Policy Brief

Transforming the Health of Iranian Students by Integrating the Skill-Based Self-Care Course into the Educational System: an Evidence-Based Approach

10.66224/ismj.29.4.247

Arash Ziapour [1,2], Mohammad Rasool Khazaei [3], Elham Niromand [3*], Ghobad Ramezani [4**]

[1] Cardiovascular Research Center, Health Policy and Promotion Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[2] Research Center for Environmental Determinants of Health (RCEDH), Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[3] Fertility and Infertility Research Center, Health Technology Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[4] Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: Iran is experiencing an increase in lifestyle-related risk factors among students, including overweight and obesity, physical inactivity, musculoskeletal problems, and high-risk health behaviors. Although healthis addressed in educational policies, current school-based health education is largely fragmented and theoretical, lacking a cohesive framework for cultivating self-care skills. This policy brief was developed to identify the existing policy gaps and propose strategies for integrating skill-based self-care education into Iran's formal education system.

Materials and Methods: This policy brief is based on a targeted, comparative evidence review grounded in an evidence-based policymaking framework. A comprehensive literature search was performed in IranMedex, MagIran, SID, IranDoc, PubMed, Scopus, and Web of Science databases for studies published between 2021 and 2025. Google Scholar was used to identify relevant studies, supplementary citations, and gray literature. Additionally, national policy documents and reports from the World Health Organization (WHO), the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), and selected countries were reviewed for relevant information.

Results: Findings reveal significant, persistent health-related risk factors among Iranian students and a substantial structural deficit in school-based self-care education. Existing education lacks a cohesive, longitudinal, and competency-based framework necessary to translate health knowledge into daily practice. Comparative analysis of models from Japan, Finland, and Australia shows that structured, skill-oriented, and school-based approaches can contribute to the promotion of healthy behaviors, health literacy, psychosocial competencies, and long-term health outcomes. Three policy options were identified: maintaining the status quo, implementing a pilot self-care program in select schools, or implementing a nationwide skill-based self-care curriculum. Comparative evaluation among the options identified the pilot implementation as the most balanced option in terms of feasibility, risk mitigation, capacity to generate local evidence, and cultural adaptability.

Conclusion: The Iranian education system must transition from fragmented and primarily knowledge-based health curriculum to an integrated, progressive, and longitudinal approach focused on self-care competencies. However, given the limited direct empirical evidence in Iran and the contextual differences between international models and Iran's educational system, immediate nationwide implementation of this policy under the current conditions remains premature. Consequently, adopting a phased and assessment-based approach offers a robust and pragmatic foundation for future decision-making and policy formulation.

Keywords:
Self Care
Noncommunicable Diseases
Adolescent Health
School Health Services
Health Education
Curriculum
Health Policy
Health Promotion
Students

***Corresponding author**
Elham Niromand
Elhamniromand@kums.ac.ir
Ghobad Ramezani
ramazani.g@iums.ac.ir

Ethical code
IR.KUMS.REC.1405.203

Received: 2025/12/16
Accepted: 2026/08/29

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

خلاصه سیاستی

تحول در سلامت دانش آموزان ایران با ادغام درس مهارت محور خودمراقبتی در نظام آموزشی: رویکردی مبتنی بر شواهد

doi
10.66224/ismj.29.4.247

آرش ضیاءپور [۱و۲]، محمد رسول خزاعی [۳]، الهام نیرومند [۳*]، قباد رمضانی [۴**]

[۱] مرکز تحقیقات قلب و عروق، پژوهشکده سیاستگذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
[۲] مرکز تحقیقات عوامل محیطی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
[۳] مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، پژوهشکده فناوری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
[۴] مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران. ایران

چکیده

زمینه: ایران با افزایش عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی در میان دانش‌آموزان، از جمله اضافه وزن و چاقی، کم‌تحرکی، مشکلات اسکلتی- عضلانی و رفتارهای پرخطر سلامت مواجه است. با وجود توجه به سلامت در اسناد آموزشی، آموزش سلامت در مدارس عمدتاً پراکنده، نظری و فاقد چارچوب منسجم برای توسعه مهارت‌های خودمراقبتی است. این خلاصه سیاستی با هدف تعیین شکاف سیاستی موجود و پیشنهاد گزینه‌های سیاستی برای ادغام آموزش مهارت‌محور خودمراقبتی در نظام آموزش رسمی ایران تدوین شد.

مواد و روش‌ها: این خلاصه سیاستی بر پایه مرور هدفمند و تطبیقی شواهد و با رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد انجام شد. جست‌وجو در پایگاه‌های IranMedex، MagIran، SID، IranDoc، PubMed، Scopus و Web of Science(WOS) برای مطالعات ۲۰۲۱ تا ۲۰۲۵ انجام گرفت. Google Scholar نیز برای شناسایی مطالعات مرتبط، استنادهای تکمیلی و منابع خاکستری به‌کار رفت. همچنین اسناد سیاستی ملی و شواهد سازمان جهانی بهداشت، OECD و کشورهای منتخب بررسی شدند.

یافته‌ها: شواهد نشان‌دهنده وجود عوامل خطر مهم و پایدار مرتبط با سلامت در میان دانش‌آموزان ایرانی و همچنین شکاف ساختاری قابل‌توجه در آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدرسه است. آموزش موجود فاقد یک چارچوب منسجم، طولی و مبتنی بر شایستگی است که دانش سلامت را به رفتارهای روزمره مرتبط سازد. شواهد تطبیقی از ژاپن، فنلاند و استرالیا نشان می‌دهد که رویکردهای ساختاریافته، مهارت‌محور و مبتنی بر مدرسه می‌توانند به ارتقای رفتارهای سالم، سواد سلامت، شایستگی‌های روانی- اجتماعی و پیامدهای سلامت در بلندمدت کمک کنند. سه گزینه سیاستی شامل تداوم وضعیت موجود، اجرای پایلوت برنامه خودمراقبتی در مدارس منتخب، و نهادینه‌سازی ملی برنامه درسی مهارت‌محور خودمراقبتی شناسایی شد. در مقایسه میان گزینه‌ها، اجرای پایلوت از نظر امکان‌پذیری، سطح ریسک، ظرفیت تولید شواهد بومی و قابلیت انطباق با زمینه ایران، گزینه متوازن‌تری ارزیابی شد.

نتیجه‌گیری: نظام آموزشی ایران نیازمند گذار از آموزش سلامت پراکنده و عمدتاً دانش‌محور به سوی رویکردی یکپارچه، تدریجی و طولی برای توسعه شایستگی‌های خودمراقبتی است. با این حال، با توجه به محدودیت شواهد تجربی مستقیم در ایران و تفاوت‌های زمینه‌ای میان الگوهای بین‌المللی و نظام آموزشی کشور، اجرای فوری و سراسری این سیاست در شرایط کنونی می‌تواند زودهنگام باشد. در نتیجه، اتخاذ یک مسیر مرحله‌ای و مبتنی بر ارزیابی، مبنای دفاع‌پذیرتری برای تصمیم‌گیری و تدوین سیاست فراهم می‌کند.

پیام کلیدی: آموزش خودمراقبتی در مدارس ایران پراکنده و عمدتاً نظری است؛ اجرای پایلوت مهارت‌محور و ارزیاب‌محور می‌تواند مسیر تصمیم‌گیری برای گسترش ملی را روشن سازد.

واژگان کلیدی
خودمراقبتی
بیماری‌های غیرواگیر
سلامت نوجوانان
خدمات سلامت مدارس
آموزش سلامت
برنامه درسی
سیاست سلامت
ارتقای سلامت
دانش‌آموزان

***نویسنده مسئول**
الهام نیرومند
Elhamniromand@kums.ac.ir
قباد رمضانی
ramazani.g@iums.ac.ir

کد اخلاق
IR.KUMS.REC.۱۴۰۵.۲۰۳

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۷

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

مسئله سیاستی

در دنیای امروز، بحران رو به تشدید مشکلات سلامتی مرتبط با سبک زندگی ناسالم، دانش‌آموزان ایرانی ۶ تا ۱۸ سال را به شدت تهدید می‌کند. این بحران ریشه در فقدان برنامه درسی ساختاریافته و مهارت‌محور برای آموزش «خودمراقبتی» (Self-care) در نظام آموزشی ایران دارد (۱ و ۲). علاوه بر این، رفتارهای ارتقادهنده سلامت با افزایش سن در هر دو جنس کاهش می‌یابد (۳).

شیوع اضافه وزن و چاقی در میان نوجوانان یک نگرانی رو به رشد در سطح جهانی است. در ایالات متحده، شیوع چاقی دوران کودکی بین سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۹ و ۲۰۱۸-۲۰۱۷ از ۱۶ درصد به ۲۰/۹ درصد افزایش یافته است (۴). و عوامل اصلی شامل مصرف غذاهای پرکالری و فرآوری‌شده، زمان طولانی پای نمایشگر، و عدم فعالیت بدنی است (۵). همچنین، سبک زندگی کم تحرک– که اغلب با اوقات فراغت دیجیتال همراه است، مستقیماً به چاقی کمک می‌کند (۶). از سوی دیگر، رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن در نوجوانان کم درآمد (۲۰/۸ درصد) نسبت به گروه‌های پردرآمد (۷/۴ درصد) شایع‌تر است (۷). مطالعه مطالعه اریکا (ERICA) نشان می‌دهد که سیگار کشیدن و مصرف الکل با اضافه وزن در نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی شدید مرتبط است (۸). همچنین، نگرانی‌های سلامت روان با چاقی همبستگی مثبت دارد (۵)، و کمبود خواب (۳۱/۲ درصد در سنین ۱۷-۱۳ سال) با سلامت روان ضعیف همراه است (۹). در نتیجه، این عوامل در یک زنجیره علّی عمل می‌کنند؛ سبک زندگی ناسالم (کاهش فعالیت بدنی و تغذیه نامناسب) اضافه وزن، چاقی و مشکلات روانی؛ که جنسیت، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سابقه خانوادگی به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده عمل می‌کنند.

در ایران، شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان به ترتیب ۱۲/۴۳ و ۶/۵۱ درصد گزارش شده که روندی فزاینده و نگران‌کننده دارد (۱۰). این مطالعه نشان می‌دهد که روند فزاینده اضافه وزن و چاقی در جمعیت ایران نگران‌کننده است و نیازمند طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات توسط سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است (۱۰). با این وجود، آموزش سلامت در حال حاضر به مفاهیم نظری پراکنده در دروس موجود محدود شده و فاقد یک درس جامع، مهارت‌محور و ادغام‌شده خودمراقبتی از مقطع ابتدایی تا متوسطه است. علی‌رغم شواهد جهانی مبنی بر اثربخشی چنین برنامه‌هایی. بنابراین، این مسئله با تحول الگوهای بیماری‌زایی در ایران (از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر مرتبط با سبک زندگی) تشدید شده و نیازمند مداخله سیاستی فوری برای پیشگیری است.

