان گردید برای ایجاد تغییر و تحول و به‌منظور جلوگیری از بیماری‌ها و ارزش قائل شدن به بهداشت و سلامت نیروی انسانی کارآمد که مدنظر طرح تحول بنیادین و طرح تحول نظام سلامت است بایستی به آموزش روش‌های بهداشت به اقشار مختلف جامعه به‌ویژه دانش آموزان در سنین پایین توجه وافر نمود. از آنجایی که نظام مدرسه تأثیری مستقیم بر کودکان و نوجوانان و تأثیر غیرمستقیم بر بزرگسالان دارد، به نظر می‌رسد استفاده بهینه از آموزش بهداشت در دوره دبستان یکی از سهل‌الوصول‌ترین راه‌های آموزش عمومی به مردم است.

بنابراین برنامه آموزش بهداشت در مدارس در راستای قانون‌گذاری در قوانین بالادستی این فرصت را در اختیار دانش آموزان قرار می‌دهد تا دانش، اطلاعات و مهارت‌هایی را کسب کنند که در طول زندگی، آن‌ها را به‌سوی عادات و رفتار بهداشتی مناسب رهنمون خواهد ساخت. این آموزش‌ها بر اساس استخراج از دستورالعمل نظام سلامت ملی (مؤلفه‌های ارتقای سلامت) شامل: سلامت جسم، سلامت تغذیه، سلامت محیط، سلامت محیط‌زیست، ایمنی در برابر حوادث، سلامت خانواده، تحرک و تربیت بدنی، سلامت روانی، پیشگیری از رفتارهای پرخطر، کنترل و پیشگیری بیماری‌ها و معلولیت‌ها، بهداشت عمومی و بهداشت مدرسه است که بایستی به آن توجه شود [۴]. به‌طوری‌که مدارس می‌توانند نقش بسیار مهمی در بهبود سلامت کودکان که در نتیجه منجر به تبدیل شدن آن‌ها به بزرگسالان سالم خواهند شد بازی کنند. کودکان و نوجوانان به‌طور کلی پنج روز در هفته و از نظر تقویمی بیشتر طول سال را در مدرسه حضور دارند. علاوه بر مهارت‌های دانش‌گاهی دانش آموزان همچنین انتظارات فرهنگی و مهارت‌های اجتماعی که رفتارهای بهداشتی را به شکلی قوی تحت تأثیر قرار می‌دهند، یاد می‌گیرند. به همین خاطر آموزش بهداشت بخشی جدایی‌ناپذیر از آموزش‌وپرورش برای همه دانش آموزان است [۲۷] بی‌تردید یکی از ابزارهایی که به‌واسطه آن می‌توان گام بزرگی در ارتقای سلامت جامعه و بهبود کیفیت و شیوه زندگی مردم برداشت، آموزش مؤلفه‌های بهداشتی در مدارس و تغییر نگرش دانش آموزان و معلمان نسبت به پیشگیری از بیماری به‌عنوان ابزار کلیدی توسعه و سلامت اجتماعی است. باین‌حال، پیاده‌سازی اصولی تغییر و تحول مثبت

برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، به مجموعه برنامه‌های میان‌مدتی گفته می‌شود که به‌صورت پنج‌ساله و توسط دولت وقت تنظیم می‌شود و به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد. حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه لازمه هر حرکت و اقدام در برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود [۱۵] در طول سالیان متمادی اجلاس‌ها و منشورهای فراوانی در خصوص اهمیت ارتقاء سلامت با همکاری سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است که در همه این موارد آموزش بهداشت، ایجاد تغییر در محیط‌زیست، مداخلات تغذیه‌ای و تغییر در شیوه زندگی و رفتار به‌عنوان مداخلات مشهور در زمینه ارتقاء سلامت مورد تأکید قرار گرفته است [۱۶] طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، آموزش سلامت و برخورداری افراد از دانش سلامت حق افراد و جوامع است [۱۷، ۱۸]. سازمان جهانی بهداشت در منشور اتاوا ارتقاء سلامت را "فرایند قدرسازی افراد برای کنترل عوامل مؤثر بر سلامت خود و نهایتاً سلامت خود" تعریف می‌کند [۱۹] منشور اتاوا در شش استراتژی توسعه سیاست‌های سالم بهداشتی ایجاد محیط‌های حامی سلامت، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت فردی و بازنگری در دستگاه‌های ارائه خدمات بهداشتی را به‌عنوان جهت‌های اصلی مداخلات ارتقاء سلامت تعریف نموده است [۲۰]. منشور بانکوک در سال ۲۰۰۵ با وجود تأکید بر منشور اتاوا چهار تعهد اصلی برای ارتقاء سلامت را به شرح زیر پیشنهاد نموده است: تبدیل ارتقاء سلامت به محور توسعه، تبدیل ارتقاء سلامت به مسئولیت همه دولت‌ها، تبدیل ارتقاء سلامت به مسئله مورد تمرکز جوامع و انجمن‌های مدنی، تبدیل ارتقاء سلامت به پیش نیاز فعالیت‌های مسئولانه اقتصادی و تجاری [۲۱]. کودکان قشر آسیب‌پذیر و سرمایه انسانی مملکت محسوب می‌شوند و عدم رسیدگی به آنان نه‌تنها می‌تواند نیروی انسانی و سرمایه عظیمی را به هدر دهد، بلکه نادیده گرفتن نیازهای اساسی آنان کاری غیرانسانی محسوب می‌شود. از سویی دیگر کاسته شدن کارایی جسمی و ذهنی کودکان و عارض شدن بیماری می‌تواند هزینه‌های بهداشتی را افزایش دهد و بنیان خانواده‌ها را سست و لرزان نماید [۲۲].

