

دوره ۱۴، شماره ۱

اندیشه‌های نوین تربیتی

بهار ۱۳۹۷

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء س

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱

سواد سلامت و تربیت معلم: صدای معلمان و دانشجو معلمان

فاطمه زحر احمدی*، محمود محمدی**، علی نظری*** و بن‌ولا****

چکیده

پژوهش حاضر با این هدف انجام شد که با تکیه بر دیدگاه دانشجویان دانشگاه فرهنگیان، ویژگی‌های برنامه درسی سواد سلامت تعیین شود و بر اساس آن سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بتوانند برنامه‌هایی ارائه دهند که با نیازهای مخاطبان متناسب است و به افزایش سواد سلامت آن‌ها منجر می‌شود. بدین منظور یک پژوهش کیفی از نوع هنجاری انجام شد. شرکت‌کنندگان این پژوهش، ۲۲۸ نفر از معلمان شاغل در آموزش و پرورش و ۲۵ نفر از دانشجو معلمان را شامل می‌شد که در دانشگاه فرهنگیان در حال تحصیل بودند و به صورت نمونه‌گزینی در دسترس انتخاب شده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها، راهنمای مصاحبه و پرسشنامه‌ای متشکل از دو پرسش باز بود. داده‌های به دست آمده، کدگذاری و با استفاده از تحلیل مضمونی تحلیل شدند و در مضمون‌های برخاسته از داده‌های پژوهش گنجانده شدند. تحلیل داده‌های گردآوری شده به شش مقوله ختم شد: ضرورت برنامه، شایستگی‌های پیشنهادی، نقش مدرس و شیوه تدریس او، محتوای درس سلامت، شیوه ارزشیابی، بیم‌ها و امیدها. یافته‌ها نشان داد بسیاری از دانشجویان پیش از ورود به دانشگاه، برنامه درسی مرتبط با سلامت را تجربه نکرده‌اند. از نگاه مخاطبان اصلی برنامه درسی سواد سلامت، برنامه اثربخش باید بتواند شایستگی مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی نسبت به سلامت خود و دیگران را پرورش دهد. شرکت‌کنندگان خواستار این بودند که این برنامه را مدرسانی ارائه کنند که جنسیت یکسانی با دانشجویان دارند و از آن گذشته الگوی رفتارهای سالم را از خود نشان می‌دهند. محتوای کاربردی و متناسب با زندگی واقعی مورد تأکید تمام شرکت‌کنندگان پژوهش بود.

کلیدواژه‌ها

برنامه درسی؛ سواد سلامت؛ تربیت معلم؛ پژوهش هنجاری

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری برنامه‌ریزی درسی. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران،

midwife79@gmail.com

** هیأت علمی گروه علوم تربیتی (استاد) دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

*** عضو مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

**** استاد بازنشسته دانشگاه کارولینای شمالی در چپل هیل، ایالات متحده آمریکا

مقدمه

سلامتی و تندرستی یکی از نیازهای ضروری بشر است. این مفهوم که از نگاه سازمان سلامت جهان به معنای آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است (۱۹۴۸) همواره مورد توجه سیاست‌گذاران مختلف بوده است. سیاست‌گذاران نظام تعلیم و تربیت نیز به اهمیت موضوع سلامت توجه کرده‌اند. آن‌ها بر این باورند که اگر این نظام می‌خواهد به هدف غایی خود، «تحقق حیات طیبه» دست یابد، نباید از بعد سلامت غافل شود. از این رو یکی از ساحت‌های اساسی تربیت را ساحت زیستی و بدنی در نظر گرفته‌اند؛ ساحتی که به طور مستقیم به ارتقاء سلامت توجه کرده است (مبانی نظری سند تحول بنیادین آموزش و پرورش، ۱۳۹۰). به این ترتیب به موضوع ارتقاء سلامت در دوره تربیت معلم باید توجه جدی شود. به عبارتی دیگر، دانشجو معلمان باید برنامه‌داری را تجربه کنند که به افزایش سواد سلامت آن‌ها منجر شود. سواد سلامت که به عنوان برونداد آموزش سلامت در نظر گرفته می‌شود (ناتیم^۱، ۲۰۰۰) معرف توانمندی فرد در دستیابی به مباحث بهداشتی، درک، انتقال و کاربست آن و همچنین تصمیم‌گیری درست در برخورد با آن مباحث در موقعیت‌های مختلف زندگی است (روتمن و گوردون‌ال‌بیتهی^۲، ۲۰۰۸). پیترسون، کوپر و لرد^۳ (۲۰۰۱) نیز سازه‌ای به نام سواد سلامت معلمان^۴ مطرح کرده‌اند که عبارت است از توانایی معلمان در دستیابی، تفسیر و درک خدمات سلامت پایه به همراه شایستگی در کاربرد این اطلاعات و خدمات به شیوه‌ای که یادگیری مفاهیم و مهارت‌های سلامت را در دانش‌آموزان بهبود بخشد.

در شرایط کنونی ایران، به شدت نیازمند آن هستیم تا در راستای افزایش سواد سلامت گروه‌های مختلف جامعه از جمله معلمان آینده گام برداریم تا بتوانیم جامعه‌ای سالم‌تر داشته باشیم. پژوهش ملی انجام شده در ۵ 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 (طهرانی بنی‌هاشمی و همکاران، ۱۳۸۸). پژوهش انجام شده در سال ۱۳۹۵ در شهرستان اردبیل نیز پایین بودن سطح سواد سلامت را نشان داده است (فولادی، حضرتی، شعبانی و نژادادگر؛ ۱۳۹۶). تا کنون در ایران تنها یک مطالعه پیرامون سطح سواد سلامت معلمان و دانشجو معلمان انجام شده است که یافته‌های آن نشان می‌دهد

1. Nutbeam
2. Rootman and Gordon-El-Bihbety
3. Peterson, Cooper and Laird
4. Teacher Health Literacy

تقریباً ۴۵ درصد از معلمان و دانشجومعلم شرکت‌کننده در پژوهش سطح سواد سلامت محدودی دارند (احمدی، ۱۳۹۴). برخی از یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با سلامت در حوزه تربیت معلم نیز می‌تواند در این جا کمک‌کننده باشند. ایمانی، رخشانی، و طباطبایی (۱۳۸۳) در پژوهش خود دریافته‌اند تنها یک درصد از معلمان ابتدایی در مورد «بهداشت محیط و نیازهای بهداشت جسمانی و روانی دانش‌آموزان» اطلاعات مطلوبی دارند. عزیزمحمدی، وکیلی، موسوی نسب، کیانی، و وزیری (۱۳۸۰) بر این باورند که هیچ یک از دانشجو معلمان چگونگی انجام معاینه پستان را نمی‌دانند. از آنجایی که وضعیت سلامت یادگیرنده بر پیشرفت تحصیلی او اثر می‌گذارد (مینکینن^۱ و همکاران، ۲۰۱۷) یافته‌های ارائه شده در بالا می‌توانند کیفیت یادگیری دانشجومعلم و همچنین دانش‌آموزان آینده را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به آنکه مدت زمان حضور کودکان در مدرسه بیش از زمانی است که در کنار پدر و مادر می‌گذرانند (آیزنر^۲، ۱۹۹۲) و مدرسه یک مکان آرمانی برای ارتقاء سلامت است (سازمان سلامت جهان، ۱۹۸۶) پس بایسته است با افزایش سواد سلامت دانشجو معلمان زمینه‌ای فراهم شود تا آن‌ها در راستای سلامت خود و دانش‌آموزان گام بردارند. افزون بر آن، از سال ۱۳۸۹ اجرای برنامه مدارس مروج سلامت در ایران آغاز شده است. برنامه‌ای جهانی که در سال ۲۰۰۱ از سوی سازمان سلامت جهان و دیگر دست‌اندرکاران بین‌المللی ذینفع آغاز شد. این برنامه «یک نظام برای ارتقاء سلامت است که با مشارکت فعالانه اولیاء، مربیان و دانش‌آموزان و با رویکرد توانمندسازی و آموزش همسانان و همسالان، به افزایش ظرفیت‌های دانش‌آموزان در زمینه مراقبت از خود، فرهنگ خود مراقبتی، توانمندسازی مردم در مورد سالم زندگی کردن، سالم کار کردن و آموزش با کیفیت منجر خواهد شد» (مطلق و همکاران، ۱۳۹۰: ۹).