به‌طور دقیق، نوجوانان با طیف وسیعی از چالش‌های بهداشتی مهمی از جمله: نرخ بالای اضافه وزن و چاقی، عدم فعالیت بدنی، تغذیه نامناسب و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع ۲ روبرو هستند. مسائل مربوط به سلامت روان و رفتارهای پرخطر نیز در این گروه سنی شایع است (۴ و ۵). نوجوانان مبتلا به بیماری روانی شدید در معرض خطر افزایش اضافه وزن و چاقی قرار دارند، با عوامل مرتبطی از جمله عدم وجود بیمه خصوصی، سیگار کشیدن، و درمان با داروهای ضدافسردگی و ضدروان‌پریش مرتبط هستند (۸). این بحران نه تنها سلامت جسمی و روانی نسل جوان را تهدید می‌کند، بلکه بار اقتصادی قابل توجهی بر سیستم بهداشت از طریق هزینه‌های درمان بیماری‌های غیرواگیر قابل پیشگیری تحمیل می‌نماید و عملکرد تحصیلی را کاهش می‌دهد. ریشه این مسئله در شکاف سیاستی نظام آموزشی ایران نهفته است، جایی که آموزش سلامت به مفاهیم نظری پراکنده در دروس محدود شده و فاقد رویکرد عملی، مهارت‌محور و ادغام‌شده برای ترویج رفتارهای خودمراقبتی آگاهانه (مانند برنامه‌ریزی غذایی، مدیریت فعالیت بدنی، بهداشت روانی و تصمیم‌گیری در برابر تبلیغات ناسالم) است.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

جدول ۱. شکاف‌های سیاستی کلیدی در آموزش خودمراقبتی و سلامت دانش‌آموزان در ایران: مرور شواهد ملی و جهانی

شکاف کلیدی	توصیف	پیامدهای بالقوه
فقدان برنامه درسی ساختاریافته برای خودمراقبتی (۱۱ و ۱۲)	عدم وجود درس جامع و ادغام‌شده در برنامه درسی از ابتدایی تا متوسطه، با تمرکز بر مهارت‌های عملی مانند تغذیه، فعالیت بدنی و بهداشت روانی	افزایش شیوع چاقی (۲۱/۳ درصد)، کم تحرکی (۶۵ درصد) و مشکلات اسکلتی (۱۵ درصد) در دانش‌آموزان؛ بار اقتصادی بر سیستم بهداشت
محدودیت آموزش سلامت به مفاهیم نظری پراکنده (۱۱ و ۱۲)	آموزش محدود به دروس غیرمتمرکز بدون ارتباط با رفتارهای روزمره و فاقد روش‌های تعاملی مانند یادگیری پروژه‌محور	کاهش رفتارهای ارتقادهنده سلامت با افزایش سن؛ عدم پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت و سرطان
ضعف همکاری بین‌بخشی (آموزش و پرورش، بهداشت)(۱۳)	عدم هماهنگی ساختاریافته بین وزارتخانه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای طراحی و اجرا برنامه‌ها	افزایش هزینه‌های درمان به دلیل نبود پیشگیری؛ فرصت‌های از دست رفته برای مداخلات آزمایشی در استان‌ها مانند کرمانشاه
عدم تمرکز بر پیشگیری از رفتارهای پرخطر و سلامت روان (۱، ۲ و ۱۴)	برنامه‌های آموزشی فاقد مؤلفه‌های مهارت‌محور برای مدیریت استرس، خواب و تصمیم‌گیری در برابر سیگار، الکل و تبلیغات ناسالم	شیوع بالاتر رفتارهای پرخطر در نوجوانان کم‌درآمد (۲۰/۸ درصد)؛ تأثیر منفی بر عملکرد تحصیلی و سلامت بلندمدت
نبود چارچوب سیاستی بومی و ارزیابی مداوم (۱۵-۱۳)	فقدان سیاست‌های ملی ادغام‌شده با ارزیابی اثربخشی، علی‌رغم تحول به سمت بیماری‌های غیرواگیر	تشدید بحران سبک زندگی؛ عدم تعمیم‌پذیری شواهد جهانی به زمینه ایران بدون تنظیم محلی

روندهای جهانی در رفتارهای سلامت نوجوانان نشان می‌دهد که کشورهایی با سیاست‌های جامع بهداشت عمومی، نرخ چاقی پایین‌تر و سلامت روانی بهتری در نوجوانان دارند (۱۳). با وجود سیاست‌ها و قوانین متعدد، اجرای آن‌ها اغلب جزئی است و بیماری‌های غیرواگیر همیشه اولویت اصلی مدیران و تصمیم‌گیرندگان سطح بالا نیستند (۱۳). بنابراین، نظارت بر اجرای سیاست‌ها و تقویت مدیریت بیماری‌های غیرواگیر توسط ذینفعان مختلف توصیه می‌شود.

پژوهش‌های انجام شده در حوزه آموزش سلامت و سیاست‌گذاری آموزشی، با تلفیق شواهد ملی و جهانی، چارچوبی کاربردی برای جای دادن خودمراقبتی در برنامه درسی پیشنهاد می‌کنند (۱۲ و ۱۶). این چارچوب نه تنها به شناسایی مشکلات بسنده نمی‌کند، بلکه از جمله با طراحی محتوای آموزشی تدریجی از مقطع ابتدایی تا متوسطه، راهکارهای عملی نیز ارائه می‌دهد (۱۲). برای گنجاندن خودمراقبتی در برنامه درسی، نیاز به رویکردهای جامع و مشارکتی وجود دارد که شامل افزایش آموزش معلمان، ادغام موضوعات خودمراقبتی در برنامه درسی ابتدایی و تقویت همکاری بین مدارس و خانواده‌ها می‌شود (۱۲). همچنین، تنظیمات سیاست‌گذاری استراتژیک برای ایجاد یک برنامه درسی استاندارد برای ارائه آموزش خودمراقبتی توصیه می‌شود تا فرصت‌های یادگیری عادلانه را تقویت کند (۱۲).

از منظر عملی، این پژوهش ابزارهای عملی مستقیم برای سیاست‌گذاران (مانند وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت) ارائه می‌دهد، از جمله پیشنهاد اجرای آزمایشی درس خودمراقبتی در استان‌هایی مانند کرمانشاه با همکاری سه‌جانبه (وزارتخانه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی) و استفاده از روش‌های تعاملی مانند یادگیری پروژه‌محور. اهمیت عملی آن در کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر (از طریق صرفه‌جویی در هزینه‌های پیشگیری)، بهبود سلامت جسمی و روانی دانش‌آموزان، و تقویت عملکرد تحصیلی نهفته است که به توسعه پایدار جامعه کمک می‌کند. بنابراین، هدف این خلاصه سیاستی، تحول در سلامت دانش آموزان ایران با ادغام درس

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

مهارت محور خودمراقبتی در نظام آموزشی است. ادغام درس خودمراقبتی در نظام آموزشی، نه تنها یک اقدام آموزشی بلکه یک سرمایه‌گذاری ملی با نرخ بازگشت سرمایه (ROI)[1] بالا است؛ زیرا در ایران، بیماری‌های غیرواگیر عامل حدود ۸۶–۸۰ درصد مرگ‌ومیرها و بخش عمده بار اقتصادی نظام سلامت (با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سالانه در مقیاس ده‌ها هزار میلیارد تومان بر اساس گزارش‌های وزارت بهداشت و مطالعات اخیر) هستند. بودجه پیشنهادی اولیه حدود ۵۰۰ میلیارد تومان (برای فاز ملی شامل (CPD)[2] معلمان و زیرساخت‌ها) در مقایسه با این بار عظیم، یک سرمایه‌گذاری هزینه‌اثربخش و پرسود محسوب می‌شود؛ زیرا مداخلات پیشگیری مدرسه‌محور (مانند آموزش مهارت‌محور سبک زندگی سالم) می‌تواند شیوع عوامل خطر را کاهش دهد، مرگ‌ومیر زودرس را تا (۳۰–۲۰ درصد) بر اساس اهداف ملی و شواهد جهانی (WHO)[3] پایین آورد و در بلندمدت صرفه‌جویی‌های اقتصادی قابل‌توجهی از طریق کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش بهره‌وری نیروی کار جوان و کاهش (DALYها)[4] ایجاد نماید. تجربیات جهانی نیز نشان می‌دهد که چنین برنامه‌هایی با هزینه کم (کمتر از ۳ دلار به ازای هر نفر در سال) بازگشت اقتصادی چند برابری (تا بیش از ۱ تریلیون دلار تا ۲۰۳۰ در مقیاس جهانی) به همراه دارند. این سند می‌تواند زمینه‌ای برای پژوهش‌های تجربی آینده (مانند ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آزمایشی) فراهم کند، دانش را از مرحله نظری به عملی برساند و سیاست‌گذاران را یاری دهد تا برنامه‌های مؤثرتری برای مواجهه با بحران‌های سبک زندگی در نسل جوان تدوین کنند؛ که در نهایت به بهبود کلی سواد سلامت و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر منجر خواهد شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در قالب یک خلاصه سیاستی مبتنی بر مرور هدفمند شواهد با رویکرد تطبیقی و مبتنی بر اصول سیاست‌گذاری آگاه بر شواهد انجام شد. در مرحله گردآوری شواهد، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی شامل SID، MagIran، IranMedex و IranDoc با استفاده از ترکیبی از کلیدواژه‌های فارسی شامل «خودمراقبتی»، «مهارت خودمراقبتی»، «آموزش خودمراقبتی»، «مهارت‌های خودمراقبتی» و «برنامه درسی»، «برنامه درسی مدارس»، «ادغام برنامه درسی»، «تم طولی»، «برنامه درسی مهارت‌محور» و «سلامت دانش‌آموزان»، «سلامت نوجوانان»، «سبک زندگی دانش‌آموزان» و «آموزش سلامت»، «آموزش سلامت مدرسه‌محور»، «مداخله مدرسه‌محور»، و «بیماری‌های غیرواگیر»، «چاقی»، «کم‌تحرکی»، «مشکلات اسکلتی عضلانی»، «رفتارهای پرخطر» انجام گرفت. در مرحله دوم، جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus و Web of Science (WOS) با استفاده از معادل‌های انگلیسی کلیدواژه‌ها شامل "self-care education"، "skill-based self-care"، "school curriculum"، "longitudinal curriculum"، "student health"، "school-based health" و "non-communicable disease prevention" همراه با فیلتر جغرافیایی Iran استفاده گردید. برای افزایش حساسیت جست‌وجو، از کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی و ترکیب‌های مختلف آن‌ها استفاده شد. بازه زمانی جستجو سال‌های ۱۴۰۴–۱۴۰۰ (معادل ۲۰۲۱ تا ۲۰۲۵ میلادی) در نظر گرفته شد. علاوه بر این، Google Scholar به‌عنوان یک موتور جستجوی علمی مکمل برای شناسایی مطالعات مرتبط، استنادهای تکمیلی و منابع خاکستری مورد استفاده قرار گرفت. علاوه بر منابع

[1] Return on Investment
[2] Continuing Professional Development
[3] World Health Organization
[4] Disability-Adjusted Life Year

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

پژوهشی، اسناد سیاست‌گذاری دست اول ملی نیز به‌عنوان پایه تحلیل شامل سند تحول بنیادین آموزش و پرورش (مصوب ۱۳۹۰ شورای عالی انقلاب فرهنگی) و برنامه درسی ملی جمهوری اسلامی ایران (مصوب ۱۳۹۱ شورای عالی آموزش و پرورش، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی) بررسی شدند.

