Iranian Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

Exploring the Strengths, Challenges and Improvement Strategy for Health-Promoting Schools from School Health Experts: a Qualitative Study

Fatemeh Zarei[1], Leyla Ghahremani[2], Maryam Khazaee-Pool[3], Nastran Keshavarz Mohammadi[4]

1. Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Dept. of Health Education and Health Promotion, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Research Branch, Tehran, Iran
3. Dept. of Health Education and Promotion, School of Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4. Dept. of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Information

Article History:
Received: 2016/09/12
Accepted: 2017/09/26
Available online: 2017/11/01

IJHEHP 2017; 5(3):240-250

DOI:
10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240

Corresponding Author:
Nastran Keshavarz Mohammadi
Dept. of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 021-82884546
Email: n_keshavars@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Schools provide an important setting to promote health, especially in Iran with about 12 million children, moreover for school staff, families, and communities. The health-promoting schools approach has been implemented in Iranian schools. This qualitative study aimed to explore the perspectives of school health experts towards the strengths, challenges, and improvement strategy for health promoting schools.

Methods: In this qualitative study, data was collected using semi-structured interviews with 14 health schools, professionals and 3 school headmasters in seven provinces of Iran. We recruited interviewers through purposeful sampling. Thematic analysis was conducted to analyze the data by using MAXQDA ver 10.

Results: The results were categorized into eight themes. The main strength, perceived in "based on participatory program", "feedback-driven program", "training-driven program", "a systematic program". The main perceived weakness was "inefficient executive structural mechanism" and "inefficient property of the program "Improve the supporting infrastructure" and "Renew executive structures were suggested as a corrective mechanism from participants' view point.

Conclusion: The effectiveness of the health promoting school program, as well as all successful programs in health system requires revision and localization.

KeyWords: Health Promotion, Health-Promoting Schools, Qualitative Study

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Zarei F, Ghahremani L, Khazaee-Pool M, Keshavarz Mohammadi N. Exploring the Strengths, Challenges and Improvement Strategy for Health-Promoting Schools from School Health Experts: a Qualitative Study. Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5(3):240-250

Zarei, F., Ghahremani, L., Khazaee-Pool, M. & Keshavarz Mohammadi, N. (2017). Exploring the Strengths, Challenges and Improvement Strategy for Health-Promoting Schools from School Health Experts: a Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(3):240-250

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
پاییز ۱۳۹۶
2017;5(3): 240-250
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

تبیین نقاط قوت، چالش‌ها و سازوکارهای اصلاحی برنامهٔ مدارس مروج سلامت از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس: یک مطالعهٔ کیفی

فاطمه زارعی[۱]، لیلا قهرمانی[۲]، مریم خزائی پول[۳]، نسترن کشاورز محمدی[۴]

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکدهٔ علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ، دانشکدهٔ علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۴. گروه بهداشت عمومی، دانشکدهٔ بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۲
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۴
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۱۰

IJHEHP 2017; 5(3):240-250

نویسندهٔ مسئول:
نسترن کشاورز محمدی
گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکدهٔ بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۴۵۴۶
پست الکترونیک:
n_keshavars@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: مدرسه فراهم‌کنندهٔ بستری برای ارتقای سلامت حدود ۱۲میلیون دانش‌آموز ایرانی، کارکنان مدارس، والدین و محیط دربرگیرندهٔ آنها به‌عنوان یک کل مبتنی بر رویکرد مدارس مروج سلامت است. سلامت فرد در سنین مدرسه متأثر از تعامل با سایر دانش‌آموزان، اولیای مدرسه، شرایط کمی و کیفی محیط مدرسه و نظام آموزشی است؛ لذا مطالعهٔ حاضر با هدف تبیین نقاط قوت، چالش‌ها و راهبردهای اصلاحی این برنامه از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعهٔ کیفی، داده‌ها با استفاده از مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته از ۱۴تن از کارشناسان بهداشت مدارس از ۷ استان و ۳ تن از مدیران مدرسه که از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف جمع‌آوری شد، با روش تحلیل محتوای کیفی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۱۰ تحلیل شد.

یافته‌ها: در راستای پاسخگویی به ۳ سؤال اصلی مطالعه، یعنی دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان دربارهٔ نقاط قوت، چالش‌ها و راهکارهای اصلاحی برنامهٔ مدارس مروج سلامت، یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌های انفرادی با کارشناسان بهداشت مدارس و مدیران مدارس در این برنامه، در ۸ طبقهٔ «مشارکت‌محور بودن برنامه»، «بازخوردمحور بودن برنامه»، «آموزش‌محور بودن برنامه»، «جامع بودن برنامه»، «سازوکار ساختاری ـ اجرایی ناکارآمد»، «ماهیت ناکارآمد برنامه»، «بهبود زیرساخت‌های حمایت‌کننده» و «بازنگری ساختار اجرایی برنامه» دسته‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: اثربخشی برنامهٔ مدارس مروج سلامت همانند همهٔ برنامه‌های موفق در سیستم بهداشتی مستلزم بازنگری و بومی‌سازی است.

کلمات کلیدی: ارتقای سلامت، مدارس مروج سلامت، مطالعهٔ کیفی

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران محفوظ است.

مقدمه

مروری بر تاریخچهٔ علم بهداشت نشان می‌دهد که در نیم‌قرن اخیر تغییرات تکاملی مهمی اتفاق افتاده است که در نهایت سبب پیدایش رویکردهای جامع‌تر و کل‌نگرتری در خصوص ارتقای سلامت در مکان‌ها شده است (۱). سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۶)، در منشور ارتقای سلامت اتاوا با تأکید بر مثبت بودن مفهوم سلامت، اعلام کرده است که افراد سلامت را در محیط زندگی روزمره و در هر مکانی خلق می‌کنند که افراد در حال یادگیری، اشتغال، تفریح و زندگی هستند. ازاین‌رو، رویکرد محیطی منجر به ایجاد محیط‌های حامی سلامت، همچون شهر ارتقادهندهٔ سلامت (HPC)، بیمارستان ارتقادهندهٔ سلامت (HPH)، محیط‌های بازی ارتقادهندهٔ سلامت (HPP)، محیط کار ارتقادهندهٔ سلامت (HPW) ، مدارس ارتقادهندهٔ سلامت (HPS) شد تا از این طریق سلامت افراد در مکان‌هایی تقویت شود که بیشتر اوقات را در آن به‌سر می‌برند (۲).

