



Development and Validation of a Curriculum Model for Social Health Education in Elementary Schools

Fatemeh Noori¹ , Maryam Safari² , Ali Asghar Bayani³ , Hasan Saemi⁴

1. Department of Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran. f19165035@gmail.com
2. Department of Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran (**Corresponding author**). dr.safarimaryam@iau.ac.ir
3. Department of Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran. aa.bayani@iau.ac.ir
4. Department of Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran. saemi_61@yahoo.com

Abstract

Background and Objectives: Social health is a multidimensional construct essential to the holistic development of primary school students. This study aimed to develop and validate a curriculum model for social health education in primary schools.

Method: A mixed-methods approach with a sequential exploratory design was employed. In the qualitative phase, deductive-inductive content analysis was conducted on 27 selected scientific documents from 84 identified sources and semi-structured interviews with 12 experts in curriculum studies, educational psychology, and sociology of education. Data were analyzed through three-stage coding. In the quantitative phase, the model was validated using data from 250 primary school teachers across three provinces. Measurement and structural models were assessed using reliability, validity, and structural criteria.

Findings: Five core elements were identified: rationale, objectives, content, teaching-learning methods, and assessment. The rationale encompassed individual-psychological, educational-pedagogical, sociocultural, economic, and environmental and inclusive dimensions. Item factor loadings ranged from 0.74 to 0.89; Cronbach's alpha and composite reliability indicated acceptable internal consistency, and AVE exceeded 0.50 for all constructs. All hypothesized structural relationships were significant at the 0.05 level. R^2 ranged from 0.235 to 0.530 and Q^2 from 0.176 to 0.398, indicating acceptable explanatory and predictive power. First-order construct loading on the second-order social health curriculum model ranged from 0.87 to 0.92.

Conclusion: The proposed model provides an interconnected, multidimensional, and empirically supported framework linking social and educational rationales to curriculum objectives, appropriate content, active and experiential teaching-learning methods, and process-oriented assessment.

Keywords: Model, Development, Agency, Teachers, Primary school.

Received: 2026/06/22; **Revised:** 2026/08/26; **Accepted:** 2026/03/17; **Published online:** 2026/10/09

Citation: Noori, F., Safari, M., Bayani, A. A., & Saemi, H. (2026). Development and validation of a curriculum model for social health education in elementary schools. *Research and Innovation in Primary Education*, 8(3), -.
<https://doi.org/10.48310/reek.2025.16543.1321>

Publisher: Farhangian University

<https://reek.cfu.ac.ir/>

Article type: Research Article

© 2026 / authors retain the copyright and full publishing rights.



Extended Abstract

Introduction: In the contemporary educational landscape, the conceptualization of “social health” has undergone a profound paradigm shift, moving far beyond rudimentary hygiene or physical well-being to encompass complex socio-emotional competencies, relational intelligence, and the ability to navigate multifaceted social environments. For children in the elementary school stage, this developmental period is an irreplaceable window for the formation of social identities, the internalization of prosocial behaviors, and the cultivation of emotional regulation. However, a critical analysis of existing educational frameworks reveals that social health is frequently relegated to an incidental byproduct of school life rather than a systematic, intentional pedagogical objective. This lack of formal structure often results in a fragmented approach to social development, leaving students ill-equipped to handle the increasing complexities of modern social dynamics, including the pervasive influence of digitally-mediated interactions and the fragmentation of traditional community bonds. Consequently, there is an urgent, evidence-based necessity for a comprehensive curriculum model that integrates cognitive, affective, and behavioral dimensions into a cohesive instructional framework. The primary objective of this research was to design and subsequently validate a robust, culturally-responsive curriculum model for social health education, specifically tailored to the unique developmental, cognitive, and socio-cultural requirements of Iranian elementary school students. This study seeks to address the theoretical and practical void in current curricula by providing a framework that bridges the gap between abstract socio-emotional theories and concrete, classroom-based pedagogical practices.

Method: To ensure both profound conceptual depth and rigorous empirical validity, this study employed a sequential exploratory mixed-methods design, a methodology particularly suited for complex curriculum development tasks. The research was executed in two distinct but deeply interconnected phases, beginning with an extensive qualitative phase designed to ground the model in expert consensus and theoretical rigor. In this initial phase, the researchers first conducted a systematic, multi-stage content analysis of 27 seminal scientific documents, including international guidelines and national educational standards, to identify the foundational pillars of social health. This deductive step was followed by an inductive process involving semi-structured, in-depth interviews with a purposive sample of 12 experts, comprising leading scholars in curriculum studies, developmental psychologists, and social health practitioners. The qualitative data underwent a rigorous thematic analysis process, including open, axial, and selective coding, to ensure that the resulting model reflected not only global pedagogical trends but also the specific socio-cultural nuances of the Iranian educational context. Following the qualitative conceptualization, the research transitioned into a large-scale quantitative phase aimed at testing the structural integrity and psychometric reliability of the proposed model. A descriptive-explanatory survey design was implemented, utilizing a sample of 250 elementary school teachers. To ensure representativeness and minimize sampling bias, a multi-stage stratified random sampling technique was applied across three major provinces in Iran: Tehran, Fars, and Khorasan Razavi. The primary instrument for this phase was a structured questionnaire developed based on the qualitative findings, which was subjected to rigorous pilot testing. The data were analyzed using Structural Equation Modeling (SEM) via the SmartPLS 4 software, which allowed for the assessment of complex relationships between latent constructs. The psychometric robustness of the model was established through comprehensive statistical testing, yielding an overall Cronbach’s alpha of 0.87, Average Variance Extracted (AVE) values exceeding 0.5, and Composite Reliability (CR) scores surpassing 0.7. Furthermore, the content validity of the instrument was confirmed through a formal consensus-building process involving a panel of five highly specialized experts, ensuring that the model was both pedagogically sound and contextually appropriate for the target demographic.

Findings: The integration of qualitative insights and quantitative validation yielded a highly structured, five-element curriculum model consisting of Necessity, Objectives, Content, Teaching-Learning Methods, and Evaluation. The qualitative findings revealed that the Necessity of social health education is not a singular requirement but a multi-dimensional imperative spanning five critical domains: individual-psychological, educational-pedagogical, socio-cultural, economic, and environmental-inclusive. This multifaceted framing ensures that the curriculum addresses the holistic needs of the child within their broader ecosystem. A significant theoretical contribution emerged during the development of the Objectives component, where the study successfully delineated a clear boundary between “Responsibility” as an internal, affective-attitudinal disposition and “Social Responsibility” as an overt, participatory social action.

This distinction is critical for curriculum design, as it prevents the common error of conflating internal values with external behaviors, thereby allowing for more precise instructional targeting and assessment.

The Content dimension was organized into six thematic axes: identity and social self-awareness, interpersonal communication skills, cooperation and teamwork, citizenship and social responsibility, emotion management in social contexts, and an explicitly emphasized axis regarding “Safety and Care in Social Relationships.” The inclusion of the latter as a standalone axis represents a significant innovation, addressing the unique challenges of relational safety in the era of digital connectivity and contemporary cultural shifts. Regarding Teaching-Learning Methods, the findings strongly advocated for a departure from traditional, transmission-oriented, and teacher-centered pedagogies. Instead, the model promotes active, experiential, dialogue-based, reflective, and modeling-based instruction, which is more aligned with the social-constructivist nature of social competence acquisition. Similarly, the Evaluation component was redefined as a qualitative, process-oriented endeavor, moving away from the limitations of standardized, grade-based metrics toward the use of systematic observation, student portfolios, self-assessment, and descriptive feedback. The quantitative phase provided empirical confirmation of this structural synergy. The goodness-of-fit index (GoF) of 0.509 indicated a robust alignment between the proposed theoretical framework and the empirical data. All hypothesized structural paths within the model were found to be statistically significant, with path coefficients consistently exceeding 0.40, which signifies not only statistical significance but also substantial practical effect sizes. Furthermore, the predictive relevance of the model was validated through positive values across all constructs, ranging from 0.176 to 0.398. Notably, the “Evaluation” construct exhibited the highest predictive relevance, a result that underscores the critical, systemic role of assessment in maintaining the integrity and responsiveness of the entire curricular ecosystem.

Discussion and Conclusion: In conclusion, this research provides a comprehensive, evidence-based, and culturally responsive framework that successfully bridges the gap between theoretical socio-emotional constructs and practical classroom application. The findings demonstrate that a successful social health curriculum must be viewed as a holistic, integrated ecosystem where each element—from the identified necessity to the process-oriented evaluation—is deeply interconnected and mutually reinforcing. The successful distinction between internal dispositions and external social actions offers a new level of precision for both educators and researchers in the field of curriculum studies. Based on these findings, several recommendations are proposed. First, for educational policy makers, it is essential to transition social health from a peripheral or “hidden” subject to a formalized, core component of the national elementary curriculum. Second, for educators and school administrators, there must be a concerted effort to shift pedagogical practices away from traditional, lecture-based methods toward active, constructivist, and experiential learning environments that foster genuine social engagement. Third, curriculum designers should prioritize the inclusion of modern relational challenges, such as digital safety and socio-emotional management, to ensure the curriculum remains relevant to the contemporary lives of children. Finally, it is recommended that assessment practices be modernized, moving toward qualitative, portfolio-based, and descriptive feedback mechanisms that can capture the nuanced, non-linear nature of social and emotional growth. Future research should aim to implement this model in longitudinal, experimental studies to evaluate its long-term impact on social competence and to further refine its application across diverse socio-economic and cultural contexts.

Ethical Considerations: Ethical considerations were observed throughout the research process, including obtaining informed consent from participants, ensuring the confidentiality of data, and guaranteeing voluntary participation in the interviews.

Authors' Contribution: All authors made an equal contribution to the preparation and development of this manuscript.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: This study received no financial support from any organization or institution.

Acknowledgements: The authors would like to express their sincere gratitude to the elementary school teachers and the panel of subject-matter experts whose invaluable insights and participation made this comprehensive research possible.



طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی برای دانش آموزان دوره ابتدایی

فاطمه نوری^۱، مریم صفری^۲، علی اصغر بیانی^۳، حسن صائمی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران. f19165035@gmail.com

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران (نویسنده مسئول).

dr.safarimaryam@iau.ac.ir

۳. استاد، گروه علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران. aa.bayani@iau.ac.ir

۴. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران. saemi_61@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی انجام شد. **روش:** پژوهش با رویکرد آمیخته و طرح اکتشافی متوالی انجام شد. در بخش کیفی، تحلیل محتوای قیاسی-استقرایی بر روی ۲۷ سند علمی منتخب از میان ۸۴ منبع شناسایی شده و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۲ نفر از خبرگان حوزه‌های برنامه‌ریزی درسی، روان‌شناسی تربیتی و جامعه‌شناسی آموزش انجام گرفت و داده‌ها با کدگذاری سه‌مرحله‌ای تحلیل شد. در بخش کمی، داده‌های ۲۵۰ معلم دوره ابتدایی از سه استان برای اعتبارسنجی الگو گردآوری، و با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل کیفی به شناسایی پنج عنصر اصلی شامل ضرورت، اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی-یادگیری و ارزشیابی منجر شد. ضرورت الگو در ابعاد فردی-روان‌شناختی، آموزشی-پداگوژیک، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست‌محیطی-فراگیر تبیین شد. بارهای عاملی گویه‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ قرار داشت و آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی در سطح قابل قبول بود. مقادیر AVE تمامی سازه‌ها بیش از ۰/۵۰ به دست آمد. تمامی روابط ساختاری در سطح ۰/۰۵ معنادار بودند. مقادیر R^2 بین ۰/۲۳۵ تا ۰/۵۳۰ و Q^2 بین ۰/۱۷۶ تا ۰/۳۹۸ بود. همچنین، بارهای عاملی سازه‌های مرتبه اول بر سازه مرتبه دوم «الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی» بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ قرار داشت.

نتیجه‌گیری: الگوی پیشنهادی از ساختاری چندعنصری و به هم پیوسته برخوردار است که در آن ضرورت‌های اجتماعی و تربیتی، اهداف برنامه درسی را جهت‌دهی کرده و اهداف از طریق محتوای متناسب، روش‌های یاددهی-یادگیری فعال و تجربه‌محور و ارزشیابی فرایندمحور به طراحی برنامه درسی پیوند می‌یابند. شواهد حاصل از مدل اندازه‌گیری و ساختاری، اعتبار تجربی این چارچوب را تأیید کرد. این الگو می‌تواند چارچوبی منسجم و مبتنی بر شواهد برای طراحی و سازمان‌دهی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: الگو، توسعه، عاملیت، معلمان، دوره ابتدایی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱؛ تاریخ اصلاح: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۷/۱۷

استناد به این مقاله: نوری، فاطمه؛ صفری، مریم؛ بیانی، علی اصغر؛ صائمی، حسن. (۱۴۰۵). طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی برای دانش آموزان دوره ابتدایی. پژوهش و نوآوری در آموزش ابتدایی، ۸(۳)، - . <https://doi.org/10.48310/reek.2025.16543.1321>

نوع مقاله: پژوهشی

<https://reek.cfu.ac.ir/>

ناشر: دانشگاه فرهنگیان

© ۱۴۰۵ / نویسندگان دارنده حق مؤلف مقاله خود بدون محدودیت هستند.



مقدمه

سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد بنیادین سلامت انسان، نقشی تعیین کننده در کیفیت زندگی، سازگاری فردی و مشارکت اجتماعی ایفا می کند. این مفهوم به توانایی فرد در برقراری روابط مثبت، ایفای نقش های اجتماعی، احساس تعلق به جامعه و مدیریت تعاملات اجتماعی اشاره دارد (Keyes, 1998). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت اجتماعی بخشی جدایی ناپذیر از سلامت جامع است که، در کنار ابعاد جسمی و روانی، زمینه ساز رشد متعادل فرد و انسجام اجتماعی می شود (WHO, 2022). اندیشمندانی چون دورکیم نیز سلامت اجتماعی را شاخصی از میزان جامعه پذیری افراد و عاملی مؤثر در پیشگیری از انحرافات اجتماعی دانسته اند (Durkheim, 1951).

پژوهش های اخیر نشان می دهند که ضعف در سلامت اجتماعی، به ویژه در کودکان، می تواند پیامدهایی همچون بروز مشکلات رفتاری، کاهش اعتماد به نفس، افت عملکرد تحصیلی و افزایش آسیب های روانی-اجتماعی را به دنبال داشته باشد (Kou, 2022; Lee et al., 2023). از این رو، توجه به سلامت اجتماعی در دوران کودکی، به ویژه در دوره ابتدایی، اهمیتی دوچندان می یابد. دوره، به عنوان حساس ترین مرحله رشد اجتماعی و عاطفی، نقش اساسی ای در شکل گیری مهارت هایی نظیر همدلی، همکاری، حل تعارض، مسئولیت پذیری و تنظیم هیجان ایفا می کند. در این دوره کودکان برای نخستین بار به صورت نظام مند وارد شبکه ای از روابط اجتماعی فراتر از خانواده می شوند و مدرسه، به عنوان نهاد اجتماعی کننده ثانویه، نقشی کلیدی در این فرایند بر عهده دارد (Starkey, 2022a).

از منظر نظری، Keyes (1998) سلامت اجتماعی را در قالب پنج مؤلفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی تبیین می کند، که هر یک بیانگر کیفیت تعامل فرد با جامعه است. تحقق این مؤلفه ها در کودکان، مستلزم آموزش هدفمند و متناسب با ویژگی های رشدی آنان است. پژوهش های روان شناختی نیز نشان می دهند که سلامت اجتماعی کودکان به طور مستقیم با مؤلفه هایی چون خودپنداره، تنظیم هیجان، همدلی، مهارت های ارتباطی و مسئولیت پذیری اجتماعی مرتبط است (Jennings, 2022a). با وجود این اهمیت، بررسی برنامه های درسی دوره ابتدایی نشان می دهد که آموزش سلامت اجتماعی اغلب به صورت پراکنده، غیر ساختاریافته و عمدتاً ضمنی مورد توجه قرار گرفته است. تمرکز غالب برنامه های درسی بر اهداف شناختی و محتوای دانشی است و آموزش نظام مند مهارت های اجتماعی و عاطفی جایگاه روشنی در ساختار رسمی برنامه درسی ندارد (Ferreira et al., 2022b; نوری و همکاران، ۱۴۰۵). این وضعیت شکافی معنادار میان نیازهای واقعی دانش آموزان و آنچه به طور رسمی در برنامه درسی دنبال می شود ایجاد کرده است. مطالعات بین المللی نشان می دهند که آموزش سلامت اجتماعی در برنامه درسی ابتدایی اغلب به صورت ضمنی و فاقد چارچوب منسجم ارائه می شود. پژوهش داخلی نظیر (رحیمی و همکاران، ۱۴۰۰) نیز حاکی از آن است که محتوای سلامت اجتماعی در کتب درسی به صورت پراکنده و بدون توالی منطقی گنجانده شده است. این مطالعات عمدتاً توصیفی بوده و به طراحی الگوی ساختاریافته ای برای یکپارچه سازی سلامت اجتماعی در برنامه درسی نپرداخته اند. هیچ یک از این پژوهش ها معیارهای بومی سازی فرهنگی را به طور نظام مند در طراحی برنامه درسی لحاظ نکرده اند. مطالعات تجربی (Anderson & Taylor, 2022; Smith & Johnson, 2023) نشان داده اند که اجرای برنامه های سلامت اجتماعی در مدارس ابتدایی منجر به کاهش قلدری، افزایش اعتماد به نفس و بهبود عملکرد تحصیلی می شود. پژوهش هایی (مانند Gueldner et al. 2020 و Lee et al. 2023) نیز بر نقش این برنامه ها در افزایش تاب آوری و پیشگیری از آسیب های روانی-اجتماعی تأکید کرده اند. اغلب این مطالعات در بافت فرهنگی غربی انجام شده و قابلیت تعمیم پذیری به جامعه ایرانی را بدون تعدیل فرهنگی ندارند. این پژوهش ها عمدتاً بر پیامدهای کوتاه مدت تمرکز کرده و اثربخشی بلندمدت برنامه ها را مورد بررسی قرار نداده اند. مرور نظام مند پژوهش های داخلی (مانند رحیمی و همکاران، ۱۴۰۰) نشان می دهد که بسیاری از مداخلات آموزشی در حوزه سلامت اجتماعی، ترجمه ای از الگوهای غربی بوده و کمتر به ارزش ها و هنجارهای جامعه ایرانی توجه شده است. در پژوهش (Gueldner et al. 2020) نیز اشاره شده که تطبیق فرهنگی برنامه های سلامت اجتماعی یک چالش اساسی در جوامع غیر غربی است. پژوهش های داخلی موجود عمدتاً

به توصیف وضعیت موجود پرداخته و کمتر به طراحی الگوی بومی و اعتبارسنجی شده اقدام کرده‌اند. خلأ یک چارچوب برنامه درسی، که هم‌زمان مبانی روان‌شناختی رشد کودک و اقتضائات فرهنگی-اجتماعی ایران را در نظر بگیرد، به‌وضوح احساس می‌شود.