این جستجو در مجموع به شناسایی ۱۱۶ مقاله مرتبط با موضوع منجر شد. پس از حذف موارد تکراری، عناوین و چکیده ها مورد غربالگری اولیه قرار گرفتند و سپس متن کامل مقالات به صورت مستقل توسط دو پژوهشگر بررسی شد تا میزان انطباق آن‌ها با معیارهای ورود مطالعه تعیین شود. معیار ورود شامل مطالعاتی بود که به‌طور مشخص به آموزش خودمراقبتی یا مهارت‌های خودمراقبتی در بستر مدرسه یا نظام آموزشی می‌پرداختند؛ جمعیت مورد بررسی آن‌ها دانش‌آموزان دوره ابتدایی، متوسطه اول یا متوسطه دوم بودند. معیارهای خروج شامل نامه به سردبیر، چکیده همایش بدون متن کامل، مطالعات مروری بدون داده اولیه، و مطالعات با جمعیت بزرگسال یا غیر دانش‌آموز بود. در نهایت ۷ مطالعه واجد شرایط برای تحلیل انتخاب شدند. کیفیت شواهد منتخب با ابزارهای استاندارد متناسب با نوع طراحی پژوهش ارزیابی شد. داده‌های داخلی عمدتاً از گزارش‌های رسمی وزارت بهداشت و مطالعات منتشرشده در پایگاه‌های ملی استخراج گردید و شواهد بین‌المللی از گزارش‌های WHO[5]، OECD[6] و NICE[7] سیاست‌های آموزشی موفق کشورهای پیشرو (ژاپن، فنلاند و استرالیا) جمع‌آوری شد. با توجه به ناهمگونی قابل‌توجه شواهد از نظر نوع مطالعات، جمعیت‌ها، مداخلات و پیامدهای مورد بررسی، یافته‌ها به‌صورت مقایسه‌ای تحلیل و تلفیق شدند.

یافته‌ها

بر اساس مرور تطبیقی شواهد، شیوع چاقی، کم‌تحرکی و مشکلات اسکلتی- عضلانی در دانش‌آموزان ایرانی به‌طور نگران‌کننده‌ای بالاتر از کشورهای موفق است. همچنین، بیش از ۱۵ درصد دانش‌آموزان نوجوان در ایران به مشکلات اسکلتی مانند کیفوز یا اسکولیوز مبتلا هستند و رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار و الکل در میان این گروه سنی رو به افزایش است. در سطح بین‌المللی، برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی در کشورهایی مانند ژاپن با برنامه ملی آموزش غذایی شوکویکو[8]، نرخ چاقی کودکان را به زیر ۵ درصد کاهش داده است، در حالی که در فنلاند درس «سلامت و رفاه» با تمرکز بر مهارت‌های زندگی و مدیریت استرس، به کاهش اختلالات رفتاری و بهبود عملکرد تحصیلی منجر شده است. استرالیا نیز از طریق درس (PSC)[9] سواد سلامت روانی و تصمیم‌گیری آگاهانه را در دانش‌آموزان تقویت کرده است. در ایران، آموزش سلامت در دروس دبیرستان به مفاهیم نظری محدود است و فاقد ارتباط با رفتارهای روزمره دانش‌آموزان بوده، همچنین هیچ برنامه ساختاریافته‌ای برای آموزش تغذیه عملی، فعالیت بدنی یا مدیریت سلامت روان وجود ندارد. علاوه بر این، همکاری بین‌بخشی بین وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت در سطح ملی ضعیف است، که منجر به افزایش بار هزینه‌های درمان به دلیل نبود پیشگیری و عوارض بیماری‌های قابل پیشگیری شده است. جدول ۱ شکاف‌های کلیدی در آموزش خودمراقبتی و سلامت دانش‌آموزان ایران را بر اساس شواهد داخلی و جهانی خلاصه می‌کند. جدول ۲ مقایسه شیوع چاقی، کم‌تحرکی و مشکلات اسکلتی را در دانش‌آموزان ایران، ژاپن و فنلاند مقایسه می‌نماید. جدول ۳ مقایسه گزینه‌های

[5] World Health Organization
[6] Organisation for Economic Co-operation and Development
[7] National Institute for Health and Care Excellence
[8] Shokuiku (National Food Education Program)
[9] Personal and Social Capability

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

سیاستی برای ادغام درس خودمراقبتی در نظام آموزشی ایران ارائه می‌دهد.

وضعیت نگران‌کننده سلامت دانش‌آموزان ایرانی

وضعیت سلامت دانش‌آموزان ایرانی ۶ تا ۱۸ ساله نشان‌دهنده چالش‌های جدی در حوزه سبک زندگی است که شامل افزایش شیوع چاقی، کم‌تحرکی، مشکلات اسکلتی- عضلانی و رفتارهای پرخطر می‌شود. این مسائل نه‌تنها سلامت جسمی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه بار اقتصادی قابل‌توجهی بر نظام سلامت تحمیل می‌کند (۱۷ و ۱۸). جزئیات مقایسه‌ای این شاخص‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

شیوع چاقی و اضافه وزن: بر اساس متاآنالیز اخیر، شیوع اضافه وزن در کودکان و نوجوانان ایرانی ۱۲/۴۳ درصد (۹۵ درصد CI: ۱۰/۱۸۴–۱۴/۶۸۳) و شیوع چاقی ۶/۵۱ درصد- ۹۵ درصد CI:۷/۱۵۷–۵/۸۶۶ گزارش شده است، که روندی فزاینده دارد و نیازمند مداخلات پیشگیرانه است (۱۰). همچنین، مطالعه دیگری نشان می‌دهد که شیوع کلی اضافه وزن/ چاقی در دانش‌آموزان دبستانی ۲۶/۵ درصد (اضافه وزن ۱۴/۷ درصد، چاقی ۹/۴ درصد) است، با عوامل مرتبط مانند رژیم غذایی نامناسب و کم‌تحرکی (۱۹). این آمار بالاتر از میانگین جهانی است و در پسران بیشتر مشاهده می‌شود (۶/۸۵ درصد چاقی در پسران در مقابل ۵/۱۳ درصد در دختران)(۲۰).

کم‌تحرکی روزانه: در میان نوجوانان ایرانی ۱۰ تا ۱۲ ساله، ۲۵/۷۹ درصد از نظر بدنی غیرفعال بودند و پسران به طور متوسط فعالیت بدنی بیشتری در طول هفته نسبت به دختران داشتند (۲۱). بر اساس مطالعات انجام شده، شیوع عدم فعالیت بدنی کافی در میان نوجوانان ایرانی قابل توجه است (۲۲ و ۲۳).

به‌عنوان مثال، یک مطالعه نشان داد که ۲۳/۴۸ درصد از دانش‌آموزان ایرانی (در سنین ۶ تا ۱۸ سال) از نظر بدنی غیرفعال بودند (۲۲). این شیوع در دختران به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از پسران است؛ به طوری که ۳۳/۴۲ درصد از دختران در مقایسه با ۱۳/۸۴ درصد (۲۱) از پسران غیرفعال بودند (۲۲). مطالعات دیگر نیز تأیید می‌کنند که دختران نوجوان کمتر از پسران فعال هستند (۳).

شیوع مشکلات اسکلتی (مانند کیفوز، اسکولیوز و دردهای عضلانی): شیوع دردهای اسکلتی- عضلانی در دانش‌آموزان ایرانی حدود ۳۸/۲۸ درصد است (۴۰/۳۳ درصد در دختران و ۳۶/۵۲ درصد در پسران)، با بیشترین شیوع در زانو (۳۸/۱ درصد)، گردن (۳۷/۶ درصد) و شانه (۳۲/۵ درصد)، که عوامل خطر شامل وضعیت نامناسب نشستن و استفاده طولانی از گوشی‌های هوشمند است (۱۹ و ۲۰). مطالعه دیگری نیز نشان داد که ۴۵ درصد از دانش‌آموزان درد بالای کمر، ۲۳ درصد درد شانه و ۱۱ درصد کمردرد را تجربه کرده‌اند (۲۴).

شیوع رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار: شیوع کلاس پرخطر (شامل مصرف مواد، الکل و سیگار) در نوجوانان ایرانی حدود ۲۱ درصد است، با همرخدادی رفتارهای پرخطر در ۱۳ درصد موارد (۱۹). نتایج مطالعه‌ای نشان داد شیوع مصرف سیگار فعلی در پسران ۱۲ درصد بوده است (۲۵) و نیز شیوع مصرف سیگار را در پسران ۱۰/۶ درصد گزارش کرده است (۲۶). نتایج مطالعه‌ای نشان داد شیوع مصرف سیگار فعلی و منظم در دختران دبیرستانی به ترتیب ۳ و ۱ درصد بوده است (۲۷). همچنین، شیوع مصرف سیگار را در دختران ۴/۵ درصد گزارش کرده است (۲۶).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

جدول ۲. مقایسه شیوع چاقی، کم‌تحرکی و مشکلات اسکلتی در دانش‌آموزان ایران، ژاپن و فنلاند

کشور	شیوع چاقی (%)	کم‌تحرکی (%)	مشکلات اسکلتی (%)
ایران	۴۹ درصد افزایش وزن در دانش‌آموزان طی کووید-۱۹	۵۳ درصد دانش‌آموزان فعالیت بدنی بسیار کم یا هیچ	درد شانه ۲۶/۹ درصد، درد زانو ۶/۶ درصد
ژاپن	۵/۴ درصد (ثبات پایدار ۲۰۱۲-۲۰۲۴، گزارش وزارت آموزش ژاپن ۲۰۲۵)	۲۵-۲۳ درصد (گزارش WHO ۲۰۲۴)	دردهای اسکلتی- عضلانی زیر ۱۰ درصد
فنلاند	۱۲/۶ درصد (۱۹-۵ ساله، WHO 2022؛ COSI ۲۰۲۲-۲۰۲۴)	کمتر از ۲۰ درصد (اکثر کودکان فعالیت توصیه شده دارند)	درد پشت/ شانه ۲۰-۱۵ درصد در نوجوانان

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، شیوع چاقی، کم‌تحرکی و مشکلات اسکلتی– عضلانی در دانش‌آموزان ایرانی به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از ژاپن و فنلاند است (۲۸ و ۲۹). ژاپن، با وجود اینکه یک کشور بسیار صنعتی و شهرنشین است، یکی از پایین‌ترین نرخ‌های چاقی کودکان را در سطح جهان با ۴/۵ درصد گزارش می‌کند (۳۰)، اما همچنان مشکلات کم‌تحرکی (۲۳ تا ۲۵ درصد) و اختلالات اسکلتی- عضلانی (کمتر از ۱۰ درصد) دیده می‌شود (۳۱). در فنلاند، شیوع چاقی در بازه ۱۹-۵ ساله ۱۲/۶ درصد و کم‌تحرکی کمتر از ۲۰ درصد ثبت شده و نرخ دردهای پشت و شانه نوجوانان میان ۱۵ تا ۲۰ درصد ارزیابی شده است (۳۲). این مقایسه نیاز به مداخلات ساختاری ارتقادهنده سلامت در ایران را برجسته می‌سازد.