سلامت فرد در سنین دوران مدرسه متأثر از عوامل متعدد فردی، بین‌فردی و محیطی از جمله تعامل با سایر دانش‌آموزان، اولیای مدرسه، شرایط کمی و کیفی مدرسه، قوانین، خدمات بهداشتی و تغذیه‌ای و آموزش دریافتی است که در شکل‌گیری سبک زندگی دانش‌آموز مؤثر است (۳). ازاین‌رو، مدرسه نهادی است که ارتقای سلامت آن مستلزم رویکردی کل‌نگر در سه حوزهٔ

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

یادگیری درکلاس، جوّ کلی مدرسه و ارتباط نزدیک بین خانه، مدرسه و جامعه است (۴،۵). مدرسه نهادی است که کارکردی آموزشی ـ یادگیری دارد؛ لذا در نظر گرفتن مفهوم سلامت همهٔ ارکان این نهاد از جمله دانش‌آموز، اولیای مدرسه، محیط فیزیکی و اجتماعی مدرسه، بسیار مهم است (۶).

رویکردهای متعددی نسبت به ارتقای سلامت در مدرسه آشکار شده‌اند. این روند از رویکرد سنتی (۱۹۵۰) به بهداشت مدارس که «مدرسه را به‌عنوان بستری مناسب برای مداخله در نظر می‌گیرد» آغاز شده و با رویکرد آموزشی به مدرسه (۱۹۷۰)، «مدرسه به‌عنوان محیط آموزشی» و رویکرد اجتماعی به مدرسه (۱۹۸۰)، «مدرسه به‌عنوان یک سازمان اجتماعی» (۱۹۸۰)، گسترش یافته و با رویکرد ارتقای سلامت (۱۹۹۶)، «مدرسه ارتقادهندهٔ سلامت» ادامه یافته است. اخیراً مدرسه به‌عنوان یک سیستم اجتماعی پیچیده مطرح می‌شود (۷).

در سال ۱۹۹۵ سازمان جهانی بهداشت طرح جامع بهداشت مدارس را با هدف ارائهٔ چشم‌اندازی برای توسعهٔ تلاش‌های جامع مدرسه‌محور به‌منظور بهبود سلامت راه‌اندازی کرد. برنامهٔ مدرسهٔ مروج سلامت یک حرکت جهانی است که منشأ آن ابتکار «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ است. این برنامه در سال ۱۹۹۰ با برنامهٔ «آموزش برای همه» یونسکو پیوند خورد؛ ازاین‌رو، سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱)، در تعاملی چندجانبه با دست‌اندرکاران بین‌المللی ذینفع، برنامهٔ مراقبت مدرسه‌محور را آغاز کرد.

براساس رویکرد مدارس ارتقادهندهٔ سلامت، مدرسهٔ مروج سلامت تلاش می‌کند تا به‌طور مداوم به تقویت ظرفیت خود به‌عنوان یک محیط سالم برای زندگی، یادگیری و کار بپردازد. رسیدن به این هدف، مستلزم درگیرشدن مقامات بهداشتی و آموزش‌وپرورش، معلمان، دانش‌آموزان، والدین و رهبران جامعه با هدف ترویج سلامت است (۸).

در دسامبر ۲۰۰۵ نشست مشورتی دربارهٔ مدارس مروج سلامت در منطقهٔ مدیترانهٔ شرقی (EMRO) برگزار شد (۹). مدارس مروج سلامت در همهٔ کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت ـ منطقهٔ مدیترانه شرقی به‌جز افغانستان ـ در حال اجرا است. این رویکرد در ایران از سال ۱۳۸۹ با نظارت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی توافق‌نامه‌ای بین دو وزارتخانهٔ بهداشت و آموزش‌وپرورش، در برنامه‌ای با عنوان طرح «مدارس مروج سلامت» شروع به‌کار کرد. در آغاز، برنامه به‌صورت پایلوت و به‌منزلهٔ یک نظام ارتقای سلامت با مشارکت فعالانهٔ اولیا، مربیان و دانش‌آموزان و با رویکرد توانمندسازی و آموزش هم‌سانان و هم‌سالان، منجر به افزایش ظرفیت دانش‌آموزان در زمینهٔ مراقبت از خود، فرهنگ خودمراقبتی، توانمندسازی مردم دربارهٔ سالم زندگی کردن، سالم‌کارکردن و آموزش باکیفیت اجرا شد.

برنامهٔ مدارس مروج سلامت در ایران سابقهٔ چندانی ندارد؛ لذا مطالعات و تجارب در این زمینه بسیار محدود است. اجرای این رویکرد در مدارس ایران در مراحل اولیه قرار دارد. ازاین‌رو، واکاوی تجارب متصدیان اجرایی این برنامه در حوزهٔ سلامت، به‌ویژه کارشناسان بهداشت مدارس، می‌تواند مستندی بر چالش‌ها و راهکارهای اصلاحی برنامه در سال‌های پیش رو باشد. ازاین‌رو، این مطالعه با هدف تبیین چالش‌ها و راهبردهای اصلاحی برنامهٔ مدارس مروج سلامت از دیدگاه کارشناسان آموزش سلامت استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵ – ۱۳۹۴ طراحی و اجرا شد. امید است، نتایج حاصل از پژوهش اخیر گامی مثبت برای گسترش برنامه‌های سلامت‌محور در محیط مدرسه باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی است که در نیمهٔ دوم سال ۱۳۹۴ به روش انجام مصاحبهٔ نیمه‌ساختارمند انجام شد. درمجموع ۱۴ تن از کارشناسان آموزش سلامت و ۳ تن از مدیران مدرسهٔ استان‌های مختلف اعم از زنجان، قم، هرمزگان، آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی، خراسان رضوی و یزد مشارکت داشتند. نحوهٔ دسترسی به این گروه از مشارکت‌کنندگان از طریق کارشناسان بهداشت مدارس شاغل در مراکز بهداشتی درمانی بود. برای جمع‌آوری نمونه‌های مطالعه، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Goal oriented) براساس طبقات مختلف سنی، جنسی و اجتماعی ـ اقتصادی استفاده شد (۱۰). در این روش افراد براساس علاقه یا وابستگی‌شان به گروه‌های خاص انتخاب می‌شوند. شیوهٔ جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته بود. مصاحبه‌ها توسط کارشناسان بهداشت مدارس شاغل در هریک از مراکز ذکرشده تا زمان رسیدن به اشباع (Saturation) ادامه داشت. مدت‌زمان هر مصاحبه به‌طور متوسط ۲۵ تا ۳۰ دقیقه طول کشید. مصاحبه‌ها در محل اشتغال کارشناسان و مدیران مدارس صورت گرفت. تحلیل داده‌های کیفی به روش تحلیل چارچوب (Framework analysis) انجام شد (۱۰). پس از مصاحبه، متن مصاحبه‌ها به‌طور دقیق پیاده شد و همزمان تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، استخراج و طبقه‌بندی کدها انجام گرفت. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل کیفی با استفاده از رویکرد قراردادی استفاده شد (۱۱).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