مطالعات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ روی رفتارهای سلامت در ۳۵ کشور جهان نشان می‌دهد که قریب به ۶۰ درصد کیفیت زندگی و سلامتی افراد به سبک زندگی و رفتارهای شخصی آن‌ها بستگی دارد. برهانی سال ۱۳۹۳ نیز در مطالعه‌ای نشان داد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بین نوجوانان از وزن و ارزش یکسانی برخوردار نیست که می‌تواند ناشی از ویژگی‌های شخصی هر فرد باشد [۲۳] پژوهش ملی انجام شده در ۱۵ استان کشور که بر روی افراد ۱۸ سال به بالا انجام شده گویای آن است که به‌طور کلی سطح سواد سلامت در ایران پایین است. پژوهش انجام‌شده در سال ۱۳۹۱ در جامعه شهری کرمان نیز پایین بودن سطح سواد سلامت را در این استان نشان داده است [۲۴] لذا علیرغم اهمیت تربیت مسائل بهداشتی نتایج پژوهش‌ها مؤید آن است که این امر در ایران مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفته و اقشار مختلف مردم و به‌ویژه معلمان و دانش آموزان از مؤلفه‌های ارتقای سلامت آگاهی کافی ندارند. هرچند تاکنون در ایران مطالعه‌ای پیرامون بررسی سطح سواد سلامت معلمان یا دانشجوی معلمان انجام نگرفته است اما برخی از یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با سلامت می‌تواند در اینجا کمک‌کننده باشند. ایمانی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان میزان آگاهی معلمان مدارس ابتدایی از نیازهای بهداشتی دانش آموزان [۱۳۸۳] به این نتیجه دست یافتند که تنها یک درصد از معلمان ابتدایی در مورد بهداشت محیط و نیازهای

مرحله دوم: بار اطلاعاتی هر مقوله را محاسبه کرده و در ستون‌های مربوط قرار می‌دهیم و برای این منظور از رابطه زیر استفاده می‌شود:

$$E_{ij} = k \sum_{i=1}^m [p_{ij} \cdot i_n \cdot p_{ij}] \quad (i=1, 2, 3, \dots, m, j=1, 2, \dots, n) \quad k = \frac{1}{Ln \cdot M}$$

E_{ij} = بار اطلاعاتی P = هنجار شده ماتریس فراوانی i = شماره پاسخگو
 m = تعداد پاسخگو j = شماره مؤلفه Ln = لگاریتم n = تعداد مؤلفه
 مرحله سوم: با استفاده از بار اطلاعاتی نشانگرها، ضریب اهمیت هر یک از نشانگرها محاسبه می‌شود. هر نشانگری که دارای بار اطلاعاتی بیشتری باشد از درجه اهمیت W_j بیشتری برخوردار است.

$$W_j = \frac{E_j}{\sum_{j=1}^n E_j}$$

E_j = بار اطلاعاتی W_j = درجه اهمیت j = شماره مؤلفه n = تعداد مؤلفه.

لازم به ذکر است، در محاسبه JE مقادیر JiP که برابر صفر باشد به دلیل بروز خطا و جواب بی‌نهایت در محاسبات ریاضی با عدد بسیار کوچک 0.00001 جایگزین شده است. JW شاخصی است که ضریب اهمیت هر مقوله را در یک پیام، با توجه به شکل پاسخگوها، مشخص می‌کند. از طرفی با توجه به بردار W ، مقوله‌های حاصل از پیام را نیز رتبه‌بندی کرده‌ایم [۲۹].

در این پژوهش سعی شد مؤلفه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در متون قوانین سوم، چهارم و پنجم برنامه توسعه بررسی شود. در این پژوهش ۱۲ مؤلفه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در نظر گرفته شد که طبق مطالعات پیشین هر یک از این مؤلفه‌ها طی فرایند شاخص سازی شامل خرده مؤلفه‌هایی می‌شوند که در جدول زیر ارائه شده‌اند. برای تدوین مؤلفه‌ها و شاخص‌های این پژوهش، از مطالعات پژوهشی اسکندری و رفیعی، ۱۳۸۴ استفاده شد [۳۰] البته از آنجاکه تاکنون پژوهشی به‌طور مستقل آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در متون برنامه توسعه و اسناد بالادستی را بررسی نکرده است، برای تهیه مؤلفه‌ها و شاخص‌های پژوهش از تحقیقات مختلف پیشین در زمینه‌های مؤلفه‌ها و شاخص‌های موردنظر، آرای پزشکان، کارشناسان بهداشت و کتاب استفاده شد. پس از مشخص شدن شاخص‌های اندازه‌گیری مؤلفه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، اطلاعات بر اساس مدل آنتروپی شانون جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شدند و بر اساس همین مدل، میزان توجه به هر یک از مؤلفه‌های ارتقای سلامت در متون قوانین سوم، چهارم و پنجم برنامه توسعه بررسی شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش شامل تحلیل کمی و کیفی متون قوانین سوم، چهارم و پنجم برنامه توسعه بر اساس مؤلفه‌های نظام سلامت می‌باشد. ابتدا مجموعه فراوانی‌های به‌دست‌آمده برحسب هر مؤلفه تهیه گردیده و بر اساس مرحله اول روش آنتروپی شانون به‌صورت داده‌های بهنجار شده درآمده‌اند. سپس بر اساس مرحله دوم روش آنتروپی شانون مقدار عدم اطمینان داده‌های حاصل از جداول مذکور به ترتیب در جداول آورده می‌شوند؛ و بعد بر اساس مرحله سوم روش آنتروپی شانون ضریب اهمیت اطلاعات به دست می‌آید. تا بدین طریق مشخص شود که به‌طور کلی بیش‌ترین میزان توجه و اهمیت به کدام مؤلفه تعلق دارد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که از بررسی کل مفروضه‌های سلامت در قوانین سوم، چهارم و پنجم توسعه مؤلفه‌ی مربوط به سلامت تغذیه با