Herrera et al. (2020a) در مطالعه خود نشان داد که سنجش کمی نمره‌محور به‌تنهایی قادر به ارزیابی مهارت‌های اجتماعی نیست و باید با ابزارهای کیفی مانند مشاهده و پوشه کار تکمیل شود. در مطالعات داخلی نیز بر لزوم استفاده از بازخورد توصیفی و خودارزیابی در ارزشیابی سلامت اجتماعی تأکید شده است. با وجود تأکید بر روش‌های کیفی، پژوهش‌های کمی‌تری به طراحی و اعتبارسنجی ابزارهای کیفی مناسب برای ارزشیابی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی پرداخته‌اند. در سال‌های اخیر، توجه به طراحی الگوهای نظام‌مند در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی جهت ارتقای توانمندی‌های آموزشی و اجتماعی اهمیت دوچندانی یافته است. از یک سو، فرایند طراحی و اعتباریابی الگوها می‌تواند به توسعه ظرفیت‌های حرفه‌ای و عاملیت در محیط‌های آموزشی کمک کند (زاهد بابلان و همکاران، ۱۴۰۵)؛ و از سوی دیگر، توجه به مؤلفه‌هایی نظیر سواد عاطفی و تاب‌آوری در ساختار برنامه‌ریزی درسی می‌تواند زمینه‌ساز بهبود مهارت‌های اجتماعی و سلامت روان در میان یادگیرندگان شود (جدیدی محمدآبادی، ۱۴۰۵). با توجه به این ضرورت‌ها، پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی تدوین شده است. خلأ یک نظام ارزشیابی یکپارچه، که هم‌زمان ابعاد شناختی، نگرشی و مهارتی را پوشش دهد، در ادبیات پژوهش مشهود است. با وجود تأکید مطالعات پیشین بر اهمیت آموزش سلامت اجتماعی در مدارس، بررسی برنامه‌های درسی دوره ابتدایی نشان می‌دهد که این آموزش اغلب به‌صورت پراکنده، غیرساختاریافته و عمدتاً ضمنی ارائه می‌شود. همچنین، اکثر الگوهای موجود مبتنی بر چارچوب‌های وارداتی هستند و کمتر به زمینه فرهنگی، ارزشی و اجتماعی جامعه ایرانی توجه داشته‌اند. این امر منجر به شکافی معنادار میان نیازهای واقعی دانش‌آموزان ایرانی و محتوای برنامه‌های درسی رسمی شده است. نوآوری این پژوهش در تدوین یک الگوی بومی، جامع و اعتبارسنجی شده برای برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی است، که هم بر مبانی روان‌شناختی رشد کودک استوار است و هم با زمینه فرهنگی-اجتماعی ایران همخوانی دارد. به‌طور مشخص: این الگو پنج عنصر اصلی (ضرورت، اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی-یادگیری و ارزشیابی) را در قالب یک چارچوب منسجم ارائه می‌دهد؛ تمایز مفهومی میان «مسئولیت‌پذیری» (بعد نگرشی-عاطفی) و «مسئولیت‌پذیری اجتماعی» (بعد مشارکتی-عملی) را شفاف می‌سازد؛ مؤلفه «امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی» را به‌عنوان یک محور مستقل در محتوای برنامه درسی وارد می‌کند که پاسخ‌گوی چالش‌های نوپدید (از جمله فضای دیجیتال) است؛ از روش‌شناسی ترکیبی (کیفی-کمی) و مدل‌سازی معادلات ساختاری برای اعتبارسنجی روابط بین عناصر الگو استفاده می‌کند که فراتر از رویکردهای صرفاً توصیفی مطالعات پیشین است. این پژوهش با هدف کلی تدوین و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی با رویکرد روان‌شناختی-فرهنگی برای دانش‌آموزان دوره ابتدایی انجام شده است. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر فقدان یک الگوی جامع، بومی و اعتبارسنجی شده برای برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی است؛ الگویی که هم بر مبانی روان‌شناختی رشد کودک استوار باشد و هم با زمینه فرهنگی-اجتماعی ایران همخوانی داشته باشد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی با رویکرد روان‌شناختی-فرهنگی برای دانش‌آموزان دوره ابتدایی انجام شده است.

پیشینه پژوهش

سلامت اجتماعی یکی از ابعاد مهم سلامت و از مؤلفه‌های اساسی زندگی مطلوب فرد و جامعه است که با کیفیت روابط اجتماعی، احساس تعلق و مشارکت اجتماعی، توانایی برقراری تعامل سازنده با دیگران و ایفای نقش مؤثر در جامعه ارتباط دارد. در ادبیات نظری، توجه به سلامت اجتماعی از مفهوم سلامت فردی فراتر رفته و نقش شرایط اجتماعی و محیط‌های زندگی در شکل‌گیری آن مورد تأکید قرار گرفته است. کییز، با طرح مفهوم بهزیستی اجتماعی، سلامت اجتماعی را در ارتباط با کیفیت تعامل فرد با جامعه و ارزیابی وی از کارکرد اجتماعی خود تبیین کرده است (Keyes, 1998). همچنین، مطالعات انجام‌شده درباره رابطه روابط اجتماعی

و سلامت نشان داده‌اند که کیفیت روابط و پیوندهای اجتماعی می‌تواند با پیامدهای سلامت افراد ارتباط داشته باشد (Umberson & Montez, 2010). از این منظر، سلامت اجتماعی پدیده‌ای چندبعدی است که شکل‌گیری و ارتقای آن به تعامل عوامل فردی، خانوادگی، آموزشی، اجتماعی و محیطی وابسته است.

در ایران نیز مطالعات متعددی به تبیین مفهوم، ابعاد و عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. مدیری و همکاران سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن را بررسی کردند و بر اهمیت عوامل اجتماعی مرتبط با این سازه تأکید داشتند (مدیری و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین، مطالعه‌ی نیازی و همکاران، با رویکرد فراترکیب، به تدوین و طراحی مدلی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان پرداخته است (نیازی و همکاران، ۱۴۰۱). ذوالفقاری و قیومی نیز، در یک فراتحلیل، رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی را بررسی کردند که نشان‌دهنده‌ی اهمیت روابط و منابع اجتماعی در تبیین سلامت اجتماعی است (ذوالفقاری و قیومی، ۱۴۰۲). در همین راستا، پناهی و همکاران، با مرور آسیب‌های سلامت اجتماعی در ایران و راهکارهای مرتبط، بر ضرورت توجه نظام‌مند به این حوزه تأکید کرده‌اند (پناهی و همکاران، ۱۴۰۳). این مجموعه مطالعات نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی و اجتماعی قرار دارد و برای ارتقای آن باید به محیط‌های شکل‌دهنده‌ی رفتار و روابط اجتماعی توجه کرد.

یکی از مهم‌ترین محیط‌های شکل‌دهنده‌ی سلامت اجتماعی، مدرسه است. مدرسه، علاوه بر کارکرد آموزشی، محیطی اجتماعی برای تعامل دانش‌آموزان، شکل‌گیری هویت، یادگیری قواعد و هنجارهای اجتماعی، مشارکت و تجربه‌ی همکاری با دیگران است. در این زمینه، اقبال و شمس‌راوندی رابطه‌ی سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی را در دانش‌آموزان بررسی کرده‌اند و مطالعات انجام‌شده درباره‌ی دانش‌آموزان نیز بر اهمیت عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی آنان تأکید دارند (اقبال و شمس‌راوندی، ۱۴۰۲). همچنین، سمیعی و همکاران به بررسی رابطه‌ی الگوی رفتاری معلم با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان ابتدایی پرداخته‌اند (سمیعی و همکاران، ۱۴۰۳). شهرکی و همکاران نیز تأثیر برنامه‌ی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان را بررسی کرده‌اند (شهرکی و همکاران، ۱۴۰۳). این مطالعات نشان می‌دهند که روابط و تعاملات موجود در مدرسه و همچنین شیوه‌های آموزشی می‌توانند با وضعیت سلامت دانش‌آموزان ارتباط داشته باشند. از سوی دیگر، خانواده و سرمایه‌ی اجتماعی نیز در شکل‌گیری سلامت اجتماعی دانش‌آموزان اهمیت دارند. صفری و حقی رابطه‌ی سلامت اجتماعی جوانان و عملکرد خانواده را بررسی کرده‌اند (صفری و حقی، ۱۴۰۲) و همتی‌راد و همکاران نیز رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه‌ی دوم را مورد مطالعه قرار داده‌اند (همتی‌راد و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، مطالعات مرتبط با هویت دانش‌آموزان بر ارتباط میان فرایند شکل‌گیری هویت و سلامت اجتماعی تأکید کرده‌اند (بندانی، ۱۴۰۱؛ مطلبی و همکاران، ۱۴۰۱). از این منظر، برنامه‌ی درسی سلامت اجتماعی نمی‌تواند صرفاً بر انتقال مجموعه‌ای از اطلاعات درباره‌ی سلامت متمرکز باشد، بلکه باید زمینه‌ی رشد مهارت‌های ارتباطی، هویت اجتماعی، مشارکت، مسئولیت‌پذیری و تعامل سازنده با محیط را فراهم کند.

در مطالعات خارجی نیز بر نقش آموزش و محیط‌های آموزشی در رشد شایستگی‌های اجتماعی و عاطفی تأکید شده است. اکلز و روسر مدرسه را یکی از زمینه‌های مهم رشد دانش‌آموزان معرفی کرده‌اند (Eccles & Roeser, 2011). خزانچی و همکاران بر اهمیت یادگیری اجتماعی-عاطفی در شکل‌دهی رفتارهای مثبت تأکید کرده‌اند (Khazanchi et al., 2021) و لی و همکاران نقش محیط یادگیری خانه را در شایستگی اجتماعی-عاطفی کودکان بررسی کرده‌اند (Li et al., 2023). همچنین، لویناز ادراک و عملکرد معلمان درباره‌ی آموزش اجتماعی و عاطفی را در چند کشور بررسی کرده است (Loinaz, 2019). استارکی نیز رابطه‌ی آموزش، انسجام اجتماعی و حقوق بشر را مورد توجه قرار داده است (Starkey, 2022b). مجموعه‌ی این مطالعات نشان می‌دهد که آموزش اجتماعی و رشد شایستگی‌های اجتماعی نیازمند توجه به محیط یادگیری، نقش معلم، تعاملات اجتماعی و فرصت‌های مشارکت دانش‌آموزان است.