موفقیت‌های بین‌المللی در ادغام آموزش خودمراقبتی

کشورهای پیشرو با برنامه‌های ساختاریافته، مهارت‌محور و ادغام‌شده در برنامه درسی ملی، موفقیت‌های چشمگیری در کاهش شاخص‌های منفی سبک زندگی (مانند چاقی، کم‌تحرکی و مشکلات سلامت روانی) و بهبود نتایج تحصیلی و اقتصادی به دست آورده‌اند. این برنامه‌ها بر پایه رویکردهای تدریجی، تعاملی (مانند یادگیری پروژه‌محور و مشارکت خانواده- مدرسه) و نظارت بلندمدت بنا شده‌اند و شواهد سیستماتیک اثربخشی آن‌ها را تأیید می‌کند (۳۳ و ۳۴).

ژاپن: برنامه ملی آموزش غذایی: از سال ۲۰۰۵ با قانون اساسی شوکویکو، این برنامه بر آموزش عملی تغذیه، برنامه‌ریزی غذایی مدرسه‌ای و مشارکت دانش‌آموزان در تهیه غذا تمرکز دارد. نتیجه: نرخ چاقی کودکان به کمتر از ۵ درصد (۵/۴ درصد ثبات پایدار از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۴، پایین‌ترین نرخ در جهان (کاهش یافته و از اوج دهه ۲۰۰۰ میلادی (حدود ۱۰ درصد) همچنان پایدار مانده است (۳۵ و ۳۶). هدف اصلی شوکویکو ترویج تغذیه سالم و سبک زندگی، پرورش ذهن و بدن سالم و تقویت حس غنی انسانیت است (۳۷). این برنامه رویکردهای گسترده‌ای دارد که شامل حمایت از فرهنگ غذایی، بهبود محیط غذایی و ارائه اطلاعات در مورد رژیم‌های غذایی مناسب می‌شود (۳۰).

فنلاند: درس «سلامت و رفاه» در کریکولوم ملی: سواد سلامت در برنامه درسی مدارس فنلاند گنجانده شده و سیستم آموزشی به‌عنوان بستر اصلی برای توسعه سواد سلامت به برنامه درسی کودکان (هیأت ملی آموزش فنلاند، ۲۰۱۴) اضافه شده است (۳۸). هدف از گنجاندن سواد سلامت، تضمین این است که همه کودکان در سن مدرسه شایستگی‌های لازم برای مراقبت از سلامت خود و دیگران را بیاموزند (۳۸). فنلاند دارای سیستم ثبت‌محور برای نظارت بر اضافه وزن و چاقی کودکان است که می‌تواند مدلی برای سایر کشورها باشد (۳۹). داده‌های جدیدتر (۲۰۲۵–۲۰۲۴) نیز این موفقیت‌ها را تأیید می‌کنند؛ در ژاپن، شیوع چاقی کودکان با وجود جامعه بسیار صنعتی، همچنان در سطح بسیار پایین ۵/۴ درصد تثبیت شده است (۳۶)، در حالی که در فنلاند، با وجود افزایش نسبی شیوع چاقی به ۱۲/۶ درصد در گروه سنی ۱۹–۵ سال (۳۶ و ۴۰). برنامه درس مهارت‌محور سلامت در فنلاند

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

به حفظ سطح نسبتاً مطلوب فعالیت بدنی و کاهش مشکلات اسکلتی– عضلانی در مقایسه با بسیاری از کشورها کمک کرده است، هرچند داده‌های اخیر نشان می‌دهد درصد کودکانی که کاملاً به توصیه روزانه WHO می‌رسند کمتر از یک‌سوم است (۴۱).

استرالیا: درس «Personal and Social Capability»

اسناد برنامه درسی استرالیا، مانند آنهایی که به آموزش سلامت و تربیت بدنی مربوط می‌شوند، بر سواد سلامت هم از نظر نتایج یادگیری و هم از نظر موضوع تأکید دارند (۴۲). مداخلات یادگیری اجتماعی و هیجانی (SEL)[10] می‌توانند رفتارهای بیرونی‌سازی شده مانند پرخاشگری و رفتارهای مقابله‌ای را کاهش دهند. همچنین، این برنامه‌ها با کاهش حوادث انضباطی و بهبود خودتنظیمی مرتبط هستند (۴۳). برنامه‌های (SEL) می‌توانند رفتارهای درونی‌سازی شده مانند اضطراب و افسردگی را به‌طور قابل توجهی کاهش دهند (۴۴). این برنامه‌ها تاب‌آوری عاطفی را تقویت می‌کنند، مهارت‌های اجتماعی را افزایش می‌دهند و روابط مثبت را در میان دانش‌آموزان ترویج می‌کنند.

شکاف سیاستی در نظام آموزشی ایران

بر اساس اطلاعات موجود، آموزش سلامت در ایران با چالش‌هایی در زمینه رویکرد عملی، مهارت‌محور و ارتباط مستقیم با رفتارهای روزمره دانش‌آموزان مواجه است که این امر منجر به عدم ادغام مؤثر خودمراقبتی در برنامه درسی ملی می‌شود (۴۵). علی‌رغم تأکید صریح سند تحول بنیادین آموزش و پرورش (۱۳۹۰) بر ساحت زیستی- بدنی و شایستگی‌های حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی، و نیز برنامه درسی ملی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۱) که شایستگی‌های مرتبط با بهداشت فردی، فعالیت بدنی، تغذیه سالم و خودمراقبتی را در چارچوب ساحت‌های تربیتی گنجانده است، هیچ درس اختصاصی، ساختاریافته و مهارت‌محور خودمراقبتی در برنامه درسی رسمی از ابتدایی تا متوسطه وجود ندارد (۴۶ و ۴۷). با این حال، منابع بازیابی شده به‌طور خاص به برنامه درسی ملی آموزش سلامت برای دانش‌آموزان عمومی نمی‌پردازند.

در ایران، سیاست‌گذاران باید بر کاهش عوامل خطر و تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پیشگیرانه و درمانی برای بیماری‌های غیرواگیر تمرکز کنند. بهبود کیفیت آموزش و ارتقاء سواد سلامت به عنوان فرصت‌هایی برای مقابله با بیماری‌های غیرواگیر شناسایی شده‌اند (۴۸). این نشان می‌دهد که آموزش به عنوان یک اهرم مهم در نظر گرفته می‌شود، اما به‌طور خاص به محتوای برنامه درسی مدارس نمی‌پردازد. مطالعاتی در سایر کشورها نشان داده‌اند که آموزش سلامت مبتنی بر مدرسه، شامل سلامت جسمانی، تغذیه و سلامت روان، می‌تواند آگاهی و درک دانش‌آموزان را در مورد سبک زندگی سالم افزایش دهد و به‌عنوان یک استراتژی پیشگیرانه برای کاهش خطر بیماری های غیر واگیر در سنین پایین عمل کند (۴۹). این مطالعات بر اهمیت رویکردهای آموزشی تعاملی و متنی تأکید دارند (۴۹). در ایران، الگوهای بیماری‌زایی به سمت بیماری‌های غیرواگیر تغییر کرده است، به‌طوری که این بیماری‌ها عامل اصلی مرگ ومیر هستند و تقریباً ۸۰ درصد از مرگ و میرها و ناتوانی‌ها را تشکیل می‌دهند (۵۰). آموزش سلامت، به ویژه در مدارس، می‌تواند تأثیرات مثبتی بر اتخاذ رفتارهای سالم داشته باشد و به‌عنوان یک ابزار ضروری در ترویج عادات سالم و کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر شناخته شده است (۴۸). همان‌گونه که در جدول ۱ خلاصه شده است، مهم‌ترین شکاف‌های سیاستی شامل فقدان برنامه درسی ساختاریافته مهارت‌محور، محدودیت آموزش سلامت به مفاهیم نظری پراکنده و ضعف همکاری بین‌بخشی است.

[10] Social and Emotional Learning

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

اجرای طرح آزمایشی با مشارکت سه‌جانبه

برای اجرای مؤثر درس خودمراقبتی، پیشنهاد می‌شود طرح آزمایشی با تمرکز بر همکاری سه‌جانبه (وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، و دانشگاه‌های علوم پزشکی) در استان‌هایی مانند کرمانشاه (با ظرفیت‌های پژوهشی بالا) آغاز شود. در طراحی پایلوت، مشارکت ساختاریافته خانواده به‌عنوان رکن چهارم اجرا پیش‌بینی می‌شود؛ از جمله از طریق کارگاه‌های والدین، گزارش‌های دوره‌ای شاخص‌های سلامت دانش‌آموزان، استفاده از اپلیکیشن‌های ارتباط خانه– مدرسه، و فعال‌سازی انجمن اولیا و مربیان در فرآیند پایش برنامه. این رویکرد با هدف افزایش انتقال رفتارهای آموخته‌شده از مدرسه به محیط خانه و تقویت پایداری اثرات مداخله پیشنهاد می‌شود. این مشارکت شامل تعریف نقش‌های مشخص برای هر نهاد است: وزارت آموزش و پرورش برای ادغام برنامه در مدارس، وزارت بهداشت برای نظارت بر محتواهای سلامت‌محور، و دانشگاه‌ها برای تأمین نیروی متخصص مانند دانشجویان رشته‌های پرستاری، تغذیه و بهداشت عمومی به‌عنوان مربیان آموزشی. مطالعات نشان می‌دهند که همکاری بین بخش‌های مختلف، از جمله آموزش و پرورش و خدمات سلامت، برای اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های سلامت در مدارس حیاتی است (۵۱ و ۵۲). این همکاری‌ها می‌توانند به توانمندسازی معلمان و سایر کارکنان مدرسه برای ایفای نقش مؤثرتر در ارتقاء سلامت روان دانش‌آموزان کمک کنند (۵۱).

گزینه‌های سیاستی

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که فقدان ساختار منسجم و مهارت‌محور برای آموزش خودمراقبتی در نظام آموزشی ایران، منجر به پراکندگی برنامه‌های سلامت، تکرار فعالیت‌های غیرمؤثر و کاهش اثربخشی مداخلات پیشگیری‌کننده از بیماری‌های غیرواگیر شده است. بر پایه تحلیل مقایسه‌ای شواهد داخلی (مانند گزارش‌های وزارت بهداشت ۱۴۰۲) و بین‌المللی (مانند برنامه ملی آموزش غذایی شوکویک در ژاپن و برنامه ملی سلامت و رفاه [11] در فنلاند)، سه گزینه سیاستی کلیدی برای اصلاح وضعیت موجود پیشنهاد می‌شود. این گزینه‌ها بر اساس اصول سیاست‌گذاری شواهدمحور (۵۳) و مدل مثلث سیاست تدوین شده‌اند که عوامل محتوا (برنامه درسی)، فرآیند (اجرا و ارزیابی) و بازیگران (وزارتخانه‌ها و دانشگاه‌ها) را در نظر می‌گیرند.