در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در دانش آموزان نیازمند یک رویکرد منطقی و علمی با توجه به توسعه دانشگاهی اصول و فنون صحیح آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است. امید است با تدوین این الگو و ورود آن به مدارس کشور، شاهد جامعه‌ای سالم‌تر و شاداب‌تر باشیم؛ بنابراین هدف این پژوهش آن است که محتوای متون قوانین سوم، چهارم و پنجم برنامه توسعه در آموزش و پرورش را بر اساس مؤلفه‌های ارتقای سلامت تحلیل و میزان و حضور هر یک را بررسی کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش در سال ۱۳۹۸ و با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شده است. واحد تحلیل صفحات (متون، پرسش‌ها، تمرین‌ها و تصاویر) بود. برای تحلیل محتوا مراحل مختلفی طی می‌شود. از جمله این مراحل می‌توان سه مرحله عمده زیر را ذکر نمود:

۱- مرحله قبل از تحلیل (آماده‌سازی و سازمان‌دهی)

۲- بررسی مواد (پیام)

۳- پردازش نتایج [۲۸].

کانون توجه این پژوهش بر مرحله سوم تحلیل محتوا یعنی پردازش داده‌های جمع‌آوری‌شده از پیام می‌باشد. یعنی پس از رمزگذاری پیام و مقوله‌بندی آن، اطلاعات به‌دست‌آمده تحلیل شدند. امروزه، فنون بسیاری در این خصوص ارائه شده است که اساس آن‌ها بر درصدگیری از فراوانی مقوله‌ها می‌باشد. این دسته از فنون دارای مشکلات ریاضی خاص خود می‌باشند که نتایج آن‌ها را کم اعتبار خواهد کرد. در این پژوهش تلاش شده است از روش جدیدی که برگرفته از نظریه دستگاه‌هاست، برای پردازش نتایج استفاده شوند. این روش "آنتروپی شانون" می‌باشد که پردازش داده‌ها را در بحث تحلیل محتوا با نگاه جدید و به‌صورت کمی و کیفی مطرح می‌کند. بر اساس این روش تحلیل داده‌ها، در تحلیل محتوا بسیار قوی‌تر و معتبرتر عمل می‌کند. آنتروپی در تئوری اطلاعات، شاخصی است برای اندازه‌گیری عدم اطمینان که به‌وسیله، یک توزیع احتمال بیان می‌شود. بر اساس این روش که به مدل جبرانی مشهور است، محتوای طرح از نظر پاسخگو (متون قوانین سوم، چهارم و پنجم برنامه توسعه) و دوازده مؤلفه اصلی و ۵۸ مؤلفه فرعی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت موردبررسی قرار گرفت. روایی مؤلفه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با استفاده از نظرات متخصصان حیطه سلامت و برنامه درسی سنجیده شده است. برای اطمینان از صحت و درستی از نتایج تحلیل‌ها، اسناد بالادستی علاوه بر محقق؛ توسط شش نفر دیگر که متخصص در زمینه آموزش بهداشت بودند نیز مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته و به‌منظور برداشت یکسان از فرم تحلیل محتوا، همکاران پژوهش در ارتباط با آموزش بهداشت، مؤلفه‌های آن و واحدهای تحلیل با یکدیگر هماهنگ شدند.

در ابتدا پیام برحسب مقوله‌ها به‌تناسب هر پاسخگو در قالب فراوانی شمارش و بر اساس آن داده‌های جدول فراوانی مشخص می‌شود.

مرحله اول: ماتریس فراوانی‌های جدول فراوانی باید بهنجار شوند که برای این کار از این رابطه استفاده می‌شود:

$$P_{ij} = \frac{F_{ij}}{\sum_{i=1}^m F_{ij}} \quad (i=1, 2, 3, \dots, m, j=1, 2, \dots, n)$$

F = فراوانی مؤلفه P = هنجار شده ماتریس فراوانی i = شماره پاسخگو

n = تعداد مؤلفه m = تعداد پاسخگو j = شماره مؤلفه

بیماری ها، ۱۶ مورد به معلولیت، ۱۷ مورد به بهداشت عمومی و بهداشت مدرسه، اشاره شده است.