یکی از اجزاء اصلی برنامه مدارس مروج سلامت، «برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس» است (همان، ص ۱۲). همان‌گونه که فولن^۳ (۱۹۹۱، ص. ۱۱۷) می‌گوید «تغییر و دگرگونی آموزشی بستگی به اندیشه‌ها و کنش‌های معلمان دارد». پس آشکار است که اجرای موفق برنامه مدارس مروج سلامت نیز بدون تدوین برنامه‌ای به‌منظور تعریف افزایش سواد سلامت معلمان آینده مقدور نخواهد

-
1. Minkinen
 2. Eisner
 3. Fullan

بود. اما همان‌گونه که دانکن^۱ (۲۰۱۱) اشاره می‌کند تجربه‌های کشورهای گوناگون نشان داده است آن دسته از برنامه‌های درسی تدوین شده برای ارتقاء سلامت، که رویکرد تجویزی دارند، کامیاب نبوده‌اند و بهتر است برنامه‌ها را بر اساس رویکردی تدوین کرد که درگیر شدن و مشارکت فعال یادگیرندگان را تضمین می‌کند. در چنین رویکردهایی که برخاسته از دیدگاه سازنده‌گرایی اجتماعی هستند و مشارکت یادگیرنده در ساخت دانش ارج نهاده می‌شود، ضرورت دارد از همان گام‌های آغازین طراحی، مشارکت یادگیرندگان جلب شود و نیازهای بیان شده از سوی آن‌ها به رسمیت شناخته شود. همان‌گونه که تاملینسون^۲ و همکاران (۲۰۰۸) و سایدبوتم، والترز، چیپرفیلد و گمبل^۳ (۲۰۱۷) اشاره می‌کنند یادگیری هنگامی بهتر رخ می‌دهد که برنامه درسی با نیازهای یادگیرندگان همخوان باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با این هدف انجام شد که سیاستگذاران و طراحان برنامه درسی بتوانند با شنیدن نیازهای یادگیری دانشجویان دانشگاه فرهنگیان، برنامه‌هایی ارائه دهند که با نیازهای مخاطبان متناسب است و به افزایش سواد سلامت آن‌ها منجر می‌شود. پرسش اصلی در این پژوهش این است که از دیدگاه مخاطبان، برنامه‌های درسی که در دانشگاه فرهنگیان به منظور ارتقاء سواد سلامت طراحی می‌شود از چه ویژگی‌هایی باید برخوردار باشند؟

روش

این پژوهش با استفاده از رویکرد کیفی طراحی و اجرا شد. رویکرد کیفی به پژوهشگر کمک می‌کند داده‌هایی دست اول از موقعیت به دست آورد و بینشی تازه نسبت به آن موقعیت کسب کند (آیزنر، ۲۰۰۱). از میان روش‌های گوناگون موجود در رویکرد کیفی، پژوهش‌هنجاری برای این کار برگزیده شد، زیرا این روش به پژوهشگر کمک می‌کند تا هنجارها و ارزش‌های ترجیحی را تعیین کند که باید در تعیین برنامه درسی الهام بخش باشند. پژوهش‌هنجاری از گونه‌های پژوهش عملی است که به تولید دانشی منجر می‌شود که بر اساس آن می‌توان تصمیمات و فعالیت‌های آگاهانه برنامه درسی را غنا بخشید (برمن^۴، ۱۹۸۸). شرکت‌کنندگان این پژوهش را می‌توان در دو گروه قرار داد. گروه نخست دانشجومعلمانی بودند که از طریق

-
1. Duncan
 2. Tomlinson
 3. Sidebotham, Walters, Chipperfield and Gamble
 4. Berman

آزمون سراسری به دانشگاه فرهنگیان ورود پیدا کرده بودند. با توجه به تازه تأسیس بودن دانشگاه فرهنگیان، بیشتر آن‌ها جزء نخستین ورودی‌های این دانشگاه (ورودی‌های ۱۳۹۱) بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این افراد در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجومعلمان شرکت‌کننده در مصاحبه‌های گروهی

ویژگی‌ها	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۲۵	۱۰۰
سن (۱۹-۲۳) $M=20/8$	۲۵	میانگین: ۲۰/۸
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۲	۸۸
متأهل	۳	۱۲
رشته تحصیلی		
راهنمایی و مشاوره	۶	۲۴
جغرافی	۲	۸
زیست‌شناسی	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

گروه دوم معلمانی بودند که با مدرک کاردانی در آموزش و پرورش مشغول به خدمت بودند و همزمان با آن برای کسب درجه کارشناسی در دانشگاه فرهنگیان تحصیل می‌کردند. از این پس در این مقاله از این افراد با عنوان معلم‌دانشجویان یاد می‌شود. از آنجایی که این افراد در زمان پژوهش در خط مقدم آموزش و پرورش فعالیت می‌کردند و با چالش‌های مرتبط با موضوعات سلامت در مدارس مواجه می‌شدند می‌توانستند برای طراحی برنامه‌ی درسی که به پرورش معلم برخوردار از سواد سلامت منجر شود، پیشنهادهایی سازنده ارائه دهند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی این افراد در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی معلم دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش

ویژگی‌ها	تعداد	درصد
جنسیت		
زن	۱۹۶	۸۶
مرد	۳۲	۱۴
سن (۲۵-۵۸)		
میانگین: ۴۲	۲۲۸	
وضعیت تأهل		
متأهل	۲۱۳	۹۳/۳
متجرد	۱۵	۶/۷
تعداد فرزندان (۰-۴)		
میانگین: ۱/۹	۲۲۸	
سابقه تدریس (۱-۲۹)		
میانگین: ۱۹/۱۹	۲۲۸	
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

گروه نخست بر اساس نمونه‌گزینی در دسترس انتخاب شد. پس از انجام هماهنگی از سوی معاونت آموزشی دانشگاه، پژوهشگر اول به ریاست یکی از واحدهای دانشگاهی این دانشگاه معرفی و به آنجا ورود پیدا کرد. در هفته اول دی ماه ۱۳۹۳ با پیشنهاد رئیس پردیس که خود از متخصصان علوم تربیتی بود از هر یک از اتاق‌های خوابگاه، نماینده‌ای معرفی شد و دو گروه ۱۱ و ۱۴ نفره شکل داده شد. دو مصاحبه‌گروهی مجزا با هر دو گروه برگزار شد و پس از آن نیز امکان مصاحبه فردی با دانشجویان علاقمند به موضوع پژوهش فراهم شد. مصاحبه‌گروهی از آن جهت انتخاب شد که فرصتی فراهم می‌کرد تا اندیشه‌ها و دیدگاه‌های گوناگون در کنار هم ارائه، تأیید یا نقد شوند و زمینه تصمیم‌گیری واقع‌بینانه‌تری را برای عناصر مختلف برنامه درسی فراهم کنند. از نظر روش‌شناختی در مصاحبه‌گروهی افرادی که پیشینه فرهنگی اجتماعی و دلمشغولی‌ها و تجربه‌های مشابهی دارند، گرد هم می‌آیند تا در فرایند مصاحبه شرکت کنند. مهم‌ترین هدف رایج مصاحبه‌گروهی، آن است که بتوان چیزی را کاوش کرد و شناخت بیشتری نسبت به آن پیدا کرد (هنینک، هاتر و بیلی، ۲۰۱۰).