معیارهای اصلی مقایسه گزینه‌ها عبارت‌اند از: (۱) اثربخشی بالقوه در کاهش عوامل خطر سبک زندگی، (۲) هزینه و قابلیت تأمین مالی، (۳) زمان تا مشاهده نتایج اولیه، (۴) ریسک سیاسی و سازمانی، و (۵) عدالت آموزشی (دسترسی برابر مناطق شهری و روستایی). هر گزینه با تمرکز بر ادغام درس خودمراقبتی (شامل مولفه‌های تغذیه، فعالیت بدنی، بهداشت روانی و تصمیم‌گیری آگاهانه) توصیف می‌شود، همراه با مزایا، معایب، برآورد هزینه، ریسک‌های کلیدی و ملاحظات اجرایی. برای مقایسه بهتر، جدول ۳ ارائه شده است.

گزینه ۱: تداوم وضعیت فعلی – (Status Quo) حفظ برنامه‌های پراکنده موجود

در این گزینه، آموزش سلامت همچنان به صورت غیرساختاریافته و پراکنده ادامه می‌یابد؛ شامل مفاهیم نظری در دروس موجود (مانند زیست‌شناسی یا ورزش)، برنامه‌های مقطعی مانند جشنواره‌های سلامت یا رسانه‌های عمومی، بدون ادغام درس اختصاصی خودمراقبتی. این رویکرد بر پایه سیاست‌های فعلی مانند «سند تحول بنیادین آموزش و پرورش» (۴۶) استوار است که سلامت را

[11] Health and Well-being

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

به‌عنوان یکی از اهداف کلی ذکر می‌کند اما فاقد مکانیسم اجرایی مهارت‌محور است.

مزایا: نیاز به تغییرات ساختاری ندارد و می‌تواند با بودجه محدود موجود ادامه یابد.

معایب و پیامدها: بر اساس شواهد موجود، منجر به تداوم روند کاهشی رفتارهای ارتقادهنده سلامت با افزایش سن (از جمله کاهش فعالیت بدنی از حدود ۶۰ دقیقه روزانه به کمتر از ۳۰ دقیقه در نوجوانان) و افزایش بار اقتصادی بیماری‌های غیرواگیر خواهد شد. هزینه فرصت این گزینه، تشدید شیوع چاقی، کم‌تحرکی و مشکلات اسکلتی- عضلانی در نسل آینده و فشار فزاینده بر نظام سلامت است.

برآورد هزینه: هزینه مستقیم اضافی تقریباً صفر، اما هزینه غیرمستقیم بلندمدت (درمان NCDها) به مقیاس ده‌ها هزار میلیارد تومان در سال‌های آتی قابل پیش‌بینی است.

ریسک‌های کلیدی: ناپایداری و اثربخشی بسیار محدود؛ احتمال افزایش نابرابری سلامت بین مناطق برخوردار و محروم.

ملاحظات اجرایی: مناسب صرفاً برای شرایط بحران شدید بودجه‌ای کوتاه‌مدت، اما از نظر سیاست‌گذاری پیشگیرانه غیرقابل دفاع است.

گزینه ۲: اجرای پایلوت درس خودمراقبتی در استان‌های منتخب

این گزینه شامل طراحی، اجرا و ارزیابی آزمایشی درس «خودمراقبتی» در مقیاس محدود (۱۰ تا ۲۰ مدرسه در سه استان منتخب مانند کرمانشاه، تهران و فارس) است. اجرای پایلوت با همکاری سه‌جانبه میان وزارت آموزش‌و پرورش، وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام می‌گیرد (رویکردی که با اصول سیاست‌گذاری شواهدمحور هم‌خوانی دارد)(۵۳). مشارکت نظام‌مند خانواده به‌عنوان رکن چهارم از طریق اپلیکیشن‌های ارتباط خانه- مدرسه، بازخورد دوره‌ای شاخص‌های سلامت و فعال‌سازی انجمن اولیا و مربیان پیش‌بینی شده است. موضوعات ارزیابی پوسچر و پیشگیری از دردهای اسکلتی- عضلانی نیز می‌تواند در محتوا گنجانده شود.

محتوا به‌صورت تدریجی و متناسب با پایه تحصیلی طراحی می‌شود (تغذیه سالم در ابتدایی تا مدیریت استرس و سلامت روان در متوسطه) و از روش‌های تعاملی از جمله یادگیری مبتنی بر پروژه بهره می‌برد. دوره اجرا ۱ تا ۲ سال و ارزیابی با شاخص‌های کمی (BMI و پرسشنامه SDQ) و کیفی (مصاحبه با معلمان و دانش‌آموزان) انجام می‌شود.

مزایا: کم‌ریسک‌ترین گزینه؛ تولید شواهد بومی و امکان تنظیم فرهنگی؛ هزینه نسبتاً قابل مدیریت.

معایب: پوشش محدود جغرافیایی؛ نیاز به هماهنگی فوری و مستمر بین‌بخشی.

برآورد هزینه اولیه: حدود ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلیارد تومان (برآورد اولیه نویسندگان بر اساس هزینه‌های مشابه برنامه‌های سلامت مدرسه‌محور؛ شامل آموزش معلمان، محتوا و پایش).

ریسک‌های کلیدی: موازی‌کاری بین نهادها در صورت ضعف هماهنگی؛ تأخیر در تصمیم‌گیری برای گسترش ملی.

ملاحظات اجرایی: موفقیت مستلزم تعریف دقیق نقش‌ها، قرارداد همکاری سه‌جانبه و سامانه پایش مشترک از ابتدای اجرا است. این گزینه نقطه ورود منطقی و کم‌ریسک برای تولید شواهد بومی محسوب می‌شود.

گزینه ۳: نهادینه‌سازی ملی درس خودمراقبتی در برنامه درسی رسمی

در این گزینه، درس خودمراقبتی به‌عنوان یک واحد درسی اجباری و مهارت‌محور (۲-۱ واحد در هر مقطع) با محتوای استاندارد شده و نظارت مرکزی در برنامه درسی ملی (۴۷) ادغام می‌شود. اقدامات اصلی شامل آموزش نظام‌مند معلمان) دوره‌های ۴۰ ساعته (CPD، بهره‌گیری از فناوری‌های آموزشی و استقرار سامانه پایش ملی (رجیستری سلامت دانش‌آموزی) است. این رویکرد بر اساس اصول

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

یکپارچگی برنامه درسی و یادگیری طولی (۵۶-۵۴) طراحی شده است.

با توجه به محدودیت‌های بودجه‌ای آموزش‌و پرورش، پیشنهاد می‌شود از ظرفیت دانشجویان رشته‌های پرستاری، تغذیه و بهداشت عمومی دانشگاه‌های علوم پزشکی در قالب واحدهای کارورزی/ کارآموزی حوزه سلامت جامعه و مدارس استفاده شود. این دانشجویان تحت نظارت اساتید مجرب می‌توانند به‌عنوان تسهیل‌گر آموزشی در دوره‌های CPD ایفای نقش کنند و ضمن کاهش هزینه‌های پرسنلی، آموزش عملی دانشجویان را تقویت نمایند.

مزایا: پایداری بلندمدت؛ پوشش ملی و عدالت آموزشی نسبی؛ ظرفیت بالقوه کاهش معنادار عوامل خطرNCD ها در میان‌مدت و بلندمدت .

معایب: هزینه بالا؛ نیاز به اصلاح مقررات آموزشی و احتمال مقاومت سازمانی و فرهنگی.

برآورد هزینه سالانه پایدار: حدود ۵۰۰ میلیارد تومان (برآورد اولیه نویسندگان برای فاز ملی شامل CPD معلمان، محتوا و زیرساخت پایش؛ این رقم نیازمند تأیید و به‌روزرسانی توسط دستگاه‌های اجرایی است).

ریسک‌های کلیدی: شکست مقیاس‌پذیری در صورت عدم تولید شواهد قوی از پایلوت؛ مقاومت بوروکراتیک و تضاد منافع بین وزارتخانه‌ها؛ نابرابری اجرایی بین مناطق شهری و روستایی در صورت ضعف نظارت.

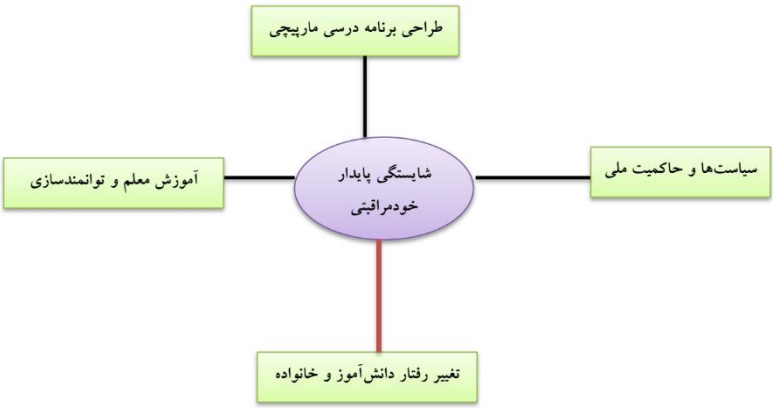
ملاحظات اجرایی: ارزشیابی باید پروژه‌محور و رفتارمحور باشد (نه صرفاً کتبی) و بر سنجش تغییرات پایدار در رفتارهای سلامت تمرکز کند. اجرای موفق این گزینه منوط به وجود نتایج مثبت و مستند از فاز پایلوت و ایجاد سازوکار قانونی مشترک بین وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت است.