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین ضریب اهمیت در بین مؤلفه‌های سلامت در قوانین سوم، چهارم و پنجم توسعه مربوط به مؤلفه‌های سلامت تغذیه مجموعاً با مقدار [۰/۱۴] و تحرک بدنی مجموعاً با مقدار [۰/۱۳] و کمترین ضریب اهمیت به سلامت جسم مجموعاً با مقدار [۰/۵۳] و معلولیت مجموعاً با مقدار [۰/۵۳] می‌باشد.

۴۸ مورد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده و کمترین مقدار مربوط به کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها با ۱ فراوانی است؛ و از مجموع ۳۸۸ فراوانی مؤلفه‌های سلامت در مفروضه‌های سلامت در قوانین سوم، چهارم و پنجم توسعه، ۳۶ مورد به سلامت جسم، ۶۴ مورد به سلامت تغذیه، ۳۲ مورد به سلامت محیط، ۳۳ مورد به سلامت محیط زیست، ۳۴ مورد به سلامت خانواده، ۳۹ مورد به حوادث ایمنی، ۳۷ مورد به تحرک بدنی، ۴۱ مورد به سلامت روانی، ۲۸ مورد به پیشگیری از رفتارهای پرخطر، ۱۱ مورد به کنترل و پیشگیری از

جدول ۱: توزیع داده‌های بهنجار و ضریب اهمیت مؤلفه‌های ارتقای سلامت در قوانین برنامه توسعه سوم، چهارم و پنجم

مؤلفه‌ها	فراوانی			داده‌های بهنجار شده			[Wj]	[Ej]
	مجموع هر خرده فراوانی	مجموع خرده فراوانی	خرده شاخص	قانون برنامه سوم توسعه	قانون برنامه چهارم توسعه	قانون برنامه پنجم توسعه		
سلامت جسم	۹	۳۶	دستگاه‌های بدن	۰/۲۲۲	۰/۲۲۲	۰/۲۲۲	۱	۰/۱۹
سلامت تغذیه	۱۰	۱۷	چرخه حیات مراقبت از اندام	۰/۶۰۰	۰/۲۲۵	۰/۲۰۰	۰/۸۶۵	۰/۱۶
	۷	۶۴	آشنایی با مواد غذایی	۰/۵۷۱	۰/۲۸۶	۰/۱۴۳	۰/۸۷۰	۰/۱۶
	۹	۹	نیازهای تغذیه‌ای	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۱	۰/۱۹
سلامت محیط	۷	۷	پوشش گیاهی	۰/۴۲۹	۰/۱۴۳	۰/۴۲۹	۰/۹۱۴	۰/۱۷
	۸	۸	پوشش جانوری	۰/۲۵۰	۰/۳۷۵	۰/۳۷۵	۰/۹۸۵	۰/۱۸
	۱۲	۱۲	انرژی	۰/۲۵۰	۰/۳۳۳	۰/۴۱۷	۰/۹۸۱	۰/۱۸
	۷	۷	پایش رشد	۰/۲۸۶	۰/۴۲۹	۰/۲۸۶	۰/۹۸۲	۰/۱۸
	۶	۶	الگوی تغذیه‌ای	۰/۱۶۷	۰/۳۳۳	۰/۵۰۰	۰/۹۲۱	۰/۱۷
	۸	۸	بهداشت مواد غذایی	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	۰/۹۴۶	۰/۱۸
سلامت محیط زیست	۱۳	۳۲	بهداشت آب	۰/۳۸۵	۰/۳۰۸	۰/۳۰۸	۰/۹۹۵	۰/۱۸
	۸	۸	بهداشت هوا	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	۰/۹۴۶	۰/۱۸
	۱۱	۱۱	بهداشت خاک	۰/۲۷۳	۰/۳۶۴	۰/۳۶۴	۰/۹۹۲	۰/۱۸
سلامت خانواده	۱۱	۳۳	آلودگی صوتی	۰/۲۷۳	۰/۳۶۴	۰/۳۶۴	۰/۹۹۲	۰/۱۸
	۶	۶	زیاده و دفع آن	۰/۱۶۷	۰/۵۰۰	۰/۳۳۳	۰/۹۲۱	۰/۱۷
سلامت خانواده	۷	۷	مبارزه با بندگان و جوندگان	۰/۱۴۳	۰/۱۴۳	۰/۷۱۴	۰/۷۲۵	۰/۱۳
	۹	۹	فاضلاب و دفع بهداشتی	۰/۴۴۴	۰/۲۲۲	۰/۳۳۳	۰/۹۶۶	۰/۱۸
	۹	۳۴	جمعیت	۰/۲۲۲	۰/۴۴۴	۰/۳۳۳	۰/۹۶۶	۰/۱۸
سلامت خانواده	۸	۸	سلامت نوجوان	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	۰/۹۴۶	۰/۱۸
	۳	۳	مراقبت از کودکان	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۱	۰/۱۹
	۷	۷	مراقبت‌های دوران بارداری	۰/۱۴۳	۰/۴۲۹	۰/۴۲۹	۰/۹۱۴	۰/۱۷
حوادث ایمنی	۷	۷	مراقبت روابط خانوادگی	۰/۲۸۶	۰/۲۸۶	۰/۴۲۹	۰/۹۸۲	۰/۱۸
	۵	۳۹	پیشگیری از حوادث در منزل	۰/۲۰۰	۰/۶۰۰	۰/۲۰۰	۰/۸۶۵	۰/۱۶
	۵	۵	پیشگیری از حوادث در مدرسه	۰/۲۰۰	۰/۶۰۰	۰/۲۰۰	۰/۸۶۵	۰/۱۶
سلامت خانواده	۱۰	۱۰	پیشگیری از حوادث در جامعه	۰/۴۰۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	۰/۹۶۰	۰/۱۸
	۱۰	۱۰	مقابله با بلایای طبیعی	۰/۳۰۰	۰/۴۰۰	۰/۳۰۰	۰/۹۹۱	۰/۱۸