در همین راستا، آموزش سلامت در مدرسه نیز نیازمند پیوند میان سواد سلامت، آموزش و محیط آموزشی است. آولد و همکاران بر همکاری میان حوزه‌ی آموزش سلامت و مدارس برای ارتقای سواد سلامت تأکید کرده‌اند (Auld et al., 2020). همچنین، مطالعات مرتبط با مشارکت شهروندی نشان داده‌اند که آموزش می‌تواند زمینه‌ی مشارکت فعال و مسئولانه‌ی افراد در جامعه را فراهم سازد.

(Cruz et al., 2023). با وجود این مطالعات، بررسی پیشینه نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از پژوهش‌های داخلی و خارجی بر سنجش سلامت اجتماعی، شناسایی عوامل مؤثر بر آن، رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای فردی و اجتماعی، یا بررسی اثربخشی برخی آموزش‌ها و مهارت‌های اجتماعی متمرکز بوده‌اند. در مقابل، پژوهش‌هایی که سلامت اجتماعی را به صورت یک موضوع مستقل در قالب یک برنامه درسی جامع و منسجم برای دوره ابتدایی بررسی کنند محدودتر به نظر می‌رسند.

روش

پژوهش حاضر از نوع آمیخته (کیفی-کمی) با طرح اکتشافی متوالی است. در این طرح، ابتدا از طریق مطالعه کیفی، مؤلفه‌های الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی برای دانش‌آموزان دوره ابتدایی شناسایی و تدوین شد و سپس در مرحله کمی، الگوی استخراج شده اعتبارسنجی گردید. در بخش کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قیاسی-استقرایی استفاده شد. هدف این مرحله شناسایی مؤلفه‌ها، ابعاد و عناصر برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی برای دانش‌آموزان دوره ابتدایی بود. جامعه پژوهش در بخش کیفی شامل دو بخش بود: اسناد علمی مرتبط با سلامت اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه درسی دوره ابتدایی؛ و خبرگان حوزه برنامه‌ریزی درسی، روان‌شناسی تربیتی و جامعه‌شناسی آموزش. در بخش اسنادی، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. معیارهای ورود شامل ارتباط مستقیم با سلامت اجتماعی، آموزش مهارت‌های اجتماعی یا برنامه درسی دوره ابتدایی، انتشار در فاصله سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۴ و دسترسی به متن کامل بود. در مرحله جست‌وجوی اولیه ۸۴ مقاله شناسایی شد که، پس از غربالگری عنوان و چکیده، ۴۶ مقاله واجد شرایط تشخیص داده شدند و در نهایت ۲۷ مقاله برای تحلیل نهایی انتخاب شدند.

جدول ۱. مشخصات مقالات انتخاب شده برای تحلیل نهایی (۲۷ مقاله)

نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش پژوهش	ابزار گردآوری داده	خلاصه بحث و نتیجه‌گیری
Keyes (1998)	بهبودی اجتماعی	مفهومی-نظری	تحلیل مفهومی	تبیین سلامت اجتماعی در قالب پنج مؤلفه: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی. هر مؤلفه بیانگر کیفیت تعامل فرد با جامعه است.
Durkheim (1951)	خودکشی: مطالعه‌ای در جامعه‌شناسی	نظری-تحلیلی	تحلیل اسناد تاریخی	سلامت اجتماعی را شاخص میزان جامعه‌پذیری افراد و عاملی مؤثر در پیشگیری از انحرافات اجتماعی معرفی کرد.
Umberson & Montez (2010)	روابط اجتماعی و سلامت: نقطه عطفی برای سیاست سلامت	مروری	مرور ادبیات	کیفیت روابط و پیوندهای اجتماعی با پیامدهای سلامت افراد ارتباط دارد. سلامت اجتماعی پدیده‌ای چندبعدی است که به تعامل عوامل فردی، خانوادگی، آموزشی و محیطی وابسته است.
Eccles & Roeser (2011)	مدارس به عنوان بسترهای تحولی در دوره نوجوانی	مروری	مرور ادبیات	مدرسه را یکی از زمینه‌های مهم رشد دانش‌آموزان معرفی کرده و بر نقش محیط آموزشی در رشد اجتماعی-عاطفی تأکید دارد.
مدیری و همکاران (۱۳۹۶)	سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن	پیمایشی	پرسش‌نامه	بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن و تأکید بر اهمیت عوامل اجتماعی مرتبط با این سازه.

نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش پژوهش	ابزار گردآوری داده	خلاصه بحث و نتیجه گیری
همتی‌راد و همکاران (۱۳۹۷)	رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم	همبستگی	پرسش‌نامه	رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم را مورد مطالعه قرار داده و رابطه مثبت معنادار را گزارش کرده است.
صفری و حق (۱۴۰۲)	سلامت اجتماعی جوانان و عملکرد خانواده	همبستگی	پرسش‌نامه	رابطه سلامت اجتماعی جوانان و عملکرد خانواده را بررسی کرده و نقش خانواده در شکل‌گیری سلامت اجتماعی را تأیید کرده است.
Loinaz (2019)	ادراک و عملکرد معلمان درباره آموزش اجتماعی و عاطفی در یونان، اسپانیا، سوئد و بریتانیا	کیفی-مقایسه‌ای	مصاحبه	ادراک و عملکرد معلمان درباره آموزش اجتماعی و عاطفی را در چند کشور بررسی کرده و تفاوت‌های فرهنگی را نشان داده است.
Auld et al. (2020)	سواد سلامت و آموزش سلامت در مدارس: همکاری برای اقدام	مروری	مرور ادبیات	بر همکاری میان حوزه آموزش سلامت و مدارس برای ارتقای سواد سلامت تأکید کرده است.
Gueldner et al. (2020)	یادگیری اجتماعی و هیجانی در کلاس درس: ارتقای سلامت روان و موفقیت تحصیلی	کتاب-مروری	مرور ادبیات	بر نقش یادگیری اجتماعی-هیجانی و روش‌های مشارکتی در ارتقای مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان تأکید کرده است.
Herrera et al. (2020a)	تأثیر یادگیری اجتماعی-هیجانی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در مدارس ابتدایی	شبه‌آزمایشی	پرسش‌نامه و مشاهده	سنجش کمی نمره‌محور به‌تنهایی قادر به ارزیابی مهارت‌های اجتماعی نیست و باید با ابزارهای کیفی مانند مشاهده و پوشه کار تکمیل شود.
Khazanchi et al. (2021)	نقش محیط یادگیری خانه در شایستگی اجتماعی-عاطفی کودکان	مروری	مرور ادبیات	نقش محیط یادگیری خانه را در شایستگی اجتماعی-عاطفی کودکان بررسی کرده است.
رحیمی و همکاران (۱۴۰۰)	طراحی برنامه درسی سواد رسانه‌ای برای دوره ابتدایی	کیفی-تحلیل محتوا	تحلیل محتوا	نشان می‌دهد محتوای سلامت اجتماعی در کتب درسی به‌صورت پراکنده و بدون توالی منطقی گنجانده شده است.
بندانی (۱۴۰۱)	تأثیر رشد هویت دانش‌آموزان بر سلامت اجتماعی	همبستگی	پرسش‌نامه	بر ارتباط میان فرایند شکل‌گیری هویت و سلامت اجتماعی تأکید کرده است.
مطلبی و همکاران (۱۴۰۱)	اهمیت و اثرات رشد هویت دانش‌آموزان بر سلامت اجتماعی	همبستگی	پرسش‌نامه	بر ارتباط میان فرایند شکل‌گیری هویت و سلامت اجتماعی تأکید کرده است.
نیازی و همکاران (۱۴۰۱)	فراترکیب تدوین و طراحی مدل عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان	فراترکیب	تحلیل اسناد	با رویکرد فراترکیب، به تدوین و طراحی مدلی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان پرداخته است.
ذوالفقاری و قیومی (۱۴۰۲)	فراتحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی	فراتحلیل	تحلیل مطالعات	رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی را بررسی کرده که نشان‌دهنده اهمیت روابط و منابع اجتماعی در تبیین سلامت اجتماعی است.
اقبال و شمس‌رواندی (۱۴۰۲)	رابطه سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی در دانش‌آموزان	همبستگی	پرسش‌نامه	رابطه سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی را در دانش‌آموزان بررسی کرده است.

نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش پژوهش	ابزار گردآوری داده	خلاصه بحث و نتیجه گیری
Ferreira et al. (2022b)	ارتقای یادگیری اجتماعی و هیجانی در مدرسه ابتدایی: مرور نظاممند مداخلات جهانی	مرور نظاممند	مرور نظاممند	آموزش سلامت اجتماعی در برنامه درسی ابتدایی اغلب به صورت ضمنی و فاقد چارچوب منسجم ارائه می شود.
Jennings (2022b)	ذهن آگاهی برای معلمان: مهارت های ساده برای آرامش و بهره وری در کلاس درس	کتاب-مروری	مرور ادبیات	سلامت اجتماعی کودکان به طور مستقیم با مؤلفه هایی چون خودپنداره، تنظیم هیجان، همدلی، مهارت های ارتباطی و مسئولیت پذیری اجتماعی مرتبط است.
Kou (2022)	رابطه سبک فرزندپروری و عزت نفس در نوجوانان	همبستگی	پرسش نامه	ضعف در سلامت اجتماعی کودکان می تواند پیامدهایی همچون بروز مشکلات رفتاری، کاهش اعتماد به نفس و افت عملکرد تحصیلی را به دنبال داشته باشد.
Starkey (2022a)	یادگیری دموکراتیک و سلامت اجتماعی: چشم اندازی پداگوژیک	نظری-تحلیلی	تحلیل مفهومی	رابطه آموزش، انسجام اجتماعی و حقوق بشر را مورد توجه قرار داده و بر نقش مدرسه به عنوان نهاد اجتماعی کننده ثانویه تأکید دارد.
Anderson & Taylor (2022)	نقش سلامت اجتماعی در پیشگیری از مشکلات رفتاری کودکان	مروری	مرور ادبیات	مطالعات تجربی نشان داده اند که اجرای برنامه های سلامت اجتماعی در مدارس ابتدایی منجر به کاهش قلدری، افزایش اعتماد به نفس و بهبود عملکرد تحصیلی می شود.
Li et al. (2023)	چگونه محیط یادگیری خانه به شایستگی اجتماعی-عاطفی کودکان کمک می کند	همبستگی-مدل یابی	پرسش نامه	نقش محیط یادگیری خانه را در شایستگی اجتماعی-عاطفی کودکان بررسی کرده است.
Lee et al. (2023)	مهارت های اجتماعی و موفقیت تحصیلی در کودکان دوره ابتدایی	همبستگی	پرسش نامه	بر نقش برنامه های سلامت اجتماعی در افزایش تاب آوری و پیشگیری از آسیب های روانی-اجتماعی تأکید کرده است.
Cruz et al. (2023)	آموزش برای شهروندی فعال مشارکتی: نمونه ای از حوزه کنش گری زیست محیطی	مطالعه موردی کیفی	مصاحبه و مشاهده	مطالعات مرتبط با مشارکت شهروندی نشان داده اند که آموزش می تواند زمینه مشارکت فعال و مسئولانه افراد در جامعه را فراهم سازد.
پناهی و همکاران (۱۴۰۳)	مروری بر آسیب های سلامت اجتماعی در ایران و راهکارهای مرتبط	مروری	مرور ادبیات	با مرور آسیب های سلامت اجتماعی در ایران و راهکارهای مرتبط، بر ضرورت توجه هدفمند به این حوزه تأکید کرده است.