در آغاز هر دو مصاحبه‌گروهی، پژوهشگر نخست، در ابتدای کار به معرفی و ارائه پیشینه‌ای از خود و همچنین بیان هدف پژوهش اقدام کرد تا با این کار بتواند زمینه برقراری رابطه‌ای محکم با دانشجویان را فراهم کند و مشارکت آن‌ها در مصاحبه تسهیل شود. برای آنکه محیطی امن‌تر فراهم شود و دانشجویان راحت‌تر بتوانند نظرات خود را بیان کنند (ولا، ۲۰۰۲، و ولا، ۲۰۱۶). در هر دو مصاحبه‌گروهی از دانشجویان خواسته شد در گروه‌های کوچک سه نفره قرار بگیرند. روند کار به این صورت بود که هر یک از پرسش‌های مصاحبه (جدول ۳) خوانده می‌شد، سپس در گروه بحث می‌شد و پس از آن هر گروه پاسخ خود را برای دیگر گروه‌ها بیان می‌کرد و نظرات آن‌ها را دریافت می‌کرد. پژوهشگر نیز مواردی را یادداشت می‌کرد که نیاز به روشن شدن داشت و با گروه‌ها در میان می‌گذاشت. در طی مصاحبه‌گروهی با کسب رضایت از تمام شرکت‌کنندگان صدای آن‌ها ضبط شد و پاسخ‌های بخش نوشتاری نیز گردآوری شد. مصاحبه‌های گروهی به‌طور میانگین دو ساعت و سی دقیقه به درازا کشیدند. پس از پایان مصاحبه‌ها راه ارتباطی پژوهشگر نخست با شرکت‌کنندگان

 1. Hennink, Hutter and Bailey

2. Vella

برقرار شد و امکان انجام مصاحبه فردی با آنها فراهم شد. با این کار آنها توانستند در فضایی خصوصی به بیان تجربیات زیسته خود اقدام کنند. برخی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه گروهی تا شش ماه پس از مصاحبه‌ها همچنان با پژوهشگر نخست در ارتباط بودند و به پرسش‌های او پاسخ می‌دادند.

جدول ۳: راهنمای مصاحبه گروهی با دانشجوی معلمان

-
- منابع کسب اطلاعات مربوط به سلامت
 - عوامل تهدیدکننده سلامت شما
 - کارهایی که برای حفظ سلامت خود انجام می‌دهید.
 - مهم‌ترین چیزی که می‌خواهید در پردیس آموزشی شما (در حوزه سلامت) تغییر کند چیست؟ در خوابگاه شما چگونه؟
 - تصور کنید دو دانشجو معلم از دو پردیس مختلف فارغ‌التحصیل شده‌اند و امروز هر دو کار خود را آغاز کرده‌اند. یکی از آنها دو واحد درسی سلامت را گذرانده است و دیگری خیر. به نظرتان چه تفاوت‌هایی در اندیشه و رفتار این دو دانشجو معلم وجود دارد؟
 - به گذشته برگردید: هنگامی که دانش‌آموز بودید. در رابطه با موضوع سلامت چه خاطرات و داستان‌هایی از آن روزها به یاد دارید. یکی از خاطرات خود را (چه تلخ و چه شیرین) برای ما تعریف کنید. این جمله را به تأکید بر بعد سلامت وجود خود کامل کنید (به صورت فردی):
 - ای کاش هنگامی که دانش‌آموز بودم معلمانم در مورد.....
 - به من اطلاعات لازم را داده بودند زیرا این روزها.....
 - همان گونه که پیش از این گفته‌ام قرار است دو واحد برنامه درسی با عنوان سلامت برای شما طراحی شود شما چه انتظاراتی از این برنامه دارید؟
 - فکر می‌کنید که در پایان این برنامه شما باید بتوانید به چه دانشی دست پیدا کرده باشید؟
 - دوست دارید با گذراندن این دو واحد درسی مهارت انجام چه کارهایی را پیدا کرده باشید؟
 - انتظار دارید این برنامه به چه صورت اجرا شود؟ به چه صورت ارزشیابی شود؟
 - فرض کنید شما جای من هستید و می‌خواهید این برنامه را طراحی کنید. چه می‌کنید؟
- در پایان: لطفاً این جمله را کامل کنید:
- ما انتظار داریم این برنامه به گونه‌ای باشد که بتوانیم....
-

ارتباط با معلم دانشجویان، از طریق پروژه‌ای برقرار شد که در دانشگاه فرهنگیان به‌منظور سنجش سواد دانشجویان در نیمسال دوم سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در حال انجام بود. به این منظور در انتهای پرسشنامه‌ای که برای سنجش سطح سواد سلامت دانشجویان طراحی شده بود، دو پرسش باز افزوده شد (جدول ۴). در هفته دوم اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ پژوهشگر نخست و دستیاران پژوهشی او به پردیس‌ها و مراکز مربوطه معرفی شدند. آن‌ها نیز با معرفی خود به ریاست پردیس‌ها و مراکز با یکی از کارشناسان پژوهشی یا آموزشی آن مرکز مرتبط و به استادان معرفی شدند. پس از آن پروژه پژوهشی برای استادانی که قرار بود پرسشنامه در کلاس آن‌ها اجرا شود به صورت مختصر تشریح شد، محرمانه ماندن پاسخ‌ها به شرکت‌کنندگان پژوهشی یادآوری شد و با تأکید بر اینکه پاسخ‌های آن‌ها به تصمیم‌گیری در طراحی برنامه‌های درسی سواد سلامت دانشگاه فرهنگیان کمک به‌سزایی خواهد کرد، آن‌ها به تکمیل کردن پرسش‌های باز تشویق شدند. این امکان فراهم شد که از کل شش واحد آموزشی دانشگاه فرهنگیان واقع در شهر تهران ۲۲۸ نفر از معلمان که در رشته‌های نشان داده شده در جدول ۲ تحصیل می‌کردند، در پژوهش شرکت کنند.

جدول ۴: دو پرسش باز

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

برای تحلیل داده‌ها، پژوهشگر نخست ابتدا چندین بار به مصاحبه‌های گروهی گوش کرد و هر آنچه که در هنگام شنیدن برای او معنای خاصی را می‌رساند بر روی برگه‌ای یادداشت کرد. پس از آن متن مصاحبه‌ها را بر روی کاغذ پیاده کرد و تمام پاسخ‌هایی را که از دو پرسش باز به دست آورده بود، در کنار هم قرار داد. متن‌های نوشته شده چندین بار در کنار هم و به صورت فعال و تعاملی خوانده شدند و سپس به صورت باز کدگذاری شدند. به باور سالدانا^۱ (۲۰۰۹) کدگذاری به معنای اختصاص دادن نزدیک‌ترین مفهوم به هر یک از کوچک‌ترین جزءهای با معنی داده‌های گردآوری شده است. پس از کدگذاری باز، داده‌های حاصل از آن بر

1. Saldaña

اساس محورهای مشترکی که میان آنها بروز یافت در کنار هم قرار گرفتند. سپس کدهای محوری بر اساس همانندی و ناهمانندی‌هایی که با یکدیگر داشتند، در مقوله‌هایی گنجانده شدند که برخاسته از داده‌های حاصل از شرکت‌کنندگان است (دی، ۱۹۹۳) که در بخش بعدی به آن توجه خواهد شد. برای افزایش اعتبارپذیری یافته‌های پژوهش اقدام‌های زیر انجام شد: از سه نفر از شرکت‌کنندگان پژوهش خواسته شد گزارش پژوهشی را بخوانند. استاد راهنما و مشاور فرایند پژوهش را زیر نظر گرفتند. داده‌های گنجانده شده در هر مقوله برای سه دانشجوی دکتری برنامه‌ریزی درسی و آموزش و ارتقاء سلامت فرستاده شد و در نهایت در یک نشست پیرامون داده‌هایی که باید در هر مقوله قرار داده شود، تصمیم‌گیری نهایی انجام شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های گردآوری شده به شش مقوله ختم شد که هر یک به گونه‌ای با رئوس مختلف یک برنامه درسی در ارتباط است: ضرورت برنامه درسی سواد سلامت، شایستگی‌های پیشنهادی، نقش مدرس و شیوه تدریس او، محتوای درس سلامت، شیوه ارزشیابی، بیم‌ها و دغدغه‌ها. در ادامه هر یک از مقوله‌ها ذکر می‌شود.