۰/۰۱۴	۰/۷۷۳	۰/۶۶۷	۰/۱۱۱	۰/۲۲۲	کمک‌های اولیه و بهداشت محیط کار	۹	۶	۱	۲	کمک‌های اولیه و بهداشت محیط کار
۰/۰۱۸	۰/۹۸۵	۰/۲۵۰	۰/۳۷۵	۰/۳۷۵	اهمیت تحرک بدنی و تناسب‌اندام	۳۷	۸	۲	۳	اهمیت تحرک بدنی و تناسب‌اندام
۰/۰۱۹	۱	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	انواع ورزش ایمنی و قوانین آن	۳	۱	۱	۱	انواع ورزش ایمنی و قوانین آن
۰/۰۱۸	۰/۹۸۲	۰/۴۲۹	۰/۲۸۶	۰/۲۸۶	اهمیت بازی و انواع آن	۷	۳	۲	۲	اهمیت بازی و انواع آن
۰/۰۱۹	۱	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	مهارت‌های حرکتی	۳	۱	۱	۱	مهارت‌های حرکتی
۰/۰۱۸	۰/۹۶۰	۰/۴۰۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	حرکات اصلاحی	۵	۲	۲	۱	حرکات اصلاحی
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	مواد نیروزا	۴	۲	۱	۱	مواد نیروزا
۰/۰۱۷	۰/۹۱۴	۰/۴۲۹	۰/۱۴۳	۰/۴۲۹	بهداشت و تغذیه ورزشی	۷	۳	۱	۳	بهداشت و تغذیه ورزشی
۰/۰۱۹	۱	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	شناخت خود و عزت‌نفس	۴۱	۹	۳	۳	شناخت خود و عزت‌نفس
۰/۰۱۸	۰/۹۶۰	۰/۴۰۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	احساسات و عواطف	۵	۲	۲	۱	احساسات و عواطف
۰/۰۱۸	۰/۹۸۵	۰/۳۷۵	۰/۳۷۵	۰/۲۵۰	تصمیم‌گیری	۸	۳	۳	۲	تصمیم‌گیری
۰/۰۱۹	۱	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	برقراری ارتباط	۶	۲	۲	۲	برقراری ارتباط
۰/۰۱۸	۰/۹۸۵	۰/۳۷۵	۰/۳۷۵	۰/۲۵۰	تفکر نقاد	۸	۳	۳	۲	تفکر نقاد
۰/۰۱۸	۰/۹۶۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	۰/۴۰۰	روابط همسالان	۵	۲	۱	۲	روابط همسالان
۰/۰۱۸	۰/۹۶۰	۰/۴۰۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	عادات ناسالم	۲۸	۵	۲	۱	عادات ناسالم
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	اعتیاد	۴	۲	۱	۱	اعتیاد
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۲۵۰	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	مواد مخدر و انواع آن	۴	۱	۲	۱	مواد مخدر و انواع آن
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	اثرات سیگار در بدن	۴	۲	۱	۱	اثرات سیگار در بدن
۰/۰۱۶	۰/۸۶۵	۰/۲۰۰	۰/۶۰۰	۰/۲۰۰	خشونت	۵	۱	۳	۱	خشونت
۰/۰۱۵	۰/۷۹۰	۰/۱۶۷	۰/۱۶۷	۰/۱۶۷	ایدز	۶	۱	۴	۱	ایدز
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	۰/۵۰۰	سلامت و بیماری	۱۱	۴	۱	۲	سلامت و بیماری
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۲۵۰	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	مراقبت از بیمار	۴	۱	۲	۱	مراقبت از بیمار
۰/۰۱۹	۱	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	آشنایی با بیماری‌ها	۳	۱	۱	۱	آشنایی با بیماری‌ها
۰/۰۱۸	۰/۹۶۰	۰/۴۰۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	اهمیت معلولیت	۱۶	۵	۲	۱	اهمیت معلولیت
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۲۵۰	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	پیشگیری و کمک به افراد معلول	۴	۱	۲	۱	پیشگیری و کمک به افراد معلول
۰/۰۱۷	۰/۹۱۴	۰/۴۲۹	۰/۱۴۳	۰/۱۴۳	انواع معلولیت	۷	۳	۳	۱	انواع معلولیت
۰/۰۱۸	۰/۹۴۶	۰/۵۰۰	۰/۲۵۰	۰/۲۵۰	فعالیت مدرسه و محله	۱۷	۴	۲	۱	فعالیت مدرسه و محله
۰/۰۱۸	۰/۹۶۰	۰/۴۰۰	۰/۴۰۰	۰/۲۰۰	عوامل اجتماعی و بهداشت عمومی	۵	۲	۲	۱	عوامل اجتماعی و بهداشت عمومی
۰/۰۱۹	۱	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	۰/۳۳۳	سلامت فردی	۳	۱	۱	۱	سلامت فردی
۰/۰۱۶	۰/۸۶۵	۰/۲۰۰	۰/۶۰۰	۰/۲۰۰	سلامت تغذیه‌ای	۵	۱	۳	۱	سلامت تغذیه‌ای
						۳۸۸	۳۸۸	۱۲۷	۱۳۲	۱۱۹
					جمع کل					