در بخش مصاحبه، ۱۲ نفر از خبرگان با روش نمونه گیری هدفمند مبتنی بر معیار انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل دارا بودن مدرک دکتری، حداقل مرتبه علمی استادیاری، حداقل پنج سال سابقه فعالیت علمی یا اجرایی مرتبط و داشتن آثار علمی در حوزه آموزش ابتدایی یا سلامت اجتماعی بود. فرایند نمونه گیری تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها در مرحله کیفی

ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله شامل فرم فیش‌برداری اسناد و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. سؤالات مصاحبه بر محور اهداف، محتوا، راهبردهای یاددهی-یادگیری، فعالیتهای آموزشی و شیوه‌های ارزشیابی آموزش سلامت اجتماعی طراحی شد. برای اطمینان از اعتبار یافته‌های کیفی، از معیارهای لینکلن و گوبا (1985) استفاده شد. اعتبارپذیری داده‌ها از طریق بازبینی مشارکت‌کنندگان، درگیری طولانی‌مدت پژوهشگر با داده‌ها و مثلث‌سازی منابع داده (اسناد و مصاحبه‌ها) تأمین گردید. انتقال‌پذیری از طریق توصیف غنی فرایند پژوهش، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و زمینه پژوهش حاصل شد. تأییدپذیری از طریق بازبینی فرایند کدگذاری توسط دو متخصص مستقل و نگهداری مستندات پژوهش بررسی شد. قابلیت اتکا نیز با استفاده از روش توافق بین کدگذاران محاسبه گردید. به منظور سنجش قابلیت اتکای کدگذاری، ۲۰ درصد از مصاحبه‌ها به صورت تصادفی توسط یک پژوهشگر آشنا با روش تحلیل محتوا مجدداً کدگذاری شد. میزان توافق بین دو کدگذار بر اساس فرمول هولستی برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب کدگذاری است.

جدول ۲. شاخص‌های روایی و پایایی بخش کیفی پژوهش

شاخص	روش بررسی	مقدار
اعتبارپذیری	بازبینی مشارکت‌کنندگان و مثلث‌سازی داده‌ها	تأیید شد
انتقال‌پذیری	توصیف غنی و دقیق زمینه پژوهش	تأیید شد
تأییدپذیری	بازبینی خبرگان و ممیزی پژوهش	تأیید شد
قابلیت اتکا	توافق بین کدگذاران (هولستی)	۰/۸۹

در مرحله کمی پژوهش با هدف اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی برای دانش‌آموزان دوره ابتدایی، از روش پژوهش پیمایشی و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد.

جامعه آماری شامل معلمان دوره ابتدایی شاغل در مدارس استان‌های تهران، فارس و خراسان رضوی بود. انتخاب این استان‌ها با هدف برخورداری نمونه از تنوع جغرافیایی و آموزشی و افزایش قابلیت تعمیم یافته‌های پژوهش انجام گرفت. با توجه به گستردگی جامعه آماری، در مرحله نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. بدین ترتیب، نمونه پژوهش از پراکندگی جغرافیایی مناسبی برخوردار شد و امکان تعمیم محتاطانه یافته‌ها به جامعه مورد مطالعه فراهم گردید.

به منظور جلوگیری از عدم تناسب در نمایندگی استان‌ها، حجم نمونه هر استان متناسب با سهم آن استان از جامعه آماری تعیین شد. بدین ترتیب، نمونه پژوهش از پراکندگی جغرافیایی مناسبی برخوردار شد و امکان تعمیم محتاطانه یافته‌ها به جامعه مورد مطالعه فراهم گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به تدریس در دوره ابتدایی، داشتن حداقل پنج سال سابقه تدریس، آشنایی با برنامه درسی دوره ابتدایی و تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش بود. پرسش‌نامه‌های فاقد پاسخ کامل یا دارای الگوی پاسخ‌دهی نامنظم نیز از فرایند تحلیل حذف شدند. با توجه به استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری مبتنی بر حداقل مربعات جزئی، حجم نمونه بر اساس ملاحظات مربوط به قدرت آماری، پیچیدگی مدل، تعداد سازه‌های پیش‌بین و اندازه اثر موردانتظار تعیین شد. در این زمینه، اگرچه در برخی مطالعات از قاعده موسوم به «ده برابر» برای برآورد اولیه حجم نمونه در روش PLS-SEM استفاده شده است، مطالعات روش‌شناختی نشان می‌دهند که این قاعده به‌تنهایی مبنای مناسبی برای تعیین حجم نمونه نیست و استفاده از تحلیل توان آماری و توجه به پیچیدگی مدل، اندازه اثر و سطح معناداری، رویکرد دقیق‌تری محسوب می‌شود. بر این اساس، با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری حداقل ۸۰ درصد، پیچیدگی مدل مفهومی پژوهش و ضرورت دستیابی به برآوردهای پایدار از ضرایب مسیر، حداقل حجم نمونه موردنیاز ۲۵۰ نفر تعیین شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در مرحله کمی پرسش‌نامه محقق‌ساخته اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی بود که، بر اساس یافته‌های حاصل از مرحله کیفی پژوهش و مؤلفه‌ها، ابعاد و عناصر شناسایی شده در فرایند تحلیل محتوا تدوین شد. پرسش‌نامه شامل ۶۳ گویه بود که مؤلفه‌ها و ابعاد مختلف الگوی پیشنهادی را پوشش می‌داد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام گرفت.

روایی محتوایی: به منظور بررسی روایی محتوایی ابزار، پرسش‌نامه در اختیار پنج نفر از اعضای هیئت‌علمی و متخصصان حوزه برنامه‌ریزی درسی، آموزش ابتدایی و آموزش سلامت قرار گرفت و گویه‌ها از نظر تناسب، وضوح، ارتباط با سازه موردنظر و پوشش محتوایی بررسی شدند. اصلاحات پیشنهادی متخصصان در تدوین نسخه نهایی پرسش‌نامه اعمال شد.

روایی سازه و پایایی: برای بررسی روایی سازه از میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) و برای بررسی پایایی از پایایی ترکیبی (CR) و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج نشان داد مقدار آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۷ است. همچنین، مقادیر AVE برای تمامی سازه‌ها بیش از ۰/۵ و مقادیر CR بالاتر از ۰/۷ بود که بیانگر روایی همگرا و پایایی مناسب ابزار اندازه‌گیری است (جدول ۲).

جدول ۳. شاخص‌های روایی و پایایی ابزار کمی

شاخص	مقدار معیار	نتیجه
آلفای کرونباخ	۰/۸۷	مطلوب
پایایی ترکیبی (CR)	بیشتر از ۰/۷	مطلوب
میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE)	بیشتر از ۰/۵	مطلوب

داده‌های کمی با استفاده از نرم‌افزار SmartPLS نسخه ۴ تحلیل شد. در بخش مدل اندازه‌گیری، روایی و پایایی سازه‌ها بررسی گردید و در بخش مدل ساختاری، ضرایب مسیر، مقادیر آماره T و شاخص برازش کلی مدل (GOF) ارزیابی شد. مقدار GOF برابر با ۰/۵۰۹ به دست آمد که نشان‌دهنده برازش قوی مدل است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر حاصل تحلیل تلفیقی داده‌های اسنادی و داده‌های میدانی است که در چارچوب یک رویکرد کیفی-کمی و با هدف طراحی و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی انجام شده است. در مرحله کیفی، داده‌ها از دو منبع اصلی شامل اسناد علمی و مصاحبه با خبرگان گردآوری و به‌صورت هم‌زمان تحلیل شدند. بدین معنا که هیچ‌یک از مؤلفه‌های ارائه‌شده صرفاً بر مبنای یک منبع منفرد استخراج نشده‌اند، و نتیجه هم‌پوشانی و اشباع مفهومی میان یافته‌های اسنادی و مصاحبه‌ها هستند. چارچوب مفهومی استخراج عناصر برنامه درسی، مبتنی بر الگوی عناصر برنامه درسی کلاین و نیز تطبیق آن با الگوهای تلفیقی معاصر (شامل هدف، محتوا، روش‌های یاددهی-یادگیری و ارزشیابی) بوده است. از آنجا که «ضرورت» به‌عنوان بستر نظری و «اعتبار الگو» به‌عنوان مرحله نهایی طراحی تلقی می‌شود، در مجموع پنج عنصر اصلی (ضرورت، اهداف، محتوا، روش‌های یاددهی-یادگیری و ارزشیابی) به‌عنوان عناصر هسته‌ای الگو انتخاب شدند.