مقوله اول: ضرورت برنامه درسی سواد سلامت

همه دانشجویان بر این باور بودند که ضرورت دارد این درس به همه معلمان آینده ارائه شود. بسیاری از آنها بیان کردند که پیش از این هیچ آموزشی در زمینه سلامت به آنها ارائه نشده است و باید چنین آموزشی «هر چه سریعتر و به صورت ادامه دار» در دستور کار قرار گیرد. یکی از دانشجویان چنین اظهار نظر کرد که

«تو تربیت معلم باید پیش از این در مورد سلامت صحبت بشه. تو دانشگاه ما این اولین جلسه است که کسی در مورد سلامت صحبت می‌کنه. وقتی هم که دانش آموز بودم یه بهورز داشتیم که بعضی از مسائل ساده مثلاً چطوری مسواک زدن رو می‌گفت که خیلی‌ها رو هم نمی‌فهمیدیم. دوران بلوغ هم یه

مشاور داشتیم که می‌اومد می‌گفت. دوران دبیرستان هم همین جوری خودمون

رها شدیم و تجربه هر کسی داشت به دیگری منتقل می‌کرد.»

دانشجوی دیگری در تأیید سخن ایشان بیان کرد «بالاخره ما از کجا باید در مورد سلامت یاد بگیریم». برخی دیگر بر این باور بودند که «این دو واحد ... حتی آگه به درد دانش‌آموزش نخوره به درد خود معلم می‌خوره. اما آگه فقط به دانشی رو انباشته کرده باشه بیشتر فقط عذاب وجدانش رو داره که به دوره‌ای بود اینجوری. چرا من یاد نگرفتم». در مصاحبه گروهی دوم، دانشجومعلم از روزه‌ای دیگر به این برنامه نگاه می‌کند و می‌گوید:

«معلم وقتی این دو واحد رو بگذرونه این طوری نیست که فقط برای خودش

بمونه. مثلاً شاید مشاغل دیگه آگه این دوره‌ها رو بگذرونن برای خودشونه

ولی معلم چون سر کلاسه برای بقیه هم می‌تونه منتشر کنه. باز هر دانش‌آموزی

هم بره خونشون برا خونوادشون»

برخی از معلم‌دانشجویان در بیان ضرورت این درس فراتر از دوران تربیت معلم حرکت کردند و بر این باور بودند که درس سلامت «نه تنها باید در تربیت معلم ارائه شود» بلکه «در مدارس در تمام پایه‌های تحصیلی مختلف» ارائه شود. به باور برخی از آن‌ها «این درس باید در سراسر کشور اجرا شود و کتابی شود مانند سایر کتب درسی».

مقوله دوم: شایستگی‌های پیشنهادی

در طی مصاحبه‌های گروهی تقریباً تمام شرکت‌کنندگان پژوهش، برای افرادی که برنامه درسی سواد سلامت را تجربه می‌کنند، شایستگی‌هایی پیشنهاد دادند. آنچه که تقریباً در میان تمام شایستگی‌ها مشترک بود مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی نسبت به سلامت خود و دیگران بود. برخی از آن‌ها به صراحت به این موضوع توجه کرده و برخی دیگر به صورت ضمنی به آن اشاره کرده‌اند.

«هر که این دو واحد رو بگذرونه احساس مسئولیت بیشتری می‌کنه نسبت به

این مسأله. من خودم به دوره‌ای رو برای بهداشت گذروندم نسبتاً فکر می‌کنم

خیلی شاید دغدغه داشته باشم. به موقعی نگران به چیزی بشم. به عذاب

وجدان درونی. آره واقعا! وقتی می‌بینم این جوریه می‌گم چرا باید این جور

باشه چرا من نباید چیزی بگم...».

در بخش نوشتاری از مصاحبه گروهی نیز این نکته مورد توجه بسیاری از آن‌ها قرار گرفته بود: برای نمونه یکی از آن‌ها نوشته بود: «ما انتظار داریم که این برنامه به گونه‌ای باشد که بتوانیم از این برنامه در زندگی فردی و اجتماعی خود استفاده کنیم و به دانش‌آموزان خود آموزش دهیم و تا حد امکان از مشکلاتی که ممکن است بر اثر کمبود و ناکافی بودن اطلاعات به وجود آید جلوگیری کنیم تا نسل‌های آینده زندگی بهتر و سالم‌تری داشته باشند».

انتظار ارائه خدمت به دیگران در پاسخ معلم دانشجوین نیز به چشم می‌خورد. برای نمونه برخی از آن‌ها در پاسخ خود به این پرسش که انتظار دارند با گذراندن این درس چه توانایی‌هایی در آن‌ها پدیدار شود نوشته بودند «انتظار داریم هر زمانی که برای دانش‌آموزانم در کلاس درس مشکلی پیش آید بتوانم حداکثر کاری که از توانم بر می‌آید برای او انجام دهم» و یا اینکه «انتظار داریم که قادر باشم که در مدارس متوجه مشکلات بهداشتی بچه‌ها شده، البته تا حد امکان و بتوانم آن‌ها را راهنمایی کرده و پیگیر وضعیت بهداشتی آن‌ها باشم». فراوانی معلم دانشجوین زنی که انتظار ارائه خدمت به دیگران را بیان کرده بودند سه برابر معلم دانشجوین مرد بود.

مقوله سوم: نقش مدرس و شیوه تدریس او

برنامه‌ای که طراحی می‌شود در دست مدرسان جانی تازه خواهد گرفت. از این رو بسیار مهم است که مدرسان این دوره از توانایی‌های لازم برخوردار باشند. مصاحبه گروهی با دانشجو معلمان نشان داد استادان همجنس می‌توانند به کیفیت اجرای بهتر این برنامه کمک کنند. در بخشی از این مصاحبه، آن‌ها بیان کردند: «ما الان امروز صبح یه فصل خوب داشتیم همین هورمون‌های جنسی. استاد درس نداد. خجالت می‌کشید. دیگری ادامه می‌دهد «گفت تو امتحان هست، ولی خودتون بخونیدش». هم کلاسی او می‌گوید «مشکل اینه استادش آقاست». دیگری ادامه می‌دهد «تا کی باید خجالت بکشه. ما بهشون گفتیم اینا رو درس بدید. گفتش اینا رو شما بهتر از من می‌دونین». دیگری می‌گوید «در دانش جمعیت هم هیچی به ما یاد ندادن. ما همش تو این کتاب می‌گیم چرا باید ازدواج کنیم. فواید ازدواج چیه. مزایای ازدواج چیه. محور اصلی این کتاب توی دو فصل آخرش اومده که اساتیدمون بش نرسیدن و حذفش کردن».