بحث

هدف پژوهش بررسی مؤلفه‌های ارتقای سلامت در قانون برنامه توسعه با تأکید بر آموزش مدارس می‌باشد، به‌منظور بررسی متون برنامه توسعه از تحلیل محتوای آنتروپی شانون استفاده شد. یافته‌های حاصل از فراوانی مؤلفه‌ها نشان داده است که مؤلفه‌های ارتقای سلامت

از توزیع نرمال برخوردار نیستند درحالی‌که به برخی از مؤلفه‌ها به نسبت سایر مؤلفه‌ها توجه بیشتری شده است و در مقابل به برخی از مؤلفه‌ها موردتوجه کمتری قرار گرفتند. همچنین فراوانی به‌دست‌آمده، در بین بعضی از متون بالادستی نیز از توزیع نرمال برخوردار نمی‌باشد. با توجه به نتایج تحلیل محتوا قانون برنامه ۵، ۴، ۳ به‌عنوان تشخیص وضعیت مطلوب، می‌توان چنین نتیجه گرفت که متأسفانه در حد

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و باکیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت‌ها است و پیش‌شرط تحقق توسعه پایدار است. برای دستیابی به توسعه پایدار قطعاً انسان سالم نقش کلیدی و محوری دارد و بدیهی است حفظ و ارتقاء سطح سلامتی انسان نیازمند یک نظام سلامت کارآمد است

نتیجه‌گیری

تعریف شاخص‌های مناسب در اسناد بالادستی جهت بررسی مؤلفه‌های سلامت یکی از الزامات مهم دولت‌ها در ارتقای کیفیت مؤلفه‌های سلامت مدارس در کشور می‌باشد. نظام سلامت در مدارس برای تسهیل استفاده از شاخص‌های مناسب به یک سیاست منسجم در زمینه تقویت زیر ساخت اطلاعات سلامت در برنامه توسعه و سایر اسناد بالادستی نیاز دارد. همچنین انتخاب مدل و چارچوب‌های مناسب آموزش بهداشت در مدارس نیز حائز اهمیت بوده و در انتخاب این مدل‌ها می‌باید است منطق مناسبی مورد استفاده قرار گیرد. همراه کردن بخش آموزش مدارس با سیاست‌های ارتقای کیفیت در اسناد بالادستی یکی از نکات مهم دیگر در موفقیت برنامه‌هاست. در این خصوص می‌بایست در بازنگری کوریکولومهای آموزشی به این موضوع توجه شود.

برنامه جامع آموزش سلامت در راستای تحقق اهداف برنامه تحول نظام سلامت، سندی راهبردی است که بر مبنای اسناد بالادستی تدوین گردید؛ بنابراین نهادینه سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت مدارس، توسعه دانش‌های نوین با تأکید بر آسیب‌شناسی برنامه توسعه (توجه به سلامت جسم، معلولیت) در مؤلفه‌های آموزش بهداشت ارتقای سلامت مدارس می‌تواند نقش به‌سزایی داشته باشد. در مجموع با توجه به اهمیت بهداشت و نقش آن در سلامت دانش آموزان در مدارس به‌عنوان بخشی بزرگی از جامعه در حال حاضر و به‌عنوان پایه و مبنای سلامت کل جامعه در آینده، نتایج این پژوهش نیازمند توجه و رسیدگی بیشتر در مورد سلامت جسم و معلولیت و... می‌باشد. ضمن انجام پژوهش‌ها در سطوح وسیع‌تری از جامعه، در ارتباط با دیگر اختلالات تهدیدکننده سلامت جسمی دانش آموزان در مدارس، اهمیت ارتقاء به‌موقع و پیگیری موارد و انجام غربالگری دوره‌ای در مدارس توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی اساتید دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی و آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه فرهنگیان، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

ملاحظات اخلاقی

در پروژه حاضر به‌منظور رعایت موازین اخلاقی موارد زیر به‌دقت مدنظر بوده و مراعات شده است:

۱. انجام مطالعه فوق هیچ‌گونه هزینه‌ای برای افرادی که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، نداشته است.
۲. کلیه اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته شده از طریق قانونی و با هماهنگی مسئولان ذی‌ربط وزارت علوم و وزارت بهداشت می‌باشد.