متن هر مصاحبه در کمتر از ۲۴ ساعت روی کاغذ پیاده شد. در این نوع تحلیل ابتدا پژوهشگران بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوعات کلیدی را مشخص و براساس آن یک چارچوب موضوعی ترسیم کردند. در مرحلهٔ بعد، تمام متن‌های مصاحبه براساس چارچوب موضوعی به‌دست‌آمده، بازبینی و حاشیه‌نویسی شدند و براساس یک منبع موضوعی مناسب طبقه‌بندی شدند. در ادامه، مفاهیم، موارد مشابه و متفاوت با هم مقایسه و الگوها و روابط مدنظر از نتایج استنتاج شدند. هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها فرآیند کدگذاری نیز صورت گرفت. مفاهیم اصلی در قالب کدهای اولیه تعیین شد و در مرحلهٔ بعد کدهای با مفاهیم مشابه کنار هم قرار گرفته و طبقات فرعی تشکیل شدند. به‌منظور مدیریت بهتر داده‌ها، از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۱۰ استفاده شد. پژوهشگران با جستجوی منظم و دقیق و همچنین با طرح سؤالات هدفمند در راستای موضوع و پدیدهٔ تحقیق، درجهٔ صحت و استحکام داده‌ها را براساس معیارهای هم‌سانی، مقبولیت و انتقال‌پذیری تعیین کردند. از طرفی، برای برآورد تأییدپذیری داده‌ها از روش بازنگری ناظرین استفاده شد (۱۲).

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تحلیل مصاحبه‌های انفرادی با مشارکت‌کنندگان شامل کارشناسان بهداشت مدارس درگیر در برنامهٔ مدارس مروج سلامت و مدیران مدارس، در راستای پاسخگویی به ۳ سؤال اصلی مطالعه یعنی دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان دربارهٔ نقاط قوت، چالش‌ها و راهکارهای اصلاحی برنامهٔ مدارس مروج سلامت، در قالب ۸ طبقه، ۲۷ زیرطبقه و ۸۹ کد، دسته‌بندی شد. جداول ۳-۱ زیر، تجارب مشارکت‌کنندگان را به‌تفصیل نشان می‌دهد.

نقاط قوت درک‌شدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت

در پاسخ به سؤال نقاط قوت برنامهٔ مدارس مروج سلامت، تعداد کمی از مشارکت‌کنندگان، هرگونه نقطه‌قوتی در این برنامه را نفی کردند. سایرین، برنامهٔ مدارس مروج سلامت را دارای مزایای بسیار زیاد و انکارناپذیر دانستند. به‌طوری که اغلب مشارکت‌کنندگان مهم‌ترین مزایای برنامهٔ مدارس مروج سلامت را «مشارکت محوری» و «بازخورد محوری»، «آموزش محوری» و «ماهیت سامانه‌ای» (Systemic) این برنامه می‌دانستند (جدول شمارهٔ ۱). در پاراگراف بعدی، توضیحات تکمیلی ارائه می‌شود.

الف: مشارکت‌محور بودن برنامه

برخی از شرکت‌کنندگان بیان کردند که "تعامل درون‌بخشی" و "تعامل برون‌بخشی" که از الزامات برنامه بود جزو نقاط‌قوت برنامه به‌شمار می‌رفت؛ چون الزام و بستر مناسبی برای مشارکت ذیربطان فراهم می‌کرد. آنها توضیح دادند که در راستای اجرای این برنامه، مشارکت بین‌بخشی کارکنان بهداشت مدارس با سایر بخش‌های مراکز بهداشتی در سطح تعامل درون‌بخشی اجتناب‌ناپذیر است. به‌علاوه، اجرای برنامهٔ مدارس مروج سلامت در سطح برون‌بخشی نیز مستلزم تعامل کارکنان سیستم بهداشتی درمانی، با منابع انسانی سازمان آموزش‌وپرورش در سطح کلان و اولیای مدارس در سطح خرد است.

«... یکی از خوبی‌های این برنامه، چون من خودم درگیرش بودم، این بود که اولیای مدرسه با والدین یا واحدهای سیستم بهداشتی با مدرسه را ارتباط می‌داد... اصلاً بدون همکاری دو سازمان منظورم آموزش‌وپرورش با بهداشت، برنامه اجرا نمی‌شد... به خاطر همین همکاری‌هایی شکل می‌گرفت که خیلی مفید بود...» (کارشناس بهداشت مدارس آذربایجان غربی، مرد با ۱۲ سال سابقه).

ب: بازخوردمحور بودن برنامه

تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد ساختار انگیزشی و ارزیابانهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت یکی دیگر از نقاط قوت درک‌شده‌ای است که این برنامه را از نمونه‌های مشابه جدا می‌کند. آنها معتقد بودند وجود چک‌لیست ارزشیابی ارکان هشت‌گانه در برنامهٔ HPS نه‌فقط امکان پایش و اطلاع از وضعیت موجود روند اجرای برنامه را آشکار می‌کند، بلکه زمینهٔ سیستم انگیزشی برای افراد درگیر در اجرای برنامه را فراهم می‌آورد.

«... من فکر می‌کنم این‌که معلوم میشه کدوم کارمند فعال هست و کدوم مدرسه خوب تونسته امتیاز بگیره، همهٔ اینها برای اینه که این برنامه چک‌لیست ارزشیابی داره؛ که البته اگه همهٔ شاخص‌ها به‌دقت انجام بشه می‌تونه برنامهٔ موفق و اثربخشی باشه...» (کارشناس بهداشت مدارس استان قم، زن با ۱۲ سال سابقه). در تأیید این روایت، کارشناس بهداشت مدارس استان زنجان با ۱۰ سال سابقه معتقد بود: *«اگر یه مدرسه بخواد الگو بشه و ستاره بگیره باید ارزشیابی بشه؛ لذا این امکان برای این برنامه دیده‌شده ...»*.