یکی دیگر از دانشجویان بیان می‌کند «نوجوانی ما کامل حذف شد در صورتی که بچه‌ها الان به خاطر اینترنت زودتر بالغ می‌شن. مشکل جامعه ما بلوغه اما ما در موردش هیچی پاس نکردیم... کتاب روان‌شناسی رشد فقط برای دانش‌آموزا نیست. ما الان تو سن ازدواجیم تو کلاس این استاد (استاد همجنس) خیلی از اشکالاتمون برطرف شد». به نظر می‌رسد تمام دانشجویان برای این موضوع سخنی برای گفتن دارند. آن‌ها ادامه می‌دهند «اگر استاد خانم باشه خیلی بهتره. الان ما روان‌شناسی رشد استادمون خانمه خیلی عالیه. متناسب با ویژگی‌های خودمونه» دانشجوی دیگری می‌افزاید «ولی استاد ما مرده می‌خواد نوجوانی رو بگه می‌خواد در مورد قاعدگی خانم‌ها صحبت کنه خب نمی‌تونه» دانشجوی دیگر می‌گوید:

«استاد و معلم اصلاً نباید به اسم حیا همه چیز رو از آدم پنهان کنن... اصلاً حیا رو برای ما بد معنی کردن. به خاطر اینکه خودشون بد یادگرفتن. والدین و معلمای خودشون بد بهشون یاد دادن. همین طور نسل به نسل داره این مسأله پیش میره. اگه پدر، مادرم، معلمم، به من اطلاعات لازم رو ندن خب من از کی بپرسم. از دوستم که اطلاعاتش اشتباهه یا از هر کس دیگه‌ای که اطلاعات اشتباهه به من میده تا نفعش رو ببره».

در مصاحبه گروهی دوم نیز دانشجویان بر این موضوع تأکید کردند که «نظام آموزشی باید مسئول دادن اطلاعات درست بهداشتی به دانش‌آموزا و دانشجویها باشه. مگر نه اونها به سراغ اینترنت میرن و اطلاعات غیرمفیدی رو به دست میارن که لزومی نداره بدونن. اگر ما نیازش رو پاسخ بدیم اون دیگه اصلاً سراغ چیزهایی که نیازی نداره بدونه نمیره».

از نگاه آن‌ها نقش مدرس، تنها ارائه‌دهنده اطلاعات نیست. مدرس «نه تنها باید الگوی خوبی از رفتارهای سالم باشه» بلکه باید مطالب را به صورت کاربردی در اختیار دانشجویان قرار دهد «آموزش‌ها سخنرانی نباشه چون هیچ کس به سخنرانی گوش نمی‌ده. یه نفر فقط حرف می‌زنه همه باید گوش بدن. ناخودآگاه فکرت می‌ره جاهای دیگه». یکی از دانشجویان که رشته او دبیری زیست‌شناسی بود، راهکار عملی بودن درس را پیشنهاد داد. به باور او:

«استاد باید به صورت عملی درس بده... اگه همین دو واحد به شکلی متفاوت باشه عینی باشه و بتونه اون چیزی که میخونن رو کامل، عینی، عملی بخونه و

بعد از اینکه این مورد رو دید بتونه تشخیص بده... مثلاً یک بیماری رو بهش بگه. برای همون کمبود آهن بهش بگه وقتی پلک چشم رو پایین بدی اینجا قرمز نیست سفیده... مثلاً به دانش آموز رنگش زرده، خواب آلوده اس، همش خمیازه میکشه. معلم می‌گه من فکر می‌کنم تو تغذیه‌ات مناسب نیست اون قرص آهن رو نمی‌خوری. بعد اون رو به پزشک مربوطه معرفی می‌کنه و یه مشکلی که بعدها می‌تونه بزرگ بشه رو همین جا معرفی می‌کنه. توی بهداشت سلامت یک بیماری رو بگه».

دانشجوی دیگر ضمن آنکه او را تأیید می‌کند می‌گوید:

«استاد نباید دانشجو رو رها کنه. ما یه سری کارگاه داشتیم... استاد می‌گفت شما باید یک نفر رو آموزش بدین و برای من بیارین که چه کسی رو و چه جوری آموزش دادین. باید فرد می‌اومد و عملکردش رو گزارش می‌کرد مثلاً اگر کسی رو پیدا نمی‌کرد به مامانش می‌گفت یعنی مامانش می‌شد شاگرد یا به همسرش می‌گفت»

در میان پاسخ‌های به‌دست آمده از معلم‌دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش نیز تدریس عملی بالاترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود.

مقوله چهارم: محتوای درس

سلامت روان، سلامت باروری، برقراری ارتباط اجتماعی، سلامت جسمانی، تغذیه، ورزش، بیماری‌ها، کمک‌های اولیه در طی مصاحبه‌های گروهی مورد توجه بسیاری از دانشجویان قرار گرفت. در بحث سلامت روان، بسیاری از آن‌ها به «نقش اعتماد به نفس در زندگی»، «رابطه فرد با خانواده و جامعه و تعامل اجتماعی و تأثیرات بلوغ بر سلامت روانی و اجتماعی» توجه کرده و علت آن را نیز چنین برشمرده‌اند که «به دلیل کمبود اعتماد به نفس توانایی انجام خیلی از کارها را ندارم و به خودم اعتماد ندارم»، «نمی‌توانم با خانواده‌ام و جامعه ارتباط خوبی برقرار کنم... و قدرت حرف زدن در یک جمع حتی در خانواده ندارم و از یک مشکل رنج می‌برم که راه حلی ندارد».

بحث بهداشت فردی نیز مورد توجه همه آن‌ها بود. «من حتی نمی‌تونم دست شستن ساده

و مسواک زدن رو چه جور می باید به دانش آموز یاد بدم». یکی از دانشجویان بر محیط پردیس خود تکیه می کند و می گوید «خیلی از دانشجوها که این جا هستن و قراره به زودی معلم بشن، بهداشت فردی رو بلد نیستن. باید بهشون آموزش داد».

در زمینه کمک های اولیه آن ها مشتاق بودند بدانند «اگه دانش آموزی غرق شد چی کار کنیم... اگه تو کلاس غش کرد چی کارش کنیم» دیگری می گوید «تصادفات این همه زیاده. بدونیم اگه کسی تصادف کرد جلوی مدرسه مثلاً دستش شکست چی کارش کنیم. یا تو زمین ورزش افتاد چی کارش کنیم». دانشجو دیگر با صدای بلند می گوید: «بچه اگه سر کلاس من تشنج کنه رفته... جایی بود همه بچه ها سوخته بودن. اگه یه آموزشی داده بودن که هزینه اش کمتر بود از این همه خسارت».

در حوزه سلامت باروری، دوران بلوغ مورد تأکید خاصی قرار گرفت «به نظرم مهم ترین چیز برای یه فرد همون دوران بلوغشه. یعنی تغییراتی که در بدنش اتفاق می افته». در مبحث بهداشت دهان و دندان «معلم باید بدون لثه سالم و لثه مریض چه فرقی با هم دارن». یکی از دانشجویان به تجربه خود اشاره می کند و می گوید

«موقعی که دندان های شیری بچه ها می افتاد خب ما داخل مدرسه بودیم. معمولاً معلم بهداشت می دید که اینا کی درمیان. من امسال می خواستم برم ارتودنسی کنم فهمیدم این دو تا دندان شیریم هنوز نیافتاده و الان این دو تا دندان جلوم می افتن اصلاً نمی دونم چی کار کنم. حالا باید هزینه خیلی زیادی رو بدم تا شاید درست بشه. اگه معلم من زمان افتادن و درومدن هر دندان رو می دونست یا اینکه به پدر و مادرم می گفت که حواسشون به این مسأله باشه من امروز دچار این مشکل نمی شدم».

در تحلیل داده های به دست آمده از پاسخ های معلم دانشجویان شرکت کننده در پژوهش به نخستین پرسش باز، مقوله ای که نخستین رتبه را دریافت کرد، آشنایی با بیماری ها بود. برای این دسته از شرکت کنندگان آشنایی با بهداشت مدارس کمترین اولویت را داشت.