پیشنهاد اجرایی ترجیحی: حرکت مرحله‌ای با مدل «تم طولی مهارت‌محور خودمراقبتی»

به منظور دستیابی به بالاترین سطح یکپارچگی برنامه درسی، پیشنهاد می‌شود درس خودمراقبتی نه به‌صورت واحد درسی منفصل، بلکه در قالب یک تم طولی مهارت‌محور (Longitudinal Integrated Theme) از پایه اول ابتدایی تا پایان دوره متوسطه طراحی و اجرا شود. این رویکرد بر اساس «نردبان یکپارچگی برنامه درسی» هاردن (Harden)(۵۴) و اصول آموزش مبتنی بر شایستگی (۵۵) و یادگیری مارپیچی برونر (۵۶) تدوین شده است و وضعیت فعلی آموزش سلامت در ایران را از سطح پایین یکپارچگی به سطوح بالاتر (بین رشته‌ای و فرا رشته‌ای) ارتقا می‌دهد. ساختار مفهومی این پیشنهاد در شکل ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که در شکل ۱ نشان داده شده است. این مدل بر اساس نردبان یکپارچگی برنامه درسی هاردن، اصول آموزش مبتنی بر شایستگی و یادگیری مارپیچی برونر تدوین شده و وضعیت فعلی را از سطح پایین یکپارچگی به سطوح بین‌رشته‌ای و فرا رشته‌ای ارتقا می‌دهد. برای مقایسه نظام‌مند و شفاف گزینه‌های سیاستی، هر یک از گزینه‌های پیشنهادی بر اساس مجموعه‌ای از معیارهای پذیرفته‌شده در سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد ارزیابی شدند. این معیارها شامل اثربخشی مورد انتظار، امکان‌پذیری اجرایی، پیامدها و هزینه‌های اقتصادی، تأثیر بر عدالت در سلامت و آموزش، مقبولیت سیاسی و نهادی، و پایداری بلندمدت هستند. استفاده از این چارچوب تحلیلی، علاوه بر فراهم کردن مبنایی برای مقایسه ساختاریافته گزینه‌ها، به تصمیم‌گیران کمک می‌کند تا ضمن ملاحظه محدودیت‌های منابع، ظرفیت‌های نهادی و اولویت‌های نظام آموزشی، مناسب‌ترین گزینه سیاستی را برای استقرار آموزش خودمراقبتی در مدارس ایران انتخاب کنند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]



شکل ۱. چارچوب مفهومی چهارلایه‌ای الگوی طولی آموزش مهارت‌محور خودمراقبتی. این مدل، هم‌ترازی سطوح حکمرانی سیاستی، سازوکارهای آموزشی، تغییر رفتار سلامت‌محور و توسعه شایستگی پایدار را در یک ساختار یکپارچه اجرای سیاست تبیین می‌کند.

Fig 1. The four-layer conceptual framework of the longitudinal model of self-care skill-based education. This model explains the alignment of policy governance levels, educational mechanisms, health-oriented behavior change, and sustainable competency development within an integrated policy implementation structure.

جدول ۳. مقایسه گزینه‌های سیاستی برای ادغام درس خودمراقبتی در نظام آموزشی ایران

گزینه سیاستی	توصیف مختصر	مزایا کلیدی	معایب کلیدی	برآورد هزینه تقریبی	ریسک اصلی	ملاحظات اجرایی
گزینه ۱: تداوم وضعیت فعلی	حفظ برنامه‌های پراکنده و غیرساختاریافته بدون ادغام درس اختصاصی خودمراقبتی	عدم نیاز به بودجه جدید و تغییرات ساختاری؛ اجرای آسان با منابع موجود	ناپایداری و اثربخشی بسیار محدود؛ تداوم روند فزاینده چاقی، کم‌تحرکی و بار NCDها؛ افزایش نابرابری سلامت	هزینه مستقیم اضافی تقریباً صفر (اما هزینه غیرمستقیم بلندمدت بسیار بالا)	تشدید بحران سبک زندگی و فشار فزاینده بر نظام سلامت در نسل آینده	مناسب صرفاً برای شرایط بحران شدید بودجه‌ای کوتاه‌مدت؛ از نظر سیاست‌گذاری پیشگیرانه غیرقابل دفاع
گزینه ۲: اجرای پایلوت در استان‌های منتخب	طراحی، اجرا و ارزیابی آزمایشی درس خودمراقبتی در ۲۰–۱۰ مدرسه در ۳ استان منتخب با همکاری سه‌جانبه و مشارکت خانواده	کم‌ریسک؛ تولید شواهد بومی؛ امکان تنظیم فرهنگی و بهبود برنامه؛ هزینه نسبتاً قابل مدیریت	پوشش محدود جغرافیایی؛ نیاز به هماهنگی فوری و مستمر بین‌بخشی	۱۰۰ تا ۲۰۰ میلیارد تومان (برآورد اولیه نویسندگان برای ۲–۱ سال)	موازی‌کاری نهادها و تأخیر در تصمیم‌گیری برای گسترش ملی در صورت ضعف هماهنگی	تعریف دقیق نقش‌ها، قرارداد همکاری سه‌جانبه و سامانه پایش مشترک از ابتدای اجرا ضروری است
گزینه ۳: نهادینه‌سازی ملی	ادغام اجباری درس خودمراقبتی به‌عنوان واحد مهارت‌محور (۲–۱ واحد) در برنامه درسی ملی با آموزش معلمان، فناوری و رجیستری ملی	پایداری بلندمدت؛ پوشش ملی و عدالت آموزشی نسبی؛ ظرفیت بالقوه کاهش معنادار عوامل خطرNCD ها	هزینه بالا؛ نیاز به اصلاح مقررات و احتمال مقاومت سازمانی و فرهنگی	حدود ۵۰۰ میلیارد تومان در سال (برآورد اولیه نویسندگان برای فاز ملی)	شکست مقیاس‌پذیری در صورت نبود شواهد قوی از پایلوت؛ مقاومت بوروکراتیک و نابرابری اجرایی بین مناطق	ارزشیابی باید پروژه‌محور و رفتارمحور باشد؛ منوط به نتایج مثبت پایلوت و ایجاد سازوکار قانونی مشترک بین دو وزارتخانه

ملاحظات اجرایی

موفقیت اجرای هر یک از گزینه‌های سیاستی، علاوه بر کیفیت طراحی برنامه، به میزان مشارکت، نفوذ و تعهد ذی‌نفعان کلیدی وابسته است. بر اساس چارچوب‌های سیاست‌گذاری آگاه بر شواهد (Evidence-Informed Policymaking) و

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

راهنماهای شبکه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد EVIPNet[12] و WHO، تحلیل ذی‌نفعان یکی از مراحل اساسی طراحی، اجرا و پایش سیاست‌ها محسوب می‌شود؛ زیرا امکان شناسایی نقش، میزان تأثیرگذاری و مسئولیت هر بازیگر را فراهم کرده و به بهبود هماهنگی بین‌بخشی و افزایش امکان‌پذیری اجرای سیاست کمک می‌کند (۵۳).

در این سیاست، وزارت آموزش و پرورش به‌عنوان نهاد راهبر، مسئولیت اصلی برنامه‌ریزی درسی، هماهنگی اجرایی و نظارت بر اجرای برنامه را بر عهده دارد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول تدوین محتوای علمی، ارائه راهنماهای تخصصی و حمایت فنی از برنامه خواهد بود. دانشگاه‌های علوم پزشکی، به‌ویژه دانشکده‌های پرستاری، بهداشت و تغذیه، نقش مهمی در توانمندسازی معلمان، آموزش نیروهای اجرایی و ارزیابی پیامدهای برنامه ایفا می‌کنند. مدیران مدارس و معلمان، بازیگران اصلی اجرای برنامه در سطح مدرسه هستند و میزان پذیرش و مشارکت آنان تأثیر مستقیمی بر موفقیت سیاست خواهد داشت. همچنین والدین، انجمن‌های اولیا و مربیان، دانش‌آموزان و رسانه‌ها از جمله ذی‌نفعان کلیدی محسوب می‌شوند که مشارکت فعال آنان می‌تواند به افزایش پذیرش اجتماعی، تقویت رفتارهای خودمراقبتی و پایداری نتایج برنامه کمک کند. ازاین‌رو، طراحی ساز و کارهای مشارکتی، برگزاری جلسات مشورتی و ایجاد ارتباط مستمر میان ذی‌نفعان در تمامی مراحل طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه توصیه می‌شود (شکل ۲).



شکل ۲. ماتریس قدرت–منافع ذی‌نفعان کلیدی در اجرای سیاست ملی آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدرسه در ایران (منبع: طراحی نویسندگان)

Fig 2. Power–Interest Matrix of key stakeholders in the implementation of the national school-based self-care education policy in Iran (Source: Authors' design)

شکل ۲ ماتریس قدرت– منافع ذی‌نفعان کلیدی در اجرای سیاست ملی آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدرسه در ایران را نشان می‌دهد. در این ماتریس، ذی‌نفعان بر اساس دو محور «میزان قدرت/ نفوذ» و

[12] Evidence-informed Policy Network

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

«میزان منافع/ علاقه» در چهار گروه دسته‌بندی شده‌اند. وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت در ربع قدرت بالا– منافع بالا قرار دارند و باید به‌عنوان بازیگران اصلی مدیریت و هماهنگی شوند. دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران مدارس نیز از ذی‌نفعان کلیدی محسوب می‌شوند که نیازمند مشارکت فعال هستند. والدین، انجمن اولیا و مربیان و دانش‌آموزان عمدتاً در گروه منافع بالا– قدرت متوسط قرار می‌گیرند و باید از طریق سازوکارهای مشارکتی درگیر شوند. این تحلیل به شناسایی اولویت‌های ارتباطی و راهبردهای مدیریت ذی‌نفعان در مراحل طراحی، اجرا و پایش سیاست کمک می‌کند.

توصیه‌های سیاستی

اجرای یک پایلوت ملیِ محدود و ارزیابی‌محور

وزارت آموزش و پرورش، با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی، باید اجرای آزمایشی برنامه آموزش خودمراقبتی را در تعدادی از مدارس و مناطق منتخب آغاز کند. این مرحله باید با هدف آزمون امکان‌پذیری، پذیرش‌پذیری، انطباق فرهنگی، هزینه‌های اجرا و اثربخشی برنامه انجام شود و پیش از هرگونه تصمیم برای تعمیم ملی، شواهد بومی کافی تولید کند. گزینه پایلوت در مقایسه با اجرای فوری و سراسری، ریسک اجرایی و مالی کمتری دارد و امکان اصلاح برنامه بر اساس تجربه واقعی مدارس را فراهم می‌کند.

طراحی برنامه به‌صورت "تم طولی مهارت‌محور خودمراقبتی"

به‌جای افزودن یک درس منفصل و مستقل به برنامه درسی، توصیه می‌شود خودمراقبتی به‌صورت یک تم طولی و مهارت‌محور از پایه اول ابتدایی تا پایان دوره متوسطه طراحی و به‌تدریج در برنامه درسی ادغام شود. محتوای آن باید متناسب با سن دانش‌آموزان و بر شایستگی‌های عملی شامل تغذیه سالم، فعالیت بدنی، سلامت روان، مدیریت استرس، خواب سالم، پیشگیری از رفتارهای پرخطر، سلامت اسکلتی–عضلانی و تصمیم‌گیری آگاهانه تمرکز داشته باشد. این رویکرد با چارچوب یکپارچگی برنامه درسی، آموزش مبتنی بر شایستگی و یادگیری مارپیچی برای مدل پیشنهادی استفاده شده است، همخوانی دارد.

ایجاد سازوکار حکمرانی مشترک بین وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت

یک سازوکار رسمی و مشترک بین‌بخشی برای سیاست‌گذاری، طراحی محتوا، اجرا، تأمین منابع و پایش برنامه ایجاد شود. وزارت آموزش و پرورش باید نهاد راهبر اجرای آموزشی باشد و وزارت بهداشت نقش تخصصی و فنی خود را در تدوین و اعتباربخشی محتوای سلامت ایفا کند؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز در آموزش و توانمندسازی معلمان، پشتیبانی علمی و ارزیابی برنامه مشارکت داشته باشند. تحلیل ذی‌نفعان نیز نشان می‌دهد که وزارت آموزش‌وپرورش و وزارت بهداشت در موقعیت «قدرت بالا–منافع بالا» قرار دارند و نیازمند مدیریت و هماهنگی نزدیک هستند.