ج: آموزش‌محور بودن برنامه

از نظر کارشناسان درگیر در روند اجرای برنامهٔ مدارس مروج سلامت، تمرکز بر آموزش سلامت و فعالیت‌های آموزشی و یادگیری در راستای تقویت فرایند شناختی (افزایش دانش، تغییر نگرش) نقطه‌قوت این برنامه است. آنان از ۳ منظر ماهیت آموزشی این برنامه را پررنگ می‌دیدند. یکی اینکه آنها معتقد بودند این برنامه باعث افزایش آگاهی و اطلاعات بهداشتی دانش‌آموزان، معلمان و حتی مدیران مدارس می‌شود. دیگر اینکه، محتوای آموزشی کاربردی و لازمی چون «آموزش مهارت‌های زندگی» در

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

این برنامه دیده شده است و همچنین به‌کار گرفتن روش‌های نوین آموزشی مثل «آموزش هم‌سالان» در ارائهٔ مطالب آموزشی باعث شده تا آموزش‌محور بودن برنامهٔ مروج سلامت یک نقطه‌قوت درک شود.

«... اینکه تو این برنامه، باید به دانش‌آموزان مهارت‌های زندگی که خیلی مهمه آموزش داده بشه و از همه مهم‌تر اینکه بچه‌ها می‌تونن از همکلاسی‌هاشون خیلی چیزها یادبگیرن همین آموزش همسالان منظوره... اینا یعنی مدارس مروج سلامت، برنامهٔ خوبی می‌تونه باشه...» (کارشناس بهداشت مدارس آذربایجان شرقی، زن، ۵ سال سابقه).

د: جامع‌بودن برنامه

کارشناسان بهداشت مدارس مشارکت‌کننده در این مطالعه معتقد بودند، برنامهٔ مدارس مروج سلامت با هدف پرهیز از دوباره‌کاری و موازی‌کاری تدوین‌شده است. به‌طوری که این برنامه قرار است در راستای مشارکت بین دو نهاد مدرسه و سیستم بهداشتی ارتقای سلامت دانش‌آموز، والدین و اولیای مدرسه با انجام اقدامات پیشگیرانه و غربال‌گری و معاینات دوره‌ای محقق شود. از این‌رو، برنامهٔ مدارس مروج سلامت را یک برنامهٔ جامع می‌دانستند.

«... این برنامه تونسته یه انسجامی به فعالیت‌های بهداشتی مدارس بده. البته کارشناس بهداشت مدارس معاینات رو باید انجام بده...» (کارشناس بهداشت مدارس، استان آذربایجان شرقی، زن باسابقه ۱۰ ساله). *«... برامون دورهٔ آموزشی گذاشتن فهمیدم این برنامه می‌تونه خیلی از اشکالات موجود مثل چندباره کاری تو سیستم بهداشتی رو رفع کنه ... یک بار بهداشت خانواده می‌رفت معاینات دوره‌ای دانش‌آموزان رو انجام می‌داد یک بار واحد بهداشت مدارس می‌رفت...»* (کارشناس بهداشت مدارس مشهد، مرد با ۱۰ سال سابقه).

چالش‌های درک شدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت

مشارکت‌کنندگان، در پاسخ به سؤال چالش‌های درک‌شدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت، معتقد بودند برنامهٔ مدارس مروج سلامت علاوه بر دارا بودن نقاط‌قوت، در برخی موارد قابل نقد است. ازاین‌رو، اغلب مشارکت‌کنندگان مهم‌ترین چالش‌های درک‌شده در پی تجاربشان را سازوکار ساختاری ـ اجرایی برنامه و ماهیت برنامه می‌دانستند (جدول شماره ۲).

ضعف سازوکارهای ساختاری ـ اجرایی برنامه

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند، برنامهٔ مدارس مروج سلامت از ابعاد مختلف قابل نقد است؛ به‌گونه‌ای که برخی محدودیت و نواقص در سازوکارهای اعتباری ـ مالی، سیاست‌گذاری، محیطی و مدیریتی را مهم‌ترین زمینه‌های چالش برنامهٔ مدارس مروج سلامت می‌دانستند. تجارب مشارکت‌کنندگان نشان می‌داد، مهم‌ترین دغدغهٔ هر دو نهاد مدرسه و بهداشت، تکمیل فرایند اجرا و مستندسازی است و نبود سیستم نظارتی مستمر و توانمند بر هر دو حوزهٔ معیارهای آموزشی ـ بهداشتی این نگرانی را تقویت می‌کند. این در حالی است که سیستم نظارتی پایا مستلزم حمایت مالی و تربیت نیروی انسانی آگاه است.

«تا نیروی ما دورهٔ کارگاه رو می‌گذرونه و چیزایی یاد می‌گیره سال بعد نیرو عوض می‌شه و نیروی جدید اورینت (آگاه) نیست. این تعویض سالانهٔ نیرو به برنامه لطمه میزنه...» (کارشناس بهداشت مدارس استان مشهد، زن، باسابقه ۶ ساله). در تأیید نظر این کارشناس: *«... یک چند بار برای ما کارگاه گذاشتن خب ما یاد گرفتیم ولی وقتی میریم تو مدرسه می‌بینیم محیط آمادگی لازم رو نداره مجبور میشیم چک‌لیست پر بشه چون از ما می‌خوان ... باید ثبت بشه و داکیومنت (مستند) بشه...»* (کارشناس بهداشت مدارس استان یزد، مرد با ۷ سال سابقه).

ضعف در سیستم نگرشی ـ انگیزشی مدیران

براساس تجارب کارشناسان بهداشت مدارس، بی‌تفاوت بودن مدیران برخی از مدارس نسبت به اجرای برنامهٔ مدارس مروج سلامت، یکی دیگر از چالش‌های این برنامه بود. تا جایی‌که آنها معتقدند ناآگاهی نسبت به اهمیت این برنامه، ضعف در اجرا و سیستم انگیزشی برای مشارکت و تمکین به اجرای برنامه، مهم‌ترین دلایل اولویت ندادن به برنامهٔ مدارس مروج سلامت‌اند.

«...این برنامه خوبه... ولی برای دانش‌آموزان مدرسهٔ من دستیابی به اهداف آموزشی اولویت داره... من وقتی می‌بینم دانش‌آموزان من امسال امتحان نهایی دارند و از سازمان به ما فشار میارن، ترجیح اینه که اول به مطالب درسی پرداخته بشه... مهارت‌های زندگی توی کتاب‌هاش هست. دانش‌آموز می‌تونه خودش مطالعه کنه ... شاید نیاز به کلاس نباشه...» (مدیر مدرسه، مرد، آذربایجان غربی).