به کاربردی بودن محتوا نیز بسیاری از دانشجومعلمان و معلم دانشجویان تأکید کرده اند. در مصاحبه گروهی دانشجو معلمان بیان کردند «یه چیزی باشه که به درد ما و بچه هامون بخوره. مثلاً بدونیم تو هفته چند وعده ماست و اینا مصرف بشه. جایگزین ها چی باشه. ارزش های

غذای چه جوریه». دیگری ادامه می‌دهد «نیان یه عالمه جدول بدن و بگن این‌ها رو بخونین بعد شب امتحان مجبور بشم کلی جدول حفظ کنم». در پاسخ‌های ارائه شده از سوی معلم‌دانشجویان پیرامون پیشنهادهای آن‌ها برای طراحی درس سلامت، کاربردی بودن محتوا پس از تدریس عملی، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود.

مقوله پنجم: ارزشیابی درس

دانشجومعلم‌ان در هر دو مصاحبه گروهی بر این باور بودند که ارزشیابی باید به صورت عملی برگزار شود و از «ارائه مطالب صرفاً حفظی» پرهیز شود. برای نمونه یکی از آن‌ها اشاره کرد: «سعی کنید ارزشیابی این درس به صورت عملی باشه. یه چیزهایی که میشه رو عملی امتحان بگیرن. نه اینکه مریض بیارن و بگن احیاش کن» دیگری می‌گوید «استادا باید دنبال یادگیری باشن. این قدر درگیر امتحان و اینا نباشن». آن‌ها بر این باورند که استادان «به شدت درگیر سرفصلن» به جای آنکه بر فراز سرفصل بایستند و در اجرای آن نقش فاعلی داشته باشند در زیر سایه آن قرار می‌گیرند و نقش مفعولی اتخاذ می‌کنند و در نهایت ارزشیابی درس «محدود به محتوای حفظی کتاب و سرفصل» می‌شود.

بسیاری از معلم‌دانشجویان نیز مبحث ارزشیابی را مورد توجه قرار داده بودند. هر چند پاسخ‌های آن‌ها در طیفی از «حذف ارزشیابی» تا «برگزاری ارزشیابی در موقعیت‌های درمانی» را در برمی‌گرفت، اما تأکید بیشتر آن‌ها بر این بود که «ارزشیابی به صورت کتبی نباشد»، «ارزشیابی آن طوری باشد که به صورت عملی بتوانیم آن را به اثبات برسانیم» و «ارزشیابی کنترل‌کننده محفوظات نباشد و قرار بر این نباشد که یک سری مطالب حفظ شود و به یاد آورده شود».

مقوله ششم: بیم‌ها و دغدغه‌های دانشجویان

در جریان مصاحبه گروهی و در جریان تعاملات و گفتگوهای دانشجومعلم‌ان با یکدیگر و با پژوهشگر، بیم‌ها و دغدغه‌های گوناگونی آشکار شد. دانشجویان بیمناک بودند از اینکه آنچه در دوران دانش‌آموزی به علت نادیده گرفتن اهمیت آموزش سلامت تجربه کرده بودند، برای دانش‌آموزان آینده آن‌ها نیز رخ دهد. علاوه بر آن، وضعیت کنونی برخورد با حوزه سلامت در

مدارس آن‌ها را نگران کرده بود. افزون بر آن، آن‌ها رنج می‌برند از اینکه مهارت‌های آموزش سلامت را نداشتند. یکی از دانشجویان می‌گوید:

«می‌ترسم از اینکه چیزهایی که ما تجربه کردیم رو دانش آموزای ما هم تجربه کنن. ما به معلم بهداشت داشتیم که بیهوشی بود از این آدمای بیهوشی بود وسط درس می‌اومد می‌گفت بچه‌ها دستاتون رو بذارید رو میز ناخن گیر هم همراهش بود تا ناخنای بلند رو بگیره. نفر آخر اصولاً تا رسیدن معلم بهداشت تمام ناخنهایش رو جوییده بود.»

دیگری ادامه می‌دهد «همین موضوع آهن تو دبیرستان، ما هیچ آگاهی نداشتیم. همیشه یادمه زیر دست و پای بچه‌ها له می‌شد. هیچ کس به ما نمی‌گفت چه جوری اینو بخوریم... همین جوری میدادن می‌داشتن تو مشت ما می‌گفتن بخورین». یکی از دانشجویانی که در این نیم سال تجربه گذراندن کارورزی در مدرسه را داشته است می‌گوید: «من واقعا متأسفم وقتی وضعیت دانش آموزا رو تو مدرسه می‌بینم... یکی چشمش ضعیف بود معلم به همه می‌گفت نرگس، لیلا، فاطمه به اون می‌گفت عبداللهی چرا این جوری می‌نویسی. اصلاً به روی خودش نمی‌آورد که این بچه مشکلی داره». برخی از دانشجویان به نداشتن مهارت‌هایی مانند چگونگی «شیوه صحیح شستن دست» اشاره می‌کردند: «ما حتی نمی‌دونیم چه جوری شیوه صحیح دست شستن رو به دانش آموزمون یاد بدیم».

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به این منظور انجام شد تا روشن کند از دیدگاه مخاطبان، برنامه‌های درسی رسمی و غیررسمی که در دانشگاه فرهنگیان به منظور ارتقاء سواد سلامت طراحی می‌شوند از چه ویژگی‌هایی باید برخوردار باشند؟ همان‌گونه که زایس^۱ (۱۹۷۶) یادآور می‌شود مخاطبان یک برنامه درسی معمولاً عمده‌ترین منبعی هستند که دست نخورده باقی می‌مانند و از نظر برنامه‌ریزان دور می‌مانند. در حالی که با تکیه بر نظرات و پیشنهادهای ارائه شده از سوی این منبع همیشه دست نخورده، می‌توان به اثربخشی برنامه امید بیشتری بست (ولا، ۲۰۰۲). این پژوهش نشان داد که بسیاری از دانشجویان پیش از ورود به دانشگاه، برنامه درسی مرتبط با

1. Zias

سلامت را تجربه نکرده‌اند یا برنامه درسی ارائه شده به آن‌ها نتوانسته است سواد سلامت آن‌ها را افزایش دهد. این کاستی، عنصر ضرورت و منطق برنامه درسی سواد سلامت را شکل می‌دهد. به این عنصر افرادی مانند ون دن اکر^۱ (۲۰۰۴)، اویس و گول^۲ (۲۰۰۴) و ولا (۲۰۰۲) توجه کرده‌اند. آن گونه که پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد نادیده گرفتن موضوع سلامت در برنامه درسی محدود به ایران نیست. در ایالات متحده در ۳۳ درصد از مهدکودک‌ها آموزش سلامت اجباری است و این رقم در پایه پنجم، ششم، هشتم، نهم و دوازدهم به تدریج با کاهش جدی مواجه می‌شود و به ترتیب به ۴۴، ۲۷، ۲۰، ۱۰ و ۲ درصد می‌رسد (مؤسسه پزشکی^۳، ۲۰۰۴). از نگاه جردن، سامدال، دیاگنه و کاروالهو^۴ (۲۰۰۸) در بسیاری از کشورها مدارس اهمیت کمی به ارتقاء سلامت می‌دهند و کارکنان مدرسه به ویژه معلمان از اهمیت نقش خود در ارتقاء سلامت آگاه نیستند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اگر فرصتی فراهم شود تا معلمان آینده، برنامه درسی سواد سلامت را تجربه کنند این شایستگی در آن‌ها پدید می‌آید که نسبت به ارتقاء سلامت خود و دیگران مسئولیت بیشتری به عهده گیرند. به باور نات‌بیم (۲۰۰۰) فرد برخوردار از سواد سلامت بهتر می‌تواند در زمینه سلامت تصمیم‌گیری کند و از گزینه‌های سبک زندگی سالم‌تر بهره‌مند شود. افزون بر آن، او بهتر می‌تواند در راستای تغییر در تعیین‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی، و زیست محیطی سلامت مشارکت کند. همان‌گونه که جردن (۲۰۱۱) می‌گوید یکی از اهداف بنیادین تربیت معلم باید این باشد که معلمان آینده دریابند فعالیت فردی و جمعی در راستای آموزش سلامت بخش مهمی از وظایف آن‌ها را تشکیل می‌دهد. آن گونه که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد در معلم دانشجویان زن فراوانی تمایل به خدمت در راستای ارتقاء سلامت دیگران بیش از مردان است. این یافته همخوان با نظریه میلر^۵ است که می‌گوید: زندگی زنان به گونه‌ای سازمان‌دهی شده است تا حول محور خدمت به دیگران باشد (فتحی و اجارگاه، ۱۳۸۶).