سرمایه‌گذاری نظام‌مند بر توانمندسازی معلمان

پیش از گسترش برنامه، چارچوب ملی توسعه حرفه‌ای مستمر معلمان (CPD) تدوین شود تا معلمان علاوه بر دانش سلامت، مهارت‌های آموزش مشارکتی، یادگیری مبتنی بر پروژه، تغییر رفتار و ارزیابی عملکردی دانش‌آموزان را کسب کنند. نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی در این فرایند باید به‌عنوان پشتیبان علمی و آموزشی تعریف شود. در گزینه ملی نیز آموزش نظام‌مند معلمان به‌عنوان یکی از الزامات اصلی اجرای سیاست مطرح شده است.

نهادینه‌سازی مشارکت خانواده و جامعه

اجرای برنامه نباید به محیط مدرسه محدود شود. وزارت آموزش‌وپرورش باید سازوکار رسمی مشارکت والدین، انجمن‌های اولیا و مربیان و سایر ذی‌نفعان

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

اجتماعی را در طراحی، اجرا و پایش برنامه ایجاد کند. بر اساس شواهد بررسی‌شده، به‌ویژه تجربه ژاپن، بر اهمیت پیوند مدرسه و خانواده در پایداری رفتارهای سلامت تأکید دارد. بنابراین، پیام‌های آموزشی و فعالیت‌های خودمراقبتی باید تا حد امکان به محیط خانه و جامعه نیز انتقال یابند.

استقرار نظام پایش و ارزیابی مبتنی بر پیامد

ارزیابی برنامه باید از سنجش صرف دانش و آزمون‌های کتبی فراتر رود و تغییرات واقعی در رفتارهای سلامت، مهارت‌های خودمراقبتی و پیامدهای آموزشی و سلامت دانش‌آموزان را اندازه‌گیری کند. پیشنهاد می‌شود یک چارچوب ملی پایش، شامل شاخص‌های رفتاری، آموزشی و سلامت، از ابتدای اجرای پایلوت طراحی شود. ارزیابی اقتصادی، از جمله تحلیل هزینه- فایده یا هزینه- اثربخشی، نیز باید بخشی از ارزیابی پایلوت باشد تا تصمیم درباره گسترش ملی بر مبنای شواهد اثربخشی و ارزش اقتصادی اتخاذ شود.

تضمین عدالت در اجرای سیاست

گسترش برنامه باید با اصل عدالت آموزشی و سلامت همراه باشد. در طراحی پایلوت و مرحله توسعه ملی، مدارس مناطق روستایی، محروم و کم‌برخوردار باید به‌طور مشخص در نمونه‌گیری و تخصیص منابع مورد توجه قرار گیرند. این موضوع اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا ادامه وضعیت موجود می‌تواند به افزایش شکاف سلامت میان مناطق برخوردار و محروم منجر شود.

تصمیم‌گیری درباره گسترش ملی مشروط به شواهد پایلوت

گسترش ملی نباید صرفاً بر اساس ترجیح سیاستی یا شواهد بین‌المللی انجام شود؛ بلکه باید به نتایج ارزیابی پایلوت مشروط باشد. در صورت دستیابی به شواهد قابل‌قبول درباره امکان‌پذیری، پذیرش، اثربخشی و هزینه- اثربخشی، برنامه می‌تواند به‌صورت مرحله‌ای در سطح ملی گسترش یابد و پس از تثبیت اجرایی، ساز و کار قانونی لازم برای نهادینه‌سازی آن ایجاد شود. این رویکرد با محدودیت‌های شناسایی‌شده در مطالعه، از جمله نبود ارزیابی تجربی مستقیم و محدودیت تعمیم‌پذیری شواهد بین‌المللی به زمینه ایران، سازگار است.

نتیجه‌گیری

این خلاصه سیاستی نشان می‌دهد که آموزش خودمراقبتی در نظام آموزشی ایران، علی‌رغم وجود مؤلفه‌های مرتبط با سلامت در اسناد بالادستی و برنامه‌های آموزشی، همچنان فاقد یک چارچوب منسجم، تدریجی و مهارت‌محور در طول دوره تحصیل است. تداوم آموزش‌های پراکنده و عمدتاً نظری، در کنار ضعف هماهنگی بین‌بخشی و مشارکت محدود خانواده، ظرفیت نظام آموزشی برای پیشگیری از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای رفتارهای سلامت‌محور را محدود می‌کند. شواهد تطبیقی بررسی‌شده نشان می‌دهد که ادغام تدریجی آموزش خودمراقبتی در برنامه درسی، همراه با توانمندسازی معلمان، مشارکت خانواده و جامعه، همکاری بین‌بخشی و پایش مستمر، می‌تواند رویکردی مناسب برای تقویت ظرفیت پیشگیرانه نظام آموزشی باشد. با توجه به محدودیت شواهد بومی و تفاوت‌های زمینه‌ای ایران با سایر کشورها، اجرای فوری و سراسری این سیاست توصیه نمی‌شود؛ بلکه مسیر مرحله‌ای «پایلوت، ارزیابی، اصلاح و گسترش تدریجی» به‌عنوان گزینه‌ای کم‌ریسک‌تر و مبتنی بر شواهد پیشنهاد می‌شود. موفقیت این مسیر مستلزم تعهد نهادی، تأمین منابع پایدار، تضمین عدالت آموزشی و ایجاد سازوکار پایدار برای پایش و ارزیابی پیامدهای سیاست خواهد بود.

محدودیت‌ها

هرچند این مطالعه مرور تطبیقی جامع و مبتنی بر شواهد را ارائه می‌دهد، دارای محدودیت‌هایی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

است. این پژوهش صرفاً بر داده‌های ثانویه و گزارش‌های موجود تکیه دارد و فاقد ارزیابی تجربی مستقیم (مانند پایلوت میدانی) است. احتمال سوءگیری انتخابی و انتشار وجود دارد و هتروژنیته مطالعات داخلی و بین‌المللی تفسیرها را محدود می‌سازد. تعمیم‌پذیری یافته‌ها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و زیرساختی ایران با کشورهای مورد مقایسه (ژاپن، فنلاند، استرالیا) محدود است. محدودیت زمانی جستجو (۱۴۰۴–۱۴۰۰) و ماهیت مقدماتی تحلیل‌های اقتصادی نیز از دیگر کاستی‌ها هستند. با وجود این محدودیت‌ها، مطالعه چارچوب سیاستی منسجمی ارائه می‌دهد که می‌تواند مبنای پژوهش‌های آینده و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

این خلاصه سیاستی بر پایه مرور هدفمند و تطبیقی شواهد و با رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد بر اساس داده‌های ثانویه و گزارش‌های رسمی موجود انجام شد و هیچ‌گونه جمع‌آوری داده اولیه از انسان (مانند مصاحبه یا پرسشنامه) در آن انجام نشده است. این مطالعه با کد اخلاق IR.KUMS.REC. ۱۴۰۵. ۲۰۳ در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تأیید رسید. تمامی منابع مورد استفاده به‌دقت ارجاع‌دهی شده‌اند و تلاش شده است تا دقت علمی، شفافیت و صداقت کامل در گزارش شواهد و تفسیرها رعایت شود.

این مطالعه تحت حمایت مالی هیچ سازمان یا مؤسسه‌ای نبوده است. این مطالعه به صورت مستقل و بدون دریافت هیچ گونه حمایت مالی از سوی سازمان‌ها، مؤسسات یا شرکت‌های خصوصی یا دولتی انجام شده است.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که این پروژه را مورد تأیید قرار داده است صمیمانه قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Musavian AS, Pasha A, Rahebi S-M, Roushan ZA, Ghanbari A. Health promoting behaviors among adolescents: A cross-sectional study. Nurs Midwifery Stud 2014;3(1):e14560. https://doi.org/10.7795/NMSJOURNAL

2.Saffari M, Amini N, Ardebili HE, Sanaeinasab H, Mahmoudi M, Piper CN. Educational intervention on health related lifestyle changes among Iranian adolescents. Iran J Public Health 2013;42(2):172. PMCID: PMC3595656

3.Shirzadi S, Borzu ZA, Jahanfar S, Alvani S, Balouchi M, Gerow HJ, et al. A comparative study of healthy lifestyle behaviors and related factors among Iranian male and female adolescents: a cross-sectional study. BMC Public Health 2025;25(1):558. https://doi.org/10.1186/s12889–025–21688–6

4.Rodgers GP, Gibbons GH. Obesity and hypertension in the time of COVID-19. JAMA 2020;324(12):1163–5. https://doi.org/10.001/jama.2020.16753

5.Kaur S, Kapil U, Singh P. Pattern of chronic diseases amongst adolescent obese children in developing countries. Current Sci 2005; 88(7): 1052–1056. https://www.jstor.org/stable/24110528

6.Bhagat A, Mehendale A, Muneshwar K. Study of obesity among adolescents in rural Wardha district. F1000Res 2024;13:527. https://doi.org/10.12688/f1000research.148494.1

7.Jackson SL, Yang EC, Zhang Z. Income disparities and cardiovascular risk factors among adolescents. Pediatr 2018;142(5):e20181089. https://doi.org/10.1542/peds.2018–1089

8.Gracious BL, Cook SR, Meyer AE, Chirieac MC, Malhi N, Fischetti AT, et al. Prevalence of overweight and obesity in adolescents with severe mental illness: a cross-sectional chart review. J Clin Psychiatry 2010;71(7):15470. https://doi.org/10.4088/JCP.09m05033gre