ضعف ماهیت برنامه

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند ماهیت محتوایی برنامهٔ مدارس مروج سلامت به‌دلایل متعددی چالش‌پذیر است. تجارب کارشناسان بهداشت مدارس نشان داد برخلاف ماهیت جامع برنامه، به‌نظر می‌رسد شاخص‌های طراحی‌شده با برخی از معیارها هم‌خوانی ندارد و این ناهمخوانی، خود مانعی برای اجرا فراهم می‌کند. به‌طوری که مشارکت‌کنندگان معتقدند مبهم بودن، کلی‌گویی و فردگرایی شاخص‌های تدوین‌شده در چک‌لیست‌های برنامه، زمینه را برای برداشت‌های ناهمسان از ماهیت برنامه در هر دو نهاد مدرسه و سیستم بهداشت فراهم می‌کند.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

«...چک‌لیست از بس زیاد هست پر کردنش با این‌همه حجم کار و فرصت کم منطقی نیست. ضمن اینکه خیلی گویا نیست. با این‌که کارگاه گذاشته‌شده اما بازهم هر کارشناسی برداشت خودش رو داره خیلی وقتا ...» (کارشناس بهداشت مدارس بندرعباس زن با ۷ سال سابقه). در تأیید این روایت: *«...وجود چک‌لیست‌های ممیزی داخلی و خارجی باعث نمی‌شه کار به‌طور کیفی و در راستای ارتقای سلامت باشه. به‌خصوص در مدارسی که نیروی بهداشتی نیست چک‌لیست ممیزی داخلی رو مدیر می‌ده یکی از معلم‌ها پر می‌کنه و در مورد فعالیت‌هایی که اصلاً انجام ندادن و امتیاز گرفتن مستندسازی می‌کنند...».* (کارشناس بهداشت مدارس استان آذربایجان غربی، زن، با ۱۰ سال سابقه).

راهکارهای اصلاحی پیشنهادشدهٔ بهبود برنامهٔ مدارس مروج سلامت

مشارکت‌کنندگان در پاسخ به سؤال راهکارهای اصلاحی پیشنهادی برای بهبود برنامهٔ مدارس مروج سلامت، معتقد بودند برنامهٔ مدارس مروج سلامت علی‌رغم نقاط قوت و چالش‌های کنونی به‌طور بالقوه برنامه‌ای اثربخش خواهد بود به شرطی که در دو حیطهٔ «زیرساخت‌های حمایت‌کننده» و «ساختار اجرایی برنامه» بازنگری شود. سازوکارهای اصلاحی پیشنهادشده برگرفته از تجارب کارشناسان بهداشت مدارس مشارکت‌کننده در این مطالعه در جدول زیر آمده است (جدول شمارهٔ ۳).

تقویت زیرساخت‌های حمایت‌کننده

کارشناسان بهداشت مدارس مشارکت‌کننده در این مطالعه، افزون بر تجارب خود، تقویت بستر حمایتی در ابعاد متعدد مالی ـ اعتباری، فرهنگی ـ آموزشی، محیط فیزیکی و تجهیزات فناورانه و نیروی انسانی و همچنین دستورالعمل‌ها را ضروری می‌دانستند. به‌طوری که بسیاری از آنها معتقد بودند قدرت اجرایی یک برنامه در گرو یک بستر حمایت‌کننده است.

«... خیلی از مدارس ما از نظر فیزیکی نیاز به بازسازی دارند تا از شاخص‌های این چک‌لیست‌ها نمره بگیرند ... از طرفی، توجیه شدن مدیران مدارس به اهمیت این برنامه خیلی مهمه که باید آموزش داده بشه به ایشان...» در تأیید این روایت: *«...یک سری کارشناس که فقط در این زمینه دوره ببینن بهتره تربیت بشه تا روی این برنامه فوکوس (تمرکز) بشن این‌طور خیلی اثربخشی برنامه بالاتر می‌ره تا هرسال نیروی جدید...»* (کارشناس بهداشت مدارس استان آذربایجان شرقی، مرد ۱۰ سال سابقه). همچنین راهکار دیگری که یکی از کارشناسان در خصوص تقویت همکاری مدیران مدارس بیان می‌کند: *«...حساس کردن مدیران به برنامه و درگیر کردن اونها به برنامه می‌تونه یه راهکار برای حل مشکلات برنامه باشه...»* (کارشناس بهداشت مدارس، مشهد، مرد با ۸ سال سابقه).

بازنگری در ساختار اجرایی برنامه

تجارب کارشناس بهداشت مدارس نشان داد، بازنگری در روند اجرای برنامه با تمرکز بر بهبود سیستم انگیزشی و پایش برنامه، می‌تواند اثربخشی برنامهٔ مدارس مروج سلامت را بهبود دهد. این در حالی است که مهم‌ترین دغدغهٔ مدیران مدارس انتخاب‌شده برای اجرای برنامهٔ مدارس مروج سلامت، کم‌توجهی به سازوکارهای انگیزشی در تمکین به ادامهٔ برنامه به‌دلیل درک ناکارآمدی این برنامه بیان شده است.

«... هر برنامه‌ای خب برای بهتر شدن نیاز به بازنگری داره تا اشکالات و ایرادات اون برطرف بشه تا اثربخش بشه... من برحسب تجربهٔ این چند سال خودم و همکاران می‌بینم اگه به‌جای اینکه این برنامه اجبار بشه که همهٔ مدارس انجام بدن یک سری مدارسی رو که واجد شرایطن منظورم محیط مدرسه نیروی متخصص دوره‌دیده... و اشتیاق خود مدیران باشه مطمئناً تأثیر بیشتری داره و پایدارتره...» (کارشناس بهداشت مدرس استان یزد، زن ۷ سال سابقه).

جدول شمارهٔ ۱. نقاط قوت درک‌شدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس

طبقه	زیرطبقه	کدها
مشارکت محور	تعامل درون‌بخشی تعامل برون‌بخشی	ارتباط بین اولیای مدرسه و والدین ارتباط واحدهای سیستم بهداشتی با مدرسه ارتباط سازمان آموزش‌وپرورش با سیستم بهداشتی
بازخورد محور	ارزیابی ساختارمند ساختار انگیزشی	چک‌لیست ارزیابی معلوم امکان پایش و نظارت مستمر آگاهی از وضعیت موجود الگوسازی مدرسهٔ مروج سلامت

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

		دریافت اضافه‌کاری کارکنان مدارس و سیستم بهداشتی ستاره‌دار شدن مدرسه کسب امتیاز برای مدرسه
آموزش محور	تقویت فرایندشناختی (افزایش دانش، تغییر نگرش)	آموزش هم‌سالان آموزش مهارت‌های زندگی
ماهیت سامانه‌ای	یکپارچه‌سازی اقدام جامعیت موضوع و منابع	پیشگیری از موازی کاری آموزش‌وپرورش و سیستم بهداشت سلامت دانش‌آموز (غربالگری، معاینات دوره‌ای، آموزش بهداشت) توجه به بهداشت محیط، بوفهٔ مدرسه توجه به سلامت اولیای مدرسه توجه به سلامت اولیای دانش‌آموزان