همانگونه که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد این برنامه درسی باید توسط مدرسانی ارائه

1. Van den Akker
2. Uys and Gwele
3. Institute of Medicine
4. Jourdan, Samdal, Diagne and Carvalho
5. Jourdan

شود که با دانشجویان هم جنس هستند و از آن گذشته الگوی رفتارهای سالم را از خود نشان می‌دهند. در این پژوهش آشکار شد که آن‌ها باید تلاش کنند تا فرای ارائه دانش حرکت کنند و با کاربردی ساختن محتوا، به نگرش نیز توجه کنند. اشمیث^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود به این یافته توجه کرده‌اند. به باور جردن (۲۰۱۱) چگونگی آموزش سلامت به معلمان آینده از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. این آموزش‌ها باید به گونه‌ای باشد که از انتقال اطلاعات پرهیز شود و به جای آن آموزش سلامت به عنوان شیوه‌ای از رهایی‌بخشی دیده شود که در طی آن ابزاری در اختیار یادگیرنده قرار داده می‌شود تا در رابطه با سلامت تصمیمات آزادانه و مسئولانه اتخاذ کنند.

در رابطه با محتوایی که باید در این برنامه به آن توجه شود، بین دانشجومعلمان شرکت‌کننده در مصاحبه گروهی و معلم دانشجویانی که به دو پرسش باز پاسخ داده بودند هم‌رأیی چندانی وجود نداشت. تمرکز معلم دانشجویان بر بیماری‌ها بود. اولویتی که آن‌ها برگزیده‌اند می‌تواند حکایت از آن داشته باشد که برای این معلمان سلامت برابر است با نبود بیماری و این تعریفی است که تا پیش از سال ۱۹۴۸ برای سلامت در نظر گرفته می‌شد. حال آنکه در تعریف ارائه شده از سلامت در کنفرانس بهداشت جهانی ۱۹۴۸ سلامت به معنای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شد و صریحاً بیان شد که منظور از سلامت صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی نیست. این یافته کاملاً همخوان با پژوهش بیرن^۲ و همکاران (۲۰۱۵) است که نشان می‌دهد در کشورهای در حال توسعه تمرکز آموزش سلامت بر بیماری‌ها و بهداشت است و توصیه می‌کند چنین کشورهایی دیدگاهی همه‌سویه نسبت به سلامت اتخاذ کنند. اما اولویت‌هایی که دانشجومعلمان ذکر می‌کنند بسیار نزدیک به اولویت‌هایی است که مؤسسه پزشکی (۲۰۰۴) برای برنامه‌ای پیشنهاد می‌دهد که به منظور افزایش سواد سلامت طراحی می‌شود: رفتارهایی که مسبب حوادث عمدی یا غیرعمدی می‌شوند؛ الکل و مواد مخدر؛ سیگار؛ رفتارهای جنسی که به عفونت‌های جنسی و همچنین اچ‌آی‌وی و بارداری ناخواسته منجر می‌شوند؛ فعالیت بدنی ناکافی و الگوهای غذایی که به بیماری منجر می‌شوند. در گزارش افراد سالم^۳ نیز توصیه شده است که تعداد بیشتری از

1. Schmidt
2. Byrne
3. Healthy People

مدارس ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان به آموزش سلامت دانش‌آموزان در حوزه‌هایی مانند استفاده از تنباکو و اعتیاد، الکل و دیگر داروها، بارداری ناخواسته، اچ آی وی/ایدز و بیماری‌های منتقله از راه جنسی، الگوهای غذایی ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی و سلامت زیست محیطی بپردازند (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی امریکا، ۲۰۰۰). اما به باور جردن و همکاران، (۲۰۰۸) در 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 واریسی کند و توانایی آن را پیدا کند که از خود و دیگران مراقبت کند. در نظام آموزشی قرن ۲۱، آموزش سلامت به معنای آن است که یادگیرندگان را توانمند کنیم تا در برخورد با مسائل مرتبط با سلامت مسئولانه و عاقلانه دست به گزینش بزنند.

به باور نویسندگان اولویت‌هایی که در این جا ذکر شده است، تنها می‌تواند سواد سلامت عملکردی را در فرد رشد دهد و همان‌گونه که پژوهش‌های پیشین نشان داده است (ماگفورد، گلد، دیوگت^۱، ۲۰۱۰) برای اینکه فرد به بالاترین سطح سواد سلامت که سواد انتقادی است دست یابد محتوای برنامه درسی باید دربرگیرنده تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، و علل نابرابری‌های سلامت و کنش‌هایی در راستای ایجاد تغییر در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به منظور افزایش برابری باشد. شایان ذکر است از میان ۲۲۸ معلم دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کرده بودند فقط یک نفر پرداختن به سلامتی به عنوان یک حق را پیشنهاد داده بود.

در رابطه با عنصر ارزشیابی، پژوهش حاضر نشان می‌دهد ارزشیابی از آموخته‌های حاصل از برنامه درسی هرگز نباید متمرکز بر سطح دانش باشد، بلکه باید تلاش شود تا سنجش اصیل صورت گیرد. سنجشی که طی آن فعالیت‌هایی ارائه می‌شود که ناظر به چالش‌ها و مسائل واقعی زندگی یادگیرندگان است. یعنی تکالیفی مورد توجه قرار می‌گیرند که یادگیرندگان در محیط خارج از مدرسه با آن مواجه می‌شوند (آیزنر، ۱۹۹۴).

پژوهش حاضر نشان داد از نگاه دانشجومعلم و معلم دانشجویان، با توجه به کاستی‌های نظام مدرسه‌ای در حوزه افزایش سواد سلامت یادگیرندگان، ضرورت دارد برنامه‌ای برای رفع این کاستی طراحی شود. این برنامه‌ها باید به گونه‌ای باشد که بتواند معلمان آینده را نسبت به ارتقاء سلامت خود و دیگران مسئولیت‌پذیر و پاسخگو کنند و در نهایت آن‌ها را به کارگزاران فعال سلامت در

1. Mogford, Gould and Devoght

مدارس تبدیل کند. با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد کاربردی بودن محتوا برای شرکت‌کنندگان اهمیت به‌سزایی داشته است و از آنجایی که دانشجومعلم باید بتواند هر آنچه را که می‌آموزد، در محیط عمل به کار بندند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، میزان کاربردی بودن محتوای برنامه‌های درسی گوناگون بررسی شود. همچنین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان آموزش و پرورش، برنامه درسی سلامت را از حالت پوچ خارج کنند و در برنامه درسی دبستان و دبیرستان به این حوزه موضوعی توجه کنند. در پایان از آنجایی که در این پژوهش، در مصاحبه گروهی فقط دانشجومعلم زن شرکت کردند، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر هر دو جنسیت در مصاحبه گروهی حضور داشته باشند. علاوه بر آن در زمان انجام پژوهش، دانشگاه فرهنگیان به علت تازه تأسیس بودن هیچ فارغ‌التحصیلی نداشت تا با تکیه بر تجربه زیسته آن‌ها برنامه درسی سواد سلامت طراحی شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این گروه از افراد نیز در پژوهش شرکت داده شوند.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله که برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری است بر خود لازم می‌دانند از تمام دانشجومعلم و معلم دانشجویانی، که در این فرایند با ایشان همکاری داشته‌اند، سپاسگزاری کنند.