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

9.Wheaton AG. Short sleep duration among infants, children, and adolescents aged 4 months–17 years—United States, 2016–2018. MMWR Morbidity Mortality Weekly Report 2021;70: 1315–21. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7038a1
10.Dehghani A, Molani-Gol R, Mohammadi-Narab M, Norouzy A, Abolhassani MH, Tabatabaee Jabali SM, et al. The prevalence of obesity and overweight among Iranian population: an umbrella systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2024;24(1):3377. https://doi.org/10.1186/s12889–024–20860–8
11.Ahmadi P, Saghabashi-naeini N. A comparative study of status of health literacy in the curriculum of Finland and Iran. J Health Literacy 2020;4(4):9–17. https://doi.org/0.22038/jhl.2020.42676.1077
12.Osman S, Hirsch C, Jalal Z, Paudyal V. Self-care education in primary schools and related settings in England: An ethnographic study. Health Educ J 2025;84(1):82–94. https://doi.org/10.1177/00178969241309740
13.Amerzadeh M, Takian A, Pouraram H, Sari AA, Ostovar A. Policy analysis of nutrition stewardship for prevention and control of Non-communicable diseases in Iran. BMC Health Serv Res 2023;23(1):79. https://doi.org/10.1186/s12913–023–09087–2
14.World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation: World Health Organization; 2023. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081765
15.World Health Organization. The adolescent health indicators recommended by the Global Action for Measurement of Adolescent Health: Guidance for monitoring adolescent health at country, regional and global levels: World Health Organization; 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240092198
16.Liu G, Fernando Y. Health education in the parameter of physical in primary and secondary schools. International Journal of Innovation Research in Education, Technology Manag 2024;1(1):17–22. https://doi.org/10.61098/ijiretm.v1i1.110
17.Angoorani P, Heshmat R, Ejtahed HS, Motlagh ME, Ziaodini H, Taheri M, et al. The association of parental obesity with physical activity and sedentary behaviors of their children: the CASPIAN-V study. J De Pediatr (Versão em Português). 2018;94(4):410–8. https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.024
18.Shokri A, Mohamadi A, Mohammadi D, Moradi M, Sadeghi S, Mahmoodi H, et al. The relationship between internet addiction and lifestyle among high school students: A cross sectional in the west of Iran. Plos One 2024;19(9):e0308333. https://doi.org/10.1371/journal.pone
19.Honarvar B, Erfannia L, Rafiee F, Zahmatkeshan E, Balaghi Inaloo F, Hamzavizarghani N, et al. Overweight and obesity and its determinants in primary school students: a population-based study from Iran. Sci Report 2025;15(1):21010. https://doi.org/10.1038/s41598–025–98352–x
20.Mirhosseini NA, Lojje H, Dahaj FE, Namayandeh SM. Prevalence of Overweight and Obesity in Children Aged 6-12 Years in Yazd, Iran in 2022. J Nutrit Food Security 2025;10(2):244–7. https://doi.org/10.18502/jnfs.v10i2.35
21.Moradi G, Mostafavi F, Piroozi B, Zareie B, Mahboobi M, Rasouli MA. The prevalence of physical inactivity in Iranian adolescents and the impact of economic and social inequalities on it: Results of a National Study in 2018. BMC Public Health 2020;20(1):1499. https://doi.org/10.186/s12889–020–09618–0
22.Kelishadi R, Qorbani M, Djalalinia S, Sheidaei A, Rezaei F, Arefirad T, et al. Physical inactivity and associated factors in Iranian children and adolescents: the Weight Disorders Survey of the CASPIAN-IV study. J Cardiovasc Thoracic Res 2017;9(1):41. https://doi.org/10.15171/jcvtr.2017.06
23.Ziaei R, Mohammadi R, Dastgiri S, Baybordi E, Rahimi VA, Sadeghi-Bazargani H, et al. The prevalence and correlates of physical activity/inactivity and sedentary behaviour among high-school adolescents in Iran: a cross-sectional study. J Public Health 2022;30(5):1121–31. https://doi.org/10.007/s10389–020–01392–y
24.Ghaffar MA, Rizwan I, Khan I, Ahmed RM, Muneeb S, Lakhani A, et al. Prevalence of upper back pain due to heavy school bag among students. Insights-J Health Rehabilitat 2025;3(3 (Health & Rehabilitation)):94–101. https://doi.org/10.71000/r3amgh72
25.Ehsani-Chimeh E, Sajadi HS, Behzadifar M, Aghaei M, Badrizadeh A, Behzadifar M, et al. Current and former smokers among adolescents aged 12–17 years in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2020;20(1):155. Https://Doi.Org/10.1186/S12889–020–8255–2.
26.Nazarianpirdosti M, Abdi A, Abdi A, Ramazani U. Smoking among high school students in Iran: a meta-analysis study. Iran J Psychiatry 2021;16(2):226. https://doi.org/10.18502/ijps.v16i2.5823
27.Aryaie M, Sharifi H, Khorrami Z, Ardalan G, Rajaei L, Heydari G, et al. Prevalence of cigarette smoking in Iranian adolescents and young adults: a systematic

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

review and meta-analysis. Eastern Mediterranean Health J 2021;27(6):612–28. https://doi.org/10.26719/EMHJ.21.018

28.Bagherian S, Ghasempoor K, Baker JS, Mashhadi M. Physical activity behaviors and overweight status among Iranian school-aged students during the COVID-19 pandemic: a big data analysis. Iran J Public Health 2022;51(3):676. https://doi.org/10.18502/ijph.v51i3.8946

29.Karimiyarandi H, Khalilizad M. Prevalence of orthopedic pains in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Anesthesiology Pain Med 2023;13(4):e136616. https://doi.org/10.5812/aapm–.

30.Oudat Q, Messiah SE, Ghoneum AD. A Multi-Level Approach to Childhood Obesity Prevention and Management: Lessons from Japan and the United States. Nutrient 2025;17(5):838. https://doi.org/10.3390/nu17050838

31.Hong YH, Park S, Shin M, Chung S, Jung J, Sul A-R, et al. Changes in weight distribution and trends in obesity among children and adolescents in East Asia: Insights from NCD-RisC data. Plos One. 2024;19(11):e0310646. https://doi.org/10.1371/journal.pone

32.Jussila A-M, Husu P, Vähä-Ypyä H, Tokola K, Kokko S, Sievänen H, et al. Accelerometer-measured physical activity levels and patterns vary in an age-and sex-dependent fashion among Finnish children and adolescents. Int J Environmental Res Public Health 2022;19(11):6950. https://doi.org/10.3390/ijerph19116950

33.Shackleton N, Jamal F, Viner RM, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: systematic review of reviews. J Adol Health 2016;58(4):382–96. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.017

34.Kotlyk A, Kanova O, Viunnyk D. The role of extracurricular educational institutions in advancing sustainable development. Ukrainian J Applied Econom Technology 2025;10(1):46–50. https://doi.org/10.36887/2415–8453–2025–1–7

35.Fujiwara S, Harada K, Hagiya H, Koyama T, Hasegawa K, Tsukahara H, et al. Trends in childhood obesity in Japan: A nationwide observational study from 2012 to 2021. Clin Obesity 2024;14(2): e12636. https://doi.org/10.1111/cob

36.Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT), Japan. School Health Survey 2024 (released February 2025). 2025. https://www.mext.go.jp/en/

37.Kurotani K, Shinsugi C, Miyoshi M, Takimoto H. Overviews of Shokuiku Promotion. Japanese J Nutrit Diet 2020;78(Supplement):S50–S9. https://doi.org/10.5264/EIYOGAKUZASHI.78.S50.

38.Paakkari O, Paakkari L. Health literacy and the school curriculum: the example of Finland. International handbook of health literacy: Policy Press; 2019. p. 521–34. file:///C:/Users/DATA%20CENTER/Downloads/9781447344520_webpdf.pd.

39.Mäki P, Kauppala T, Leväläht E, Tuovinen E, Vuorenmaa M. Developing a Monitoring System of Overweight and Obesity in Finnish Children. Europ J Public Health 2025;35(Supplement_4):ckaf161. 1796. https://doi.org/10.093/eurpub/ckaf161

40.World Health Organization. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-11788-51560-78769

41.Husu P, Tokola K, Vähä-Ypyä H, Sievänen H, Kokko S, Villberg J, et al. Physical activity has decreased in Finnish children and adolescents from 2016 to 2022. BMC Public Health 2024;24(1):1343. https://doi.org/10.186/s12889–024–8854–7

42.Peralta LR, Rowling L. Implementation of school health literacy in Australia: A systematic review. Health Edu J 2018;77(3):363–76. https://doi.org/10.1177/0017896917746431

43.Wilson K, Soria N, Polite W. Exploring the relationship between social-emotional risk and literacy outcomes: evidence from a collective impact, targeted mentoring initiative. School-University Partnerships. 2025;18(1):59–80. 10.1108/sup–11–2024–0036

44.Hosokawa R, Matsumoto Y, Nishida C, Funato K, Mitani A. Enhancing social-emotional skills in early childhood: intervention study on the effectiveness of social and emotional learning. BMC Psychology 2024;12(1):761. https://doi.org/10.1186/s40359–024–02280–w

45.Moulaei K, Salehi S, Shahabian M, et al. A national platform for advancing self-care processes for the most common illnesses and conditions: designing, evaluating, and implementing. BMC Med Inform Decis Mak 2024; 24(1): 331. https://doi.org/10.1186/s12911–024–02744–4

46.Supreme Council of the Cultural Revolution. Fundamental Transformation Document of Education. Tehran: Supreme Council of the Cultural Revolution; 2011 (persian). https://iranestekhdam.ir/storage/medias/2024-01-27/1706356024_%D8%B3%D9%86%D8%AF-

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]

%D8%AA%D8%AD%D9%88%D9%84-%D8%A8%D9%86%DB%8C%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D9%86.pdf

47.Organization for Educational Research and Planning, Supreme Council of Education. National Curriculum of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Organization for Educational Research and Planning; 2012. https://www.oerp.ir/Portals/0/%D8%B1%D8%A7%D9%87%D9%86%D9%85%D8%A7%DB%8C%20%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87%20%D8%AF%D8%B1%D8%B3%DB%8C/%20%20.pdf?ver=sCXcrP_j7i3WFuan3zYAvQ%3d%3d

48.Torabi Z, Shakibazadeh E, Tajvar M, Rezaei N. Noncommunicable diseases challenges and opportunities in Iran: a qualitative study. Sci Report 2025;15(1):8975. https://doi.org/10.1038/s41598–025–92897–7

49.Waliyanti E, Susanti AN, Faiqoturrohmah F, Wahdah IZ, Anugerah S. Health promotion as a preventive effort against non-communicable diseases in adolescents. Community Empower 2025;10(9):1861–9. https://doi.org/10.31603/ce.14606

50.Eghtesad S, Mohammadi Z, Shayanrad A, Faramarzi E, Joukar F, Hamzeh B, et al. The PERSIAN cohort: providing the evidence needed for healthcare reform. Arch Iran Med 2017;20(11):691–5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29480734/.

51.Alonge O, Chiumento A, Hamoda HM, Gaber E, Huma Z-e-, Abbasinejad M, et al. Identifying pathways for large-scale implementation of a school-based mental health programme in the Eastern Mediterranean Region: a theory-driven approach. Health Policy Plan 2020;35(Supplement_2):ii112–ii23. https://doi.org/10.1093/heapol/czaa124

52.Akbari Zardkhaneh S, Rajabi M, Zanganeh AM, Namaki S, Mansourkiaee N, Jallalat Danesh M, et al. A national school-based screening program for mental health problems among children aged 6 to 12 years in Iran: scale development and psychometric evaluation. Mental Health, Relig Cult 2023;26(6):523–38. https://doi.org/10.1080/13674676.2021.2025350

53.Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst 2009;7 Suppl 1(Suppl 1):S14. https://doi.org/0.1186/478–4505–7–S1–S14

54.Harden RM. The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation. Med Edu 2000; 34(7):551. https://doi.org/10.1046/j.365–2923.000.00697.x.

55.Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach 2010;32(8):638–45. https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190

56.Bruner JS. The process of education. Cambridge: Harvard Univer. http://edci770.pbworks.com/w/file/fetch/45494576/Bruner_Processes_of_Education.pdf. Press; 1960

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.66224/ismj.29.4.247]