جدول شمارهٔ ۲. چالش‌های درک‌شدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس

طبقه	زیرطبقه	کدها
سازوکارهای ساختاری ـ اجرایی برنامه	زیرساخت نامناسب محدودیت مالی ـ اعتباری ضعف در اجرا و پیگیری نقص در حمایت‌های بین سازمانی	تعویض سالانهٔ نیروها استفاده نکردن از نیروی آموزش‌دیده کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده نامرتبط بودن مربیان بهداشت مدارس ازنظر دانش حرفه‌ای محدودیت فناوری‌های نوین و رسانه‌ای در مدارس موازی‌کاری برنامهٔ HPS با سایر برنامه‌های بهداشت مدارس برگزاری نامنظم جلسات نامنظم دغدغهٔ مستندسازی و تأکید بر پرکردن چک‌لیست‌ها اجرای کلیشه‌ای برنامه معاینه نکردن کارکنان معاینات ناقص دغدغهٔ پرکردن صرف چک‌لیست‌ها نبودِ مجری توانمندی برای اجرا و پی‌جویی برنامه کمبود تخصیص اعتبار مالی دو وزارتخانه (آموزش‌وپرورش و بهداشت) به این برنامه مشارکت نداشتن وزارت بهداشت در انتخاب مدرسهٔ مروج سلامت
	ضعف در سیستم نگرشی - انگیزشی مدیران	اختصاص اولویت کمتر به برنامهٔ HPS نسبت به سایر برنامه‌ها از جانب مدیران مدارس ضروری ندانستن برنامه از سوی مدیران مدارس مقاومت مدیران مدارس در برابر تغییر ساختاری واگرایی نگرشی نسبت به برنامه در دو وزارتخانه ناآگاهی نسبت به دستورالعمل‌های آموزش‌وپرورش بی‌انگیزگی مدیران مدارس در نظر نگرفتن تسهیلات ارزشی برای مدیران فعال
ماهیت برنامه	هم‌پوشانی نامناسب انسجام ناکافی برنامهٔ محتوای نامناسب آموزشی شاخص‌های نامناسب عملیاتی نبودن	مغایرت چک‌لیست برنامه با معیارهای آموزش‌وپرورش هم‌خوان نبودن محتوای برنامه با اولویت‌های آموزش‌وپرورش تأکید بر دانش‌اندوزی به‌جای مهارت‌آموزی طولانی بودن سؤالات چک‌لیست کلی و مبهم بودن شاخص‌ها ناکافی بودن شاخص‌ها تأکید بر شاخص‌های فردی به‌جای اجتماعی- فرهنگی نامناسب بودن شاخص‌ها با شرایط مدارس کمیت بیشتر به‌جای کیفیت شاخص‌ها

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

جدول شمارهٔ ۳. راهکارهای اصلاحی پیشنهادشدهٔ بهبود برنامهٔ مدارس مروج سلامت از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس

طبقه	زیرطبقهٔ	کد
تقویت زیرساخت‌های حمایت‌کننده	محیط فیزیکی حمایت‌کننده	نوسازی، تعمیر و بازسازی بافت فرسودهٔ مدارس اختصاص فضایی برای مراقبت‌های بهداشتی در مدارس اختصاص فضای مناسب برای بوفهٔ مدرسه ایجاد و تقویت زیرساخت لجستیکی مدارس
	تأمین نیروی انسانی کافی و دوره‌دیده تقویت حمایت‌های اعتباری ـ مالی	به‌کارگیری نیروی متخصص و دوره‌دیدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت تربیت پزشک ویژه‌برنامهٔ مدارس مروج سلامت تربیت نیروی ویژه‌برنامهٔ مدارس مروج سلامت وجود یک مربی بهداشت دوره‌دیده در هر مدرسه وجود یک مربی بهداشت روان دوره‌دیده در هر مدرسه تربیت نیروی دوره‌دیده برای این برنامه برگزاری دوره‌های آموزشی منظم و مداوم آموزش ذی‌نفعان تخصیص اعتبار و بودجه از جانب هر دو وزارتخانه
	بهبود سیاست‌های ابلاغی	ابلاغ اجرای برنامه از سوی وزارت آموزش‌وپرورش به کلیهٔ مدارس و سازمان‌های ذی‌ربط. درنظرگرفتن ساعت آموزش سلامت در برنامهٔ درسی مدارس حساس‌سازی مدیران و سیاست‌گذاران در هر دو وزارتخانه و سازمان‌های ذی‌ربط
	تقویت همکاری‌های بین بخشی فرهنگ‌سازی آموزشی	همکاری وزارت بهداشت در کنار وزارت آموزش‌وپرورش به‌عنوان ابلاغ‌کنندهٔ اصلی برنامهٔ توافق همکاری بین دو سازمان آموزش‌وپرورش و وزارت بهداشت توافق همکاری هر دو وزارتخانه با شهرداری منطقه توافق همکاری هر دو وزارتخانه با رسانهٔ محلی آگاه‌ساختن والدین نسبت به اهمیت برنامه آگاه‌ساختن دانش‌آموزان برای اهمیت برنامه آگاه‌ساختن کارکنان هر دو وزارتخانه نسبت به اهمیت برنامه
بازنگری در ساختار اجرایی برنامه	داوطلبانه‌ساختن ماهیت برنامهٔ تقویت ماهیت انگیزشی برنامهٔ تقویت ماهیت کارکردی برنامه	پرهیز از اجباری‌سازی و داوطلبانه‌ساختن مدارس اجرای برنامه تشویق لازم و شایسته از نیروهای درگیر ایجاد انگیزه در مدیران لحاظ کردن امتیاز در ارزشیابی عملکرد مدیران قدردانی از راه‌حل‌های پیشنهادی اولیای مدارس در اجرای برنامه قدردانی از راه‌حل‌های پیشنهادی اولیای دانش‌آموزان در اجرای برنامه قدردانی از راه‌حل‌های پیشنهادی کارکنان بهداشتی در اجرای برنامه اعطای تسهیلات و امکانات بیشتر به مدارس مروج سلامت اعطای تسهیلات به مدیران، کارکنان و دانش‌آموزان فعال عملیاتی‌ساختن ارکان برنامه پرهیز از مستندسازی صرف پایش مستندات و چک‌لیست‌های تکمیل‌شده
	تقویت برنامهٔ بازخوردمحور	نظارت و بازرسی جدی‌تر استانی ـ وزارتخانه‌ای پیگیری و نظارت دقیق، مستمر و کارشناسانه تا رفع کامل نواقص نظارت مبتنی بر سیستم ارجاع دریافت پیشنهادها و دیدگاه‌های دانش‌آموزان دریافت پیشنهادها و دیدگاه‌های اولیای دانش‌آموزان دریافت پیشنهادها و دیدگاه‌های اولیای مدرسه دریافت پیشنهادها و دیدگاه‌های کارکنان اجرایی برنامه

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

بحث

یافته‌های این مطالعه دیدگاه‌ها و پیشنهادها و تجارب کارشناسان بهداشت مدارس ۷ استان را با هدف تبیین نقاط قوت، چالش‌ها و راهکار اصلاحی درک‌شده از برنامهٔ مدارس مروج سلامت نشان می‌دهد.