ضرورت طراحی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی

تحلیل داده‌ها نشان داد که ضرورت طراحی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی پدیده‌ای چندبعدی است که ریشه در ابعاد فردی-روان‌شناختی، آموزشی-پداگوژیک، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و زیست‌محیطی-فراگیر دارد. مؤلفه‌هایی مانند پرورش هویت اجتماعی، تقویت مهارت‌های ارتباطی، حرکت از حافظه‌محوری به مهارت‌محوری، کاهش آسیب‌های اجتماعی و پاسخ‌گویی به

چالش‌های عصر دیجیتال، هم‌زمان در اسناد بالادستی آموزشی و اظهارات خبرگان تکرار و تأکید شده‌اند. به همین دلیل، این مؤلفه‌ها به‌عنوان مقوله‌های هسته‌ای «ضرورت» شناسایی شدند (جدول ۴).

نمونه بیانات مصاحبه‌شوندگان در مورد ضرورت:

خبره ۱: متأسفانه در دوره ابتدایی، آموزش سلامت اجتماعی خیلی پراکنده است. کتاب‌های درسی بیشتر روی دانش و اطلاعات تأکید دارند تا مهارت. بچه‌ها باید در موقعیت واقعی یاد بگیرند چطور با هم گفت‌وگو کنند، چطور تعارض را حل کنند. این چیزی است که در برنامه درسی رسمی جایگاه مشخصی ندارد.

خبره ۸: ضرورت این برنامه درسی فقط یک‌بعدی نیست؛ هم بُعد فردی-روان‌شناختی دارد، هم بُعد اجتماعی-فرهنگی، هم اقتصادی. بچه‌هایی که مهارت اجتماعی ندارند بعداً در جامعه با مشکل مواجه می‌شوند. این یک سرمایه‌گذاری بلندمدت است.

جدول ۴. مؤلفه‌های احصاشده ضرورت طراحی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی

عنصر	ابعاد	شاخص‌ها	منبع استخراج
ضرورت	فردی-روان‌شناختی	پرورش هویت اجتماعی و خودآگاهی، ارتقای مهارت‌های ارتباطی	مصاحبه (خبره ۲، ۵)، اسناد (Keys, 1998; WHO, 2022)
		تحقق اهداف سند تحول بنیادین آموزش و پرورش	
	آموزشی-پداگوژیک	حرکت از حافظه‌محوری به سوی مهارت‌محوری	مصاحبه (خبره ۱، ۷)، اسناد (Ferreira et al., 2022a)
		تلفیق دانش نظری با عمل اجتماعی	
	اجتماعی-فرهنگی	تقویت سرمایه اجتماعی و اعتماد عمومی	مصاحبه (خبره ۳، ۹)، اسناد (Lee et al., 2023)
		کاهش آسیب‌های اجتماعی (نظیر قلدری، خشونت، طردشدگی)	
		ترویج فرهنگ گفت‌وگو، مدارا و احترام به تفاوت‌ها	
	اقتصادی زیست‌محیطی- فراگیر	سرمایه‌گذاری برای نیروی کار آینده	مصاحبه (خبره ۴) اسناد (نوری و همکاران، ۱۴۰۵)
		افزایش بهره‌وری اجتماعی	
		پاسخ‌گویی به چالش‌های عصر دیجیتال و جهانی شدن	
		ایجاد پل ارتباطی بین خانه، مدرسه و محله	

اهداف برنامه درسی سلامت اجتماعی در چهار بُعد شناختی-دانشی، نگرشی-عاطفی، مهارتی-رفتاری و مشارکتی-عمل اجتماعی سازمان‌دهی شد. این دسته‌بندی حاصل تلفیق الگوهای هدف‌گذاری آموزشی (شناختی، عاطفی، روانی-حرکتی) با تأکید خاص سلامت اجتماعی بر «کنش اجتماعی» است. برای مثال، «مسئولیت‌پذیری» در بُعد نگرشی-عاطفی به معنای درونی‌سازی ارزش‌ها و احساس تعهد فردی است، در حالی که «مسئولیت‌پذیری اجتماعی» در بُعد مشارکتی ناظر بر کنش عینی و ایفای نقش فعال در محیط اجتماعی است. این تمایز مفهومی به‌طور مکرر در داده‌های مصاحبه‌ای مورد تأکید خبرگان قرار گرفت و مانع هم‌پوشانی مفهومی این دو مقوله می‌شود (جدول ۵).

نمونه بیانات مصاحبه‌شوندگان در مورد اهداف:

خبره ۲: ما فرق بین مسئولیت‌پذیری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی را در برنامه درسی لحاظ نکرده‌ایم. مسئولیت‌پذیری یک نگرش درونی است، ولی مسئولیت‌پذیری اجتماعی یعنی بچه واقعاً در کارهای گروهی، در کلاس، در مدرسه نقش فعال داشته باشد. این دو باید در اهداف و محتوا از هم تفکیک شوند.

خبره ۱۰: بچه‌ها باید مهارت حل تعارض را یاد بگیرند. الان متأسفانه وقتی اختلاف پیش می‌آید، یا دعوا می‌کنند یا قهر می‌کنند. باید در برنامه درسی یاد بگیرند که چطور مسالمت‌آمیز حل کنند. این یک مهارت رفتاری است که در بُعد مهارتی-رفتاری اهداف قرار می‌گیرد.

جدول ۵. مؤلفه‌های احصاشده اهداف طراحی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی

عناصر	ابعاد	شاخص‌ها	منبع استخراج
دانش	شناختی و دانشی	شناخت خود و دیگران	اسناد (Klein, 1991)
		شناخت نهادهای اجتماعی	
		شناخت قوانین و هنجارها	
	نگرشی و عاطفی	احترام به خود و دیگران	مصاحبه (خبره ۶، ۸)، اسناد (Jennings, 2022a)
		مسئولیت‌پذیری	
		امیدواری و خوش‌بینی	
	مهارتی و رفتاری	مهارت همکاری و کار گروهی	مصاحبه (خبره ۱۰)، اسناد (Gueldner et al., 2020)
		مهارت‌های دوستیابی و حفظ دوستی	
		مهارت حل تعارض	
	مشارکتی و عمل اجتماعی	مشارکت در کلاس و مدرسه	مصاحبه (خبره ۲، ۱۲)
		احساس مسئولیت فردی نسبت به رفتارهای شخصی	
		دفاع از حقوق خود و دیگران	

محتوای برنامه درسی سلامت اجتماعی

محتوای برنامه درسی سلامت اجتماعی شامل شش محور اصلی است: هویت و خودآگاهی اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی، مهارت‌های همکاری و کار گروهی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شهروندی، شناخت و مدیریت هیجانات در بستر اجتماعی و امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی. این محورها بازتاب‌دهنده نیازهای تحولی کودکان دوره ابتدایی و چالش‌های اجتماعی معاصر هستند.

مؤلفه «امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی» به‌طور خاص از داده‌های مصاحبه‌ای استخراج شد و در اسناد جدید مرتبط با سواد دیجیتال و ایمنی روانی-اجتماعی کودکان نیز مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۶).

نمونه بیانات مصاحبه‌شوندگان در مورد محتوا:

خبره ۳: چالش جدیدی که بچه‌های امروز با آن مواجهند، روابط در فضای دیجیتال است. بچه‌ها نمی‌دانند حریم شخصی چیست، نمی‌دانند چطور نه بگویند. این مؤلفه «امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی» باید در برنامه درسی گنجانده شود، چون در اسناد بالادستی ما هم به آن اشاره نشده است.

خبره ۶: یکی از مؤلفه‌هایی که از مصاحبه‌ها بیرون آمد و در اسناد کمتر به آن پرداخته شده، «شناخت و مدیریت هیجانات در بستر اجتماعی» است. بچه باید بتواند خشم، خجالت، حسادت را در موقعیت اجتماعی شناسایی و مدیریت کند. این موضوع در محتوای برنامه درسی باید محور مستقل باشد.

خبره ۹: محتوای برنامه باید شش محور داشته باشد: هویت اجتماعی، مهارت ارتباطی، همکاری، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، مدیریت هیجان و امنیت در روابط. این شش محور از مصاحبه‌ها و اسناد به‌طور هم‌زمان استخراج شد و هم‌پوشانی خوبی داشتند.

جدول ۶. مؤلفه‌های احصاشده محتوای طراحی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی

عنصر	ابعاد	شاخص‌ها	منبع استخراج
۹ :۳	هویت و خودآگاهی اجتماعی	شناخت نقش‌های مختلف در خانواده، مدرسه و جامعه	مصاحبه (خبره ۱)، اسناد (Starkey, 2022b)
		درک تعلق به گروه‌های مختلف	
	مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی	هنر گوش دادن فعال	مصاحبه (خبره ۴، ۵)
		ابراز واضح و مناسب احساسات در تعاملات اجتماعی	
		مهارت‌های گفت‌وگو و مذاکره	
		درک و احترام به تفاوت‌ها	
		پاسخ‌دهی مناسب به احساسات دیگران	
	مهارت‌های همکاری و کار گروهی	تقسیم کار و مسئولیت‌پذیری در قالب گروه	مصاحبه (خبره ۷)، اسناد (Pinto & Reshma, 2021)
		مشارکت در تصمیم‌گیری‌های جمعی	
		حل تعارض به شیوه‌ای مسالمت‌آمیز	
	مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شهروندی	آشنایی با قوانین و مقررات (مدرسه، اجتماع)	مصاحبه (خبره ۲، ۱۱)
		درک مفهوم حق و تکلیف	

اسناد (Jennings, 2022a).	مشارکت در کارهای داوطلبانه و خدمات اجتماعی کوچک (نظافت کلاس، کمک به همکلاسی)	
مصاحبه (خبره ۳، ۹)، اسناد (Matthys & Schutter, 2022)	شناسایی هیجانات خود در موقعیت‌های اجتماعی (خشم، خجالت، حسادت)	شناخت و مدیریت هیجانات در بستر اجتماعی
	تقویت هیجانات مثبت مانند قدردانی و بخشش	
مصاحبه (خبره ۶، ۱۲)	شناخت حریم شخصی خود و دیگران	امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی
	یادگیری «نه» گفتن به درخواست‌های ناسالم	

روش‌های یاددهی-یادگیری

یافته‌ها نشان داد که تحقق اهداف سلامت اجتماعی مستلزم استفاده از روش‌هایی فراتر از آموزش مستقیم است. بر این اساس، روش‌های فعال و تجربه‌بنیان، گفت‌وگومحور، بازتاب‌محور و الگودهی به‌عنوان روش‌های غالب پیشنهاد شدند. این روش‌ها عمدتاً از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج شدند و با یافته‌های پژوهش‌های تجربی حوزه یادگیری اجتماعی همخوانی دارند (جدول ۷).