منابع

- ایمانی، محمود، رخشانی، فاطمه و حسینی طباطبایی، سید محمد تقی (۱۳۸۳). میزان آگاهی معلمان مدارس ابتدایی از نیازهای بهداشتی دانش‌آموزان. *طیب شرق*، ۶(۳): ۲۳۰-۲۲۵.
- احمدی، فاطمه زهرا (۱۳۹۴). سنجش سواد سلامت دانشجو معلمان پردیس‌های دانشگاه فرهنگیان در شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳. گزارش طرح پژوهشی مصوب دانشگاه فرهنگیان.
- طهرانی بنی هاشمی، سیدآرش، امیرخانی، محمدامیر، حق دوست، علی اکبر، علویان، سیدمؤید، اصغری فرد، هما، برادران، حمید، برغمندی، مژگان، پارسی‌نیا، سعید و فتحی‌رنجبر، سحر (۱۳۸۶). سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. *گام‌های توسعه در آموزش پزشکی*، ۴(۱): ۹-۱.
- فتحی و اجارگاه، کوروش (۱۳۸۶). برنامه درسی به سوی هویت‌های جدید. تهران: آبیژ.
- فولادی، نسرين، حضرتی، صادق، شعبانی، مسعود و نژاددادگر، نازیلا (۱۳۹۶). بررسی سواد سلامت میانسالان شهرستان اردبیل. *فصلنامه سواد سلامت*، ۲(۱): ۴۴-۳۹.
- عزیزمحمدی، سوسن، وکیلی، محمد مسعود، موسوی نسب، نورالدین، کیانی، کامبیز و وزیری، کتابون (۱۳۸۰). میزان آگاهی، نگرش، و مهارت دانشجویان مرکز تربیت معلم زنجان در زمینه سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان*، ۳۴: ۱۹-۱۵.
- مبانی نظری تحول بنیادین در نظام تعلیم و تربیت رسمی عمومی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰). تهران: وزارت آموزش و پرورش.
- مطلق، محمد اسماعیل، چینیان، محمد، رفیعی‌فر، شهرام، دشتی، مرضیه، امینایی، طاهره، اردلان، گلایل و تسلیمی، مهناز (۱۳۹۰). *مدارس مروج سلامت در جمهوری اسلامی ایران* (ویژه مجریان). تهران: مضراب.
- Berman LM. (1988). Problematic Curriculum Development: Normative Inquiry in Curriculum. *Journal of Curriculum and Supervision*, 3(4): 271-295.
- Byrne, J., Shepherd, J., Dewhurst, S., Pickett, K., Speller, V., Roderick, P and Almond, P. (2015). Pre-service teacher training in health and well-being in England: the state of the nation. *European Journal of Teacher Education*, 38(2): 217-233.

- Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide for Social Scientist*. New York: Routledge.
- Duncan, P. (2011). The importance of teachers and schools in health promotion. In J. Dillon, and M. Maguire (Eds.), *Becoming a Teacher* (4th edition). (pp. 1 - 12). Milton Keynes: Open University Press.
- Eisner, E. (1992). Educational Reform and the Ecology of Schooling. *Teachers College Record*, 4(93): 610-627.
- Eisner, E. (1994). *The educational imagination*. New York: Macmillan.
- Eisner, E. (2001). Concerns and aspirations for qualitative research in the new millennium. *Qualitative Research*, 1(2): 135-145.
- Fullan, M. (1991). *The New Meaning of Educational Change*. London: Cassell.
- Hennink, M., Hutter, I and Bailey, A. (2010). *Qualitative research methods*. California: Sage.
- Institute of Medicine (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies. Retrieved from <https://www.nap.edu/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion> Sep 2014.
- Jourdan, D. (2011). *Health education in schools: The challenge of teacher training*. France: Inpes.
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F. and Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion and education*, 15(3): 36-38.
- Minkinen J., Lindfors P., Kinnunen J., Finell E., Vainikainen M.P., Karvonen S. and et al. (2017). Health as a Predictor of Students' Academic Achievement: A 3-Level Longitudinal Study of Finnish Adolescents. *Journal of School Health*, 87(12): 902-910.
- Mogford, E., Gould, L. and Devoght, A. (2010). Teaching critical health literacy as a means to action on the social determinants of health. *Health promotion international*, 26(1): 4-13.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3): 257-267.
- Peterson, F. L., Cooper, R. J. and Laird, J. A. (2001). Enhancing Teacher Health Literacy in School Health Promotion :A Vision for the New Millennium. *Journal of school health*, 71(4): 138-144.
- 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.
- Rootman I. and Gordon-El-Bihbety D. (2008). A vision for a health literate Canada

- Ottawa: Canadian Public Health Association. Retrieved from www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf
- Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. California: Sage.
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S. and et al. (2010). Health-related behavior, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health education research*, 25(4): 542-551.
- Sidebotham M., Walters C., Chipperfield J. and Gamble J. (2017). Midwifery participatory curriculum development: Transformation through active partnership. *Nurse Education in Practice*, 25: 5-13.
- Tomlinson, C. A., Kaplan, S.N., Renzulli, J.S., Purcell, J., Leppien, J. and Burns, D. (2008). *The parallel curriculum: A design to develop high potential and challenge high-ability learners*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf> March 2014.
- Uys, L. and Gwele, N. (Eds.). (2005). *Curriculum development in nursing: Process and innovation*. New York: Routledge.
- Van den Akker, J. (2004). *Curriculum perspectives: An introduction*. In *Curriculum landscapes and trends* (pp. 1-10). Dordrecht: Springer.
- Vella, J. (2002). *Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults*. (2nd ed.) San Francisco: Jossey-Bass.
- Vella, J. (2016). *The Little Blue Book of Dialogue Education: The Essentials*. Unpublished Manuscript.
- WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. [WHO/HPR/HEP/95.1]. WHO, Geneva Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.htm> 1 Oct 2014.
- Zias, Robert (1976). *Curriculum: principles and foundations*. New York: Crowell

New Thoughts on Education
Faculty of Education and Psychology,
Al-Zahrā University

Vol.14, No.1
Spring 2018

Health Literacy and Teacher Education: The Voice of Teachers and Teacher Trainees

Fatemehzahra Ahmadi¹

PhD candidate in Curriculum Studies, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares
University, Tehran, Iran

Mahmoud Mehrmohammadi

Professor, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Ali Montazeri

Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research,
ACECR, Tehran, Iran

Jane Vella

Retired Adjunct Professor at the School of Public Health University of North
Carolina at Chapel Hill., NC USA

Abstract

This research aimed at identifying the learning needs of students of Farhangian University to help the policy makers and curriculum developers develop curricula relevant to their needs and promote their health literacy. A qualitative study focusing on normative inquiry was conducted in a teacher education center. The participants were 228 professional teachers and 25 teacher candidates who were studying in Farhangian University and were chosen using convenience sampling. An interview guide and a questionnaire with two open-ended questions were used to collect the data. Data were content analyzed, coded and categorized under emergent themes. The results revealed the following 6 themes for an effective health literacy curriculum identified by the participants: necessity for a health literacy curriculum, proposed competencies, the role of teacher educator, content, the method of evaluation as well as hopes and fears. According to the participants, there is an urgent need for developing a health literacy curriculum in teacher education since they have not experienced it in their primary and secondary school. They believed that an effective health literacy curriculum makes the learners responsible for their own and their future students' health. The participants called for educators who had the same gender and were role models for healthy behavior.

1. midwife79@gmail.com

received: 2017-01-20

accepted: 2018-02-19

DOI: 10.22051/jontoe.2018.13734.1648

A content which is practical and relevant to the real world was proposed by the majority of the participants.

Keywords:

Curriculum, Health literacy, Teacher Education, Normative Inquiry