خیلی کم به آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در اسناد بالادستی پرداخته شده است. درحالی‌که انتظار می‌رفت حداقل به مؤلفه‌های ارتقای سلامت در حوزه نظام سلامت در حد مورد قبول در اسناد بالادستی پرداخته شود و دانش‌آموز هر چه بیشتر در این کتاب‌ها با آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مسائل و مشکلات آن، راه‌های مراقبت از آن و... آشنا شوند.

لذا با توجه به بررسی اسناد بالادستی در نظام آموزشی جمهوری اسلامی ایران به مؤلفه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت توجه کمتری شده است. به‌طوری‌که ایزدی و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان تحلیل کتب درسی دبستان مبتنی بر مؤلفه‌های آموزش بهداشت به این نتیجه دست یافتند که از میان مؤلفه‌های انتخاب شده به مؤلفه ورزش و تحرک بدنی بیش از سایر مؤلفه‌ها پرداخته شده است و به مؤلفه‌ها و شاخص‌های آموزش بهداشت در کتاب‌های دوره ابتدایی به‌طور متوازن پرداخته نشده است [۳۱] همچنین صالحی و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان تحلیل محتوا از کتاب‌های درسی ابتدایی، بر اساس مؤلفه‌های آموزش جهانی به این نتیجه دست یافتند که به هر کدام از مؤلفه‌های آموزش بهداشت به یک اندازه پرداخته نشده است [۳۲] در پژوهش‌های مشابه دیگر، تورانی و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای تحت عنوان سواد سلامت و عوامل مؤثر: مطالعه‌ای در پنج استان ایران به این نتیجه دست یافتند هر کدام جداگانه به این نتایج دست یافتند که آموزش مؤلفه‌های سلامت و بهداشت به صورت پراکنده و بسیار کم در کتب ابتدایی مشاهده شده است و میزان توجه به سلامت به میزان مورد انتظار نمی‌باشد [۳۳]. همچنین نتایج یافته‌های پژوهش تورانی و کرم‌الدینی (۱۳۹۱) که مؤید این نکته است که آموزش‌های مؤلفه‌های بهداشتی و سلامت به‌طور پراکنده‌ای در کتاب‌های دوره‌های مختلف آمده است، منسجم نیست و بر اساس برنامه و چارچوب مشخص نمی‌باشد همخوانی دارد [۳۴]. قوانین بالادستی و آموزش‌های مبتنی بر آن باید به جوانان برای تعیین ارزش‌ها و پذیرش مسئولیت برای سلامت و رفتار اجتماعی خود کمک کند. موفقیت در ارتقاء بهداشت مدارس نیاز به تلاش‌های مشترک از هر دو بخش بهداشت و آموزش در اسناد بالادستی دارد. برنامه‌های آموزش بهداشت باید شامل ارائه اطلاعات، بررسی ارزش‌ها و نگرش و ایجاد تصمیم‌گیری‌های سلامت و کسب مهارت‌ها به‌منظور تواناسازی در تغییر رفتار باشد. برنامه جامع شامل آموزش معلمان، برنامه درسی توسعه‌یافته، مشارکت اجتماعی، تغییر در سیاست و اعمال و پژوهش است که تمام این اجزاء برای ساخت یک مدل موفق ارتقاء دهنده سلامت مورد نیاز می‌باشد؛ بنابراین مهم‌ترین سرمایه بشری، سرمایه انسانی است، مبنای اصلی سرمایه انسانی توسعه انسانی است، زیاده‌اندازی، سرمایه با افزایش امید به زندگی می‌شود، افزایش تولید ناخالص ملی، که منجر به توسعه انسانی می‌شود؛ بنابراین برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی، دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند. بنا بر قانون فوق،

۲- ایجاد تغییر و تحول در برنامه‌های درسی
 ۳- توجه به پیش‌بایست‌های الگوی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
 از قبیل الزامات قانونی، اداری، مالی و امکانات و تجهیزات و...

میزان مشارکت نویسندگان

کلیه فرایند جمع‌آوری، تحلیل و نتیجه‌گیری توسط محمد عظیمی انجام‌یافته است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شد.

۳. در استفاده، ارائه و نشر مطالب علمی امانت‌دار بوده و کلیه حقوق محققین لحاظ گردیده است.

محدودیت‌ها

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود. کمبود زمان در بررسی اسناد بالادستی (برنامه توسعه سوم، چهارم و پنجم) و همچنین کمبود امکانات محیطی را که ممکن است سبب ایجاد محدودیت‌هایی در فرآیند جمع‌آوری مطلوب‌تر اطلاعات شده باشد، می‌توان از دیگر محدودیت‌های پژوهش برشمرد

پیشنهادات

پیشنهاد‌های که برای تکمیل و توسعه این تحقیق در آینده عرضه می‌شود به قرار زیر است:

۱- پیش‌بینی فرآیند نظارتی برای اجرای الگوی برنامه‌ریزی درسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