نمونه بیانات مصاحبه‌شوندگان در مورد روش‌های یاددهی-یادگیری:

خبره ۴: روش‌های تدریس باید فعال و تجربه‌بنیان باشد. بچه‌ها با پروژه گروهی، با ایفای نقش، با داستان‌گویی خیلی بهتر یاد می‌گیرند تا با سخنرانی معلم. روش الگودهی هم مهم است؛ معلم خودش باید الگوی مهارت‌های اجتماعی باشد.

خبره ۷: روش گفت‌وگومحور و بازتاب‌محور خیلی مؤثر است. حلقه‌های مباحثه، پرسش‌گری سقراطی، ژورنال‌نویسی. بچه‌ها وقتی درباره یک داستان گفت‌وگو می‌کنند، خودشان به کشف می‌رسند. این خیلی بهتر از آموزش مستقیم است.

جدول ۷. مؤلفه‌های احصاشده روش‌های یاددهی-یادگیری طراحی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی

عنصر	ابعاد	شاخص‌ها	منبع استخراج
روش‌های یاددهی-یادگیری	روش‌های فعال و تجربه‌بنیان	بازی نقش (شبیه‌سازی موقعیت‌های واقعی زندگی)	مصاحبه (خبره ۱، ۸)، اسناد (Pinto & Reshma, 2021)
		انجام پروژه‌های علمی یا هنری به‌صورت گروهی	
		یادگیری خدماتی (انجام یک پروژه کوچک برای خدمت به مدرسه یا محله)	
	روش‌های گفت‌وگومحور	حلقه‌های مباحثه (گفت‌وگوی ساختاریافته حول یک موضوع یا داستان)	مصاحبه (خبره ۳، ۵)
		بازخورد سازنده (تمرین دادن و دریافت بازخورد به روشی محترمانه)	
		پرسش‌گری سقراطی (هدایت دانش‌آموزان برای کشف پاسخ‌ها با پرسش)	
		ژورنال‌نویسی (نوشتن درباره احساسات و تجربیات روزانه)	مصاحبه (خبره ۷، ۱۰)

	خودارزیابی (ارزیابی خود توسط دانش آموز با استفاده از چکلیست)	روش های بازتاب محور	
	گفت و گوی دوفره: بازگو کردن یک تجربه با همکلاسی و گفت و گو کردن درباره آن		
مصاحبه (خبره ۲، ۱۲)، اسناد (Gueldner et al., 2020)	الگوسازی معلم به عنوان الگوی زنده مهارت های اجتماعی	روش های الگودهی	
	داستان گویی (استفاده از قهرمانان داستان ها به عنوان الگو)		
	میهمانان الهام بخش (دعوت از افراد مؤثر جامعه برای صحبت با دانش آموزان)		

ارزشیابی برنامه درسی سلامت اجتماعی

ارزشیابی برنامه درسی سلامت اجتماعی ماهیتی کیفی و فرایندمحور دارد. بر همین اساس، سه رویکرد سنجش تکوینی، سنجش تراکمی و سنجش کیفی شناسایی شد. تأکید خبرگان بر حذف نمره محوری و جایگزینی بازخورد توصیفی، پوشه کار و مشاهده نظام مند، نقش تعیین کننده ای در شکل گیری این بخش از الگو داشت (جدول ۸).

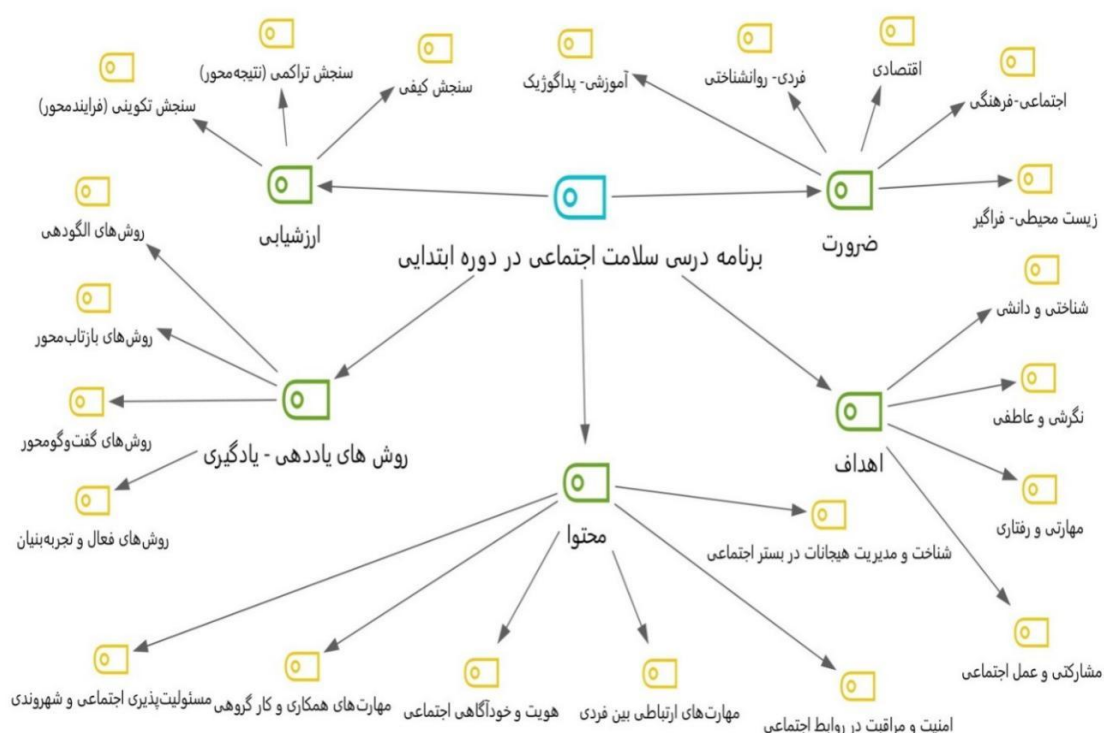
نمونه بیانات مصاحبه شوندگان در مورد ارزشیابی:

خبره ۵: ارزشیابی سلامت اجتماعی نباید با نمره باشد. باید مشاهده باشد، پوشه کار باشد، خودارزیابی باشد. بچه باید بتواند احساساتش را در ژورنال بنویسد. این ها ابزارهای کیفی ای هستند که ماهیت سلامت اجتماعی را بهتر نشان می دهند.

خبره ۱۱: ارزشیابی کیفی خیلی مهم است. باید بازخورد توصیفی بدهیم، نه نمره. باید پوشه کار داشته باشیم. باید مشاهده نظام مند باشد.

جدول ۸. مؤلفه های احصاشده ارزشیابی طراحی الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی

عنصر	ابعاد	شاخص ها	منبع استخراج
سنجش تکوینی (فرایندمحور)		مشاهده (ثبت مشاهدات معلم از رفتارهای اجتماعی در مدرسه و کلاس)	مصاحبه (خبره ۴، ۶)
		چکلیست مهارت ها (پُر کردن چکلیست توسط معلم یا دانش آموزان)	
		خودارزیابی (دانش آموز میزان مهارت خود را می سنجد)	
سنجش تراکمی (نتیجه محور)		پوشه کار (جمع آوری نمونه ای از کارهای گروهی)	مصاحبه (خبره ۹)
		ارائه پروژه (ارائه نتیجه یک پروژه گروهی و ارزیابی همکاری)	
		سناریوهای کتبی/شفاهی (پاسخ دادن به یک وضعیت فرضی و تحلیل آن)	
سنجش کیفی		گفت و گو و مصاحبه (یک مکالمه کوتاه با دانش آموزان درباره روابط با همسالان)	مصاحبه (خبره ۱، ۹)، اسناد (Herrera et al., 2020a)
		نقاشی و بیان هنری (بیان احساسات و درک اجتماعی از طریق هنر)	
		بازخورد توصیفی (ارائه بازخورد کیفی و نوشتاری به جای نمره کمی)	



شکل ۱. الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی

در ادامه نتایج مربوط به بخش کمی پژوهش ارائه شده است.

جدول ۹. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

سازه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اهداف برنامه درسی سلامت اجتماعی	۳,۸۴	۰,۶۱	۱,۹۰	۵,۰۰
محتوای برنامه درسی	۳,۷۶	۰,۶۶	۱,۷۰	۵,۰۰
روش‌های یاددهی-یادگیری	۳,۶۹	۰,۶۴	۱,۸۰	۵,۰۰
ارزشیابی آموزشی	۳,۷۱	۰,۶۳	۱,۶۰	۵,۰۰
ضرورت اجرای برنامه درسی	۳,۸۸	۰,۵۹	۲,۰۰	۵,۰۰

نتایج نشان می‌دهد تمامی مؤلفه‌های الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در سطح بالاتر از متوسط قرار دارند. بیشترین میانگین مربوط به «ضرورت اجرای برنامه درسی» است که نشان‌دهنده پذیرش نسبی بالای الگو در میان متخصصان است.