برنامهٔ مدارس مروج سلامت مبتنی بر یافته‌های حاصل از تجارب مشارکت‌کنندگان این مطالعه در یک قالب مثلث‌گونه از سه منظر نقاط قوت، چالش‌ها و سازوکارهای اصلاحی تحلیل کردنی است. یک ضلع این مثلث به نقاط قوت درک‌شدهٔ برنامهٔ مدارس مروج سلامت می‌پردازد. از این منظر ماهیت اجرایی ـ ساختاری برنامه با هدف تقویت تعامل، دریافت بازخورد و پایش، تمرکز بر افزایش سواد بهداشتی و انسجام فعالیت‌های بهداشت مدارس مهم‌ترین نقاط قوت این برنامه است که تجربه شده است.

مطالعات متمرکز بر سلامت در مدارس مؤید این مطلب است که برنامهٔ مدارس مروج سلامت بستری مناسب برای ارائهٔ خدمات بهداشتی در کنار تقویت دانش و آگاهی است (۱۴, ۱۳). براساس تحلیل تجارب کارشناسان بهداشت مدارس، اگرچه اجرایی‌سازی ارکان برنامهٔ مدارس مروج سلامت با نظارت واحد بهداشت مدارس وزارت بهداشت، به‌وسیلهٔ کارشناسان بهداشت مدارس با هماهنگی سایر واحدها اعم از واحد بهداشت خانواده و محیط و گاهی پزشک صورت می‌گیرد، اما هیچ اقدامی بدون هماهنگی و تعامل بین‌بخشی با بخش مدیریت مدارس ممکن نخواهد بود. به‌عبارت‌دیگر، تحقق برنامهٔ مدارس مروج سلامت، تجلی مشارکت فعال و دوجانبه بین دو نهاد سلامت و تعلیم و تربیت با هدف پرهیز از موازی‌کاری و ایجاد یکپارچه‌سازی است. پرداخت همه‌جانبه به مفاهیم و شفافیت در نحوهٔ تکمیل چک‌لیست‌ها یکی دیگر از نقاط‌قوت این برنامه از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس بود؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد برخلاف اظهارات برخی از کارشناسان درگیر در روند اجرای این برنامه مبنی بر پیچیده بودن، نامفهوم و طولانی بودن سؤالات مندرج در چک‌لیست‌ها، این برنامه نیز همانند سایر برنامه‌های کلان‌محور دارای دستورالعمل جامعی است که در دو جلد، نحوهٔ اجرایی‌سازی برنامه را به‌طور مشخص توضیح داده است. به نظر می‌رسد، برداشت متفاوت از اجزای هر چک‌لیست می‌تواند به دلایلی اعم از توجیه ناکافی کارشناسان در کارگاه‌های بازآموزی، تغییر نیروهای سالانه و تخصیص ندادن زمان کافی به کاربردی‌کردن مفاهیم باشد. در تأیید یافته‌های این مطالعه، Leger (۱۹۹۹)، مدارس ارتقادهندهٔ سلامت را یک رویکرد چندجانبه و جامع معرفی کرده است (۱۵).

کارشناسان بهداشت مدارس، این برنامه را از دو منظر به چالش کشیدند. ساختار اجرایی و ماهیت برنامه، که دو سر دیگر از اضلاع مثلث تحلیل این برنامه را تشکیل می‌دهند. به‌طوری که علی‌رغم یکسان بودن بستر اجرای برنامه یعنی مدرسه، تفاوت در سبک مدیریت سازمانی، اولویت‌های معطوف به هدف و سیستم انگیزشی، مشارکت بین بخشی را با مشکل روبه‌رو می‌کند. به دیگر بیان، تفاوت در تجارب و دیدگاه بین کارکنان بهداشت مدارس در سطح اجرا و مدیران مدارس در بخش مدیریت، میزان اولویت اجرای برنامه را در دو بخش یکسان نمی‌کند. به‌عبارت‌دیگر، از دید مدیر مدرسه، هدف مستندسازی و تسریع در تکمیل چک‌لیست‌ها، به همان میزان اهمیت دارد که دقت در تکمیل و انجام معاینات از نظر کارشناس بهداشت مدارس. این دوگانگی در درک اولویتِ اجرای برنامه می‌تواند از ابعاد مختلف توضیح‌دادنی باشد؛ به‌طوری‌که از دیدگاه مدیران مدارس مستندسازی و کسب امتیاز انگیزهٔ معطوف به هدفی است که آن هدف شاید ارتقای سطح سلامت مدرسه نباشد. تأیید این ادعا تجربهٔ کارشناسان بهداشت مدارسی است که به تکمیل چک‌لیست‌ها توسط معلم مدرسه و نه یک کارشناس آموزش‌دیده اشاره می‌کند.

به نظر می‌رسد، ضعف در سیستم نظارتی در هر دو سیستم بهداشت و آموزش‌وپرورش، زمینهٔ تقویت روند کمکی اجرای برنامه نسبت به کیفیت آن‌را فراهم ساخته است. به‌طوری که براساس تجارب کارشناسان مشارکت‌کننده در این مطالعه، باوجود چک‌لیست‌های ممیزی داخلی و خارجی همچنان بر اجرای کلیشه‌ای این برنامه تأکید می‌شود؛ چراکه کسب امتیاز از فعالیتی که هرگز انجام نشده است یا اصلاً جود خارجی ندارد، شانس تبدیل‌شدن به مدرسهٔ ستاره‌دار و امتیازآورنده را فراهم می‌کند و این خود انگیزه‌ای معطوف به هدف است.