References

- Alikhani S, Alikhani M. The Experience of Health-Promoting Schools in Iran. *International Journal of School Health*. 2014;1(1):1-5. DOI: 10.17795/intjsh-19856
- Nouri MR. *School Health*. Third Edition edSpring, Awareness, 2014.
- Esfahani M. et al. *Health Regulations*. Tehran: Management education dummies Community Health, Department of Health, Ministry of Health and Medical Education, 2010: 15-16.
- Azimi M, Adib Y, Matlabi H. [Health Education and Health Promotion Curriculum of Grade six is Based on the Assumption of Health System]. *Educ Strategy Med Sci*. 2017;10(2):91-102
- Barqi I, Mabhouti Dizajyekan J. [Content Analysis of Elementary Third Grade Textbooks Based On Attention to Health System Components]. *J Health Promotion Manage*. 2019;8(6).
- Helmsersht P. [Individual Health Principles]. Tehran: Chehre Publications; 1998.
- Rafiefar S, Ahmadzadeh M, Sharifi H. [A comprehensive health education system for patients in Iran]. Tehran: Institute for Researchers Without Borders; 2005.
- Rafiee G. The Role of Worshipping and Praying in the Physical and Mental Health. *Qom Univ Med Sci J*. 2012;5(3):66-73.
- Haery S, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2016;3(4):8-2311.
- Babai N, Cardan K, Aghazadeh F, Noribayat SH. Effects of Oral Health Education on Prevention of Dental Caries in the Knowledge of the Behavior Oof A Group of Secondary School Students in The City of Babylon. *J Babol Univ Med Sci*. 2011;1:7-83.
- Mo PKH, Winnie WSM. The Influence of Health Promoting Practices on the Quality of Life of Community Adults in Hong Kong. *Social Indicators Research*. 2009;95(3):503-17. DOI: 10.1007/s11205-009-9523-9
- Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Can J Public Health*. 2011;102(4):244-8. PMID: 21913576
- Van Leuven K, Prion S. Health Promotion in Care Directed by Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2007;3(7):456-61. DOI: 10.1016/j.nurpra.2007.04.024
- Albert C, Davia MA. Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. *Health Promot Int*. 2011;26(2):163-70. DOI: 10.1093/heapro/daq059 PMID: 20935091
- Norouzzadeh R, Fathi Vajargah K, Kayzouri AH. Content analysis of national documents for composing policies in five years plan in higher education, science and technology of Iran. *Quart J Res Plan High Edu*. 2009;15(3):29-50.
- Rezakhani Moghadam H, Shojaeizadeh D, Nabilohi A, Moez S. Te content analysis of theses in the field of health education in Tehran University of Medical Sciences, Tarbiat Modares University and Iran University of Medical Sciences during 1970-2010. *J Payavard Salamat*. 2011;5(1):80-90.
- World Health Organization. Te Ottawa charter for health promotion: frst international conference on health

- promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: WHO; 1986.
18. Keshavarz-Mohammadi N, Zarei F, Parsinia S. Health education and health promotion in Iran: past, present and future. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2013;1(2):5-8.
 19. Deputy of Education 2010.
 20. Azizi MH. [The Historical backgrounds of the Ministry of health foundation in Iran]. *Arch Iranian Med* 2007;10(1):119-23.
 21. Iranian health education and promotion association. History of Iranian association of health education and promotion 2012 [12/12/2012]. Available from: <http://www.ihepsa.ir/index.php?>
 22. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. USA: Elsevier Health Sciences; 2014.
 23. Azimi M. [Explain the experience of health education and training specialists in school health education with the existing crises of health education and health promotion in schools with emphasis on identifying needs]. *Medicine and Cultivation.* 2017;24(4):285-300.
 24. Salehi Omran I, Mohammadi A. [Knowledge, attitude and skills of teachers in elementary schools in the province environmental]. *Education Journal.* 2009;4(13-14):141-77.
 25. Imani M, Hosseini Tabatabaei MT, Rakhshani F. Knowledge about students health needs among teachers of Zahedan primary schools. *Zahedan J Res Med Sci.* 2004;6(3):225-30.
 26. Creswell WH, Newman M, Anderson CL. *School Health Practice.* 10th ed. Toronto: Santa Clara; 2009.
 27. Franks AL, Kelder SH, Dino GA, Horn KA, Gortmaker SL, Wiecha JL, et al. Peer reviewed: School-based programs: Lessons learned from CATCH, planet health, and not-on-tobacco. *Preventing chronic disease.* 2007;4(2).
 28. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. [Research meth-ods in behavioral sciences]. Tehran: Agah Publi-cation; 2004.
 29. Azimi M. Content analysis of teaching books on Qur'an in all elementary schools based on the components of the health system. *Islam And Health Journal.* 2020;5(2):31-41.
 30. Eskandari H, Rafieifar S. [The curriculum of health education in schools from pre-school course to end of university course]. 1st ed. Tehran: Hygiene and Treatment Ministry; 2006.
 31. Izadi S, Salehi O, Fathi Vajargah K, Abedi-ni Blatter M. Content Analysis of Elementary School Textbooks Based on Health Education Components. *Quarterly Journal of Educational Innovation.* 2010;9(33):139-62.
 32. Salehi O, Izadi S, Rezaee F. [Content Analysis Of Elementary Textbooks, Based On The Global Education Components]. *J Curriculum Stud.* 2009;4(13):117-41.
 33. Banihashemi S-A, Amirkhani M. [Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran]. *Strides Dev Med Educ.* 2007;4(1):1-9.
 34. Ramazan Khan A. *Health Skills for Life Project.* Office of International Scientific Cooperation for Education. 2008.