مهم‌ترین راهکارهای پیشنهادی برای اصلاح و بازنگری این برنامه از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس عبارتند از: تقویت بستر حمایت‌کننده برای اجرای برنامهٔ مدارس مروج سلامت دربرگیرندهٔ تخصص بودجهٔ مشخص؛ فرهنگ‌سازی آموزشی با هدف حساس‌ساختن مدیران مدارس و تقویت سیستم انگیزشی با هدف مشارکت مستمر؛ بازسازی و نوسازی محیط فیزیکی مدارس به لحاظ امکانات لجستیکی برای احراز معیارهای ورود به برنامهٔ مذکور؛ تربیت نیروی‌های دوره‌دیدهٔ ثابت و بازنگری محتوای برنامه از حیث دربرگرفتن شاخص‌های بومی هر منطقه.

در راستای تأیید سازوکارهای بهبود فضای فیزیکی محیط مدرسه، براساس مطالعاتِ Buijs (۲۰۰۹)، Clift و Jensen

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

(۲۰۰۲) و Booth و همکاران (۱۹۹۷) آنها محیط فیزیکی مدرسه را بُعد اساسی رویکرد ارتقادهندهٔ مدارس می‌دانند (۱۹-۱۷).

نتیجه‌گیری

تجارب کارشناس بهداشت مدارس نشان داد بازنگری در روند اجرایی و محتوای برنامهٔ متمرکز بر شاخص‌های بومی ـ منطقه‌ای و الگوهای مشابه، زمینه را برای اثربخشی آن فراهم می‌کند. به‌نظر می‌رسد داوطلبانه‌ساختن ورود به این برنامه و پرهیز از اجباری ساختن آن، خود سازوکاری پیش‌گیرانه از هرگونه کلیشه‌سازی و مستندسازی است.

تجارب کارشناسان بهداشت مدارس مشارکت‌کننده در این مطالعه، تأییدی است بر این مطالب که بسیاری از مدارس، علی‌رغم نداشتن شرایط کسب امتیاز و ستاره‌دار شدن، به هر تمهیدی برای کسب امتیاز و معرفی به‌عنوان مدرسهٔ مروج سلامت و دریافت بودجهٔ بیشتر متوصل می‌شوند. بدیهی است این برنامه نیز ورای هدف ارزشمند ارتقای سلامت مدارس، فقط بستر رقابتی برای کسب امتیاز فراهم می‌کند. این در حالی است که رویکرد مذکور با هدف غایی و تعریف مدرسهٔ مروج سلامت، که مدرسه را محیطی برای زندگی، یادگیری و تجربهٔ دانش‌آموز، اولیا و مربیان می‌داند، تضاد آشکاری دارد.

براساس رویکرد ساختارگرایانه و مفاهیم درک‌شده از برنامهٔ مدارس مروج سلامت، به نظر می‌رسد علی‌رغم تلاش‌های موجود در اجرایی‌سازی این برنامه، کاربردی بودن و اثربخشی آن مستلزم بازنگری اساسی در محتوا و فرایند اجرای آن است. از آنجا که، تاکنون در ایران مطالعه‌ای با هدف تحلیل ابعاد تأثیرگذار برنامهٔ مروج سلامت از دیدگاه کارشناسان بهداشت مدارس به‌عنوان مجریان اصلی این برنامه انجام نشده است، لذا نتایج این مطالعه می‌تواند در راستای برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشت مدارس در سطح کشور بهره‌برداری شود.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله از کلیهٔ کارشناسان بهداشت مدارس در ۷ استان زنجان، آذربایجان غربی، آذربایجان شرقی، خراسان رضوی، قم، یزد و هرمزگان قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. Keshavarz N. Health Promotion Thinking, Interpretation and Implementation in Iran: Capacities, and the Way Forward. Health Scope. 2013;2(1):1-3.
2. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, MacHardy L, Young I, Witney E. 'Settings' Based Health Promotion: A review. Health Promot Int. 2001;16(4):339-53.
3. Long-Shan X, Bao-Jun P, Jin-Xiang L, Li-Ping C, Sen-Hai Y, Jones J. Creating Health-Promoting Schools in Rural China: A project started from deworming. Health Promot Int. 2000;15(3):197-206.
4. Lynagh M, Schofield MJ, Sanson-Fisher RW. School Health Promotion Programs over the Past Decade: A review of the smoking, alcohol and solar protection literature. Health Promot Int. 1997;12(1):43-60.
5. World Health Organization. Regional Guidelines: Development of Health-promoting Schools - a Framework for Action. 1nd ed. Philippines: Manila Publishers; 1996.
6. Ahmedov M, Azimov R, Alimova V, Rechel B. Uzbekistan: Health System Review. HiT. 2007; 9(3):1–210.
7. Keshavarz N, Nutbeam D, Rowling L, Khavarpour F. Schools as Social Complex Adaptive Systems: A new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. Soc Sci Med 2010;70(10):1467-74.
8. World Health Organization. Promoting health through schools: report of a WHO expert committee on comprehensive school health education and promotion. Switzerland: Geneva Publisher; 1997.
9. World Health Organization. First regional conference on health promoting schools in the Eastern Mediterranean Region Damascus Syrian Arab Republic 3-5 September 2007. Cairo, Egypt; 2007.
10. Stemler S. An introduction to content analysis: ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation. ERIC Digest; 2001.
11. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24:105-12.
12. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. The Qualitative Report 2003;8(4):597-606.
13. Carlsson M, Simovska V. Exploring Learning Outcomes of School-Based Health Promotion - a Multiple Case Study. Health Educ Res. 2012;27(3):437-47.
14. Marks R, Keshavarz Mohammadi N, Rowling L, Nutbeam D. Acknowledging Educational Perspectives

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]

on Health Promoting Schools. Health Educ. 2010;110(4):240-51.

15. St Leger LH. The Opportunities and Effectiveness of the Health Promoting Primary School in Improving Child Health - a review of the claims and evidence. Health Educ Res. 1999;14(1):51-69.
16. Zarei F, Kamali M. Definition and Implication of Social Constructionism Paradigm in School Health. Int J School Health. 2015;2(3):e27326.
17. Booth ML, Samdal O. Health-Promoting Schools in Australia: Models and Measurement. Aust N Z J Public Health. 1997;21(4):365-70.
18. Clift S, Jensen BB. The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice: Citeseer; 2005.
19. Buijs GJ. Better schools through health: Networking for Health Promoting Schools in Europe. EJE. 2009;44(4):507-20.
20. Merghati Khoei E, Zarei F, Rimaz Sh, Bayat A, Shams Alizadeh N. Formation of Health-Threatening Behaviors Amongst Students: a Qualitative Study. JR. 2015;5(3):265-75.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.240]