جدول ۱۰. بررسی مقادیر ریشه دوم میانگین واریانس استخراج‌شده با همبستگی‌ها با فورنل-لارکر

سازه	اهداف	محتوا	روش	ارزشیابی	اجرا
اهداف	۰,۸۴				
محتوا	۰,۶۳	۰,۸۵			

روش	۰٫۵۹	۰٫۶۷	۰٫۸۳		
ارزشیابی	۰٫۶۱	۰٫۶۴	۰٫۶۶	۰٫۸۶	
اجرا	۰٫۵۸	۰٫۶۲	۰٫۶۰	۰٫۶۵	۰٫۸۷

مطابق معیار فورنل-لارکر، روایی و اگر زمانی تأیید می‌شود که جذر AVE هر سازه بزرگ‌تر از همبستگی آن سازه با سایر سازه‌ها باشد. نتایج جدول نشان می‌دهد در تمامی موارد مقدار AVE هر سازه (بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷) بزرگ‌تر از بیشترین همبستگی آن با سایر سازه‌ها (بین ۰/۵۸ تا ۰/۶۷) است. بنابراین، روایی و اگرایی مدل اندازه‌گیری تأیید می‌شود و سازه‌های پژوهش از یکدیگر متمایز هستند.

جدول ۱۱. بارهای متقاطع

گویه	اهداف	محتوا	روش	ارزشیابی	اجرا
اهداف	۰٫۸۲	۰٫۵۵	۰٫۵۲	۰٫۵۰	۰٫۴۸
محتوا	۰٫۵۴	۰٫۸۴	۰٫۵۸	۰٫۶۰	۰٫۵۷
روش	۰٫۵۱	۰٫۵۹	۰٫۸۳	۰٫۶۱	۰٫۵۶
ارزشیابی	۰٫۵۰	۰٫۶۲	۰٫۶۰	۰٫۸۵	۰٫۵۹
اجرا	۰٫۴۹	۰٫۵۸	۰٫۵۷	۰٫۶۱	۰٫۸۶

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، هر یک از گویه‌های گزارش‌شده دارای بیشترین بار عاملی بر سازه متناظر خود است و فاصله میان بار اصلی و بالاترین بار متقاطع، هر چند در برخی موارد نسبتاً محدود است، در تمامی گویه‌های جدول مثبت باقی مانده است. از این رو، الگوی بارهای متقاطع در مجموع از تمایز اولیه سازه‌ها حمایت می‌کند؛ با این حال، برای اتخاذ تصمیم نهایی درباره روایی و اگرایی، نتایج شاخص HTMT نیز مورد استفاده قرار گرفت.

با توجه به ساختار مفهومی الگوی پژوهش، «الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی» به‌عنوان سازه مرتبه دوم و ابعاد «اهداف»، «محتوا»، «روش‌ها»، «ارزشیابی» و «اجرا» به‌عنوان سازه‌های مرتبه اول در نظر گرفته شدند. برای بررسی ارتباط ابعاد مرتبه اول با سازه مرتبه دوم، بارهای عاملی مربوط به تحلیل مرتبه دوم محاسبه شد.

جدول ۱۲. تحلیل عاملی مرتبه دوم

سازه مرتبه دوم: الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی	سازه‌های مرتبه اول	بار عاملی
برنامه درسی سلامت اجتماعی	اهداف	۰٫۸۸
	محتوا	۰٫۹۱
	روش‌ها	۰٫۸۷
	ارزشیابی	۰٫۸۹
	اجرا	۰٫۹۲

مطابق جدول، بارهای عاملی پنج سازه مرتبه اول بر سازه مرتبه دوم «الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی» بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ قرار دارد. بالاترین بار عاملی مربوط به مؤلفه «اجرا» با مقدار ۰/۹۲ و پایین ترین بار عاملی مربوط به مؤلفه «روش ها» با مقدار ۰/۸۷ است. این مقادیر نشان دهنده ارتباط قوی ابعاد پنج گانه با سازه مرتبه دوم و سهم قابل توجه هر یک از آن ها در تبیین مفهوم کلی «الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی» است. بر این اساس، یافته ها از ساختار مرتبه دوم الگوی پیشنهادی حمایت می کنند؛ به عبارت دیگر، ابعاد اهداف، محتوا، روش ها، ارزشیابی و اجرا را می توان به عنوان مؤلفه های اصلی و مرتبط با سازه کلی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در نظر گرفت. با این حال، بارهای عاملی سازه های مرتبه اول به تنهایی به معنای «برازش بسیار مطلوب مدل» نیستند؛ از این رو، ارزیابی کیفیت مدل مرتبه دوم بر اساس مجموعه شاخص های پایایی، روایی همگرا، روایی واگرا و شاخص های مدل ساختاری انجام شد.

جدول ۱۳. R^2 و Q^2

متغیر وابسته	R^2	Q^2
اهداف	۰/۲۷۰	۰/۲۰۳
محتوا	۰/۲۳۵	۰/۱۷۶
روش	۰/۲۶۲	۰/۱۹۷
ارزشیابی	۰/۵۳۰	۰/۳۹۸
ضرورت	۰/۲۷۹	۰/۲۰۹

مقادیر R^2 نشان دهنده قدرت تبیین متوسط تا قوی مدل است. همچنین Q^2 مثبت بوده و نشان دهنده قدرت پیش بینی مناسب الگو می باشد. نتایج به دست آمده نشان داد که مقادیر شاخص پیش بین Q^2 برای تمامی سازه های وابسته پژوهش بزرگ تر از صفر و در دامنه ۰/۱۷۶ تا ۰/۳۹۸ قرار دارد. این امر بیانگر آن است که مدل پژوهش از توان پیش بینی مناسب و قابل قبول برخوردار است. در میان متغیرهای مورد بررسی، سازه «ارزشیابی» با مقدار Q^2 برابر ۰/۳۹۸ بیشترین قدرت پیش بینی را داشته و نشان می دهد که این بخش از الگوی برنامه درسی سلامت اجتماعی بیشترین حساسیت را نسبت به متغیرهای پیش بین دارد. همچنین سایر سازه ها نیز با مقادیر مثبت Q^2 (اهداف=۰/۲۰۳، محتوا=۰/۱۷۶، روش=۰/۱۹۷ و ضرورت=۰/۲۰۹) تأیید می کنند که مدل ساختاری پیشنهادی دارای روایی پیش بین مطلوب بوده و توانایی مناسبی در پیش بینی متغیرهای وابسته در سطح دانش آموزان دوره ابتدایی دارد.

و ضرورت تلفیق مؤلفه‌های شناختی، نگرشی و مهارتی، با نتایج پژوهش‌هایی مانند Gueldner et al. (2020) و Herrera et al. (2020a) همسو است؛ این مطالعات نیز بر نقش یادگیری اجتماعی-هیجانی و روش‌های مشارکتی در ارتقای مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان تأکید کرده‌اند. به‌طور خاص، همسویی در تأکید بر روش‌های فعال، گفت‌وگومحور و تجربه‌بنیان به‌عنوان بستر اصلی رشد سلامت اجتماعی قابل مشاهده است. در عین حال، یافته‌های این پژوهش در برخی ابعاد با پژوهش‌های پیشین تفاوت مفهومی و ساختاری دارد. برای مثال، تفکیک صریح میان «مسئولیت‌پذیری» به‌عنوان یک گرایش درونی (بعد نگرشی-عاطفی) و «مسئولیت‌پذیری اجتماعی»، به‌عنوان کنش مشارکتی و عمل اجتماعی، در بسیاری از الگوهای پیشین به‌صورت یکپارچه و بدون تمایز ارائه شده است. این تمایز، که به‌طور مکرر در داده‌های مصاحبه‌ای خبرگان تأیید شد، به شفاف‌سازی اهداف برنامه درسی و جلوگیری از هم‌پوشانی مفهومی کمک کرده و می‌تواند به‌عنوان افزوده مفهومی پژوهش حاضر تلقی شود.

همچنین، محور «امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی»، به‌ویژه در ارتباط با تعاملات نوپدید و فضای دیجیتال، در پژوهش حاضر جایگاه مستقلی در محتوای برنامه درسی یافته است؛ در حالی که این مؤلفه در برخی مطالعات پیشین یا به‌طور ضمنی مطرح شده یا در ذیل مهارت‌های ارتباطی عمومی قرار گرفته است. این تفاوت نشان می‌دهد که الگوی حاضر به اقتضات فرهنگی-اجتماعی معاصر کودکان ایرانی توجه بیشتری داشته است.

در بخش اهداف، یافته‌ها نشان داد که اهداف برنامه درسی سلامت اجتماعی در چهار بُعد شناختی-دانشی، نگرشی-عاطفی، مهارتی-رفتاری و مشارکتی-عمل اجتماعی قابل سازمان‌دهی است. تحلیل داده‌ها به‌طور مشخص نشان داد که تمایز میان «مسئولیت‌پذیری» به‌عنوان یک گرایش درونی (بعد نگرشی-عاطفی) و «مسئولیت‌پذیری اجتماعی» به‌عنوان کنش عینی و مشارکت فعال (بعد مشارکتی) در داده‌های مصاحبه‌ای خبرگان به‌صورت مکرر مورد تأکید قرار گرفته است. این تمایز مفهومی مانع هم‌پوشانی اهداف شده و به شفاف‌سازی ساختار الگو کمک کرده است. یافته‌های مربوط به محتوای برنامه درسی نشان داد که شش محور اصلی، شامل هویت و خودآگاهی اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی، همکاری و کار گروهی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شهروندی، شناخت و مدیریت هیجانات در موقعیت‌های اجتماعی و امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی، بیشترین فراوانی و تأکید را در داده‌ها داشته‌اند. به‌ویژه مؤلفه «امنیت و مراقبت در روابط اجتماعی»، که از مصاحبه‌های خبرگان استخراج شد، نشان‌دهنده توجه پژوهش به چالش‌های نوپدید اجتماعی کودکان از جمله روابط نایمن و تعاملات دیجیتال است؛ مؤلفه‌ای که در برخی برنامه‌های درسی سنتی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در حوزه روش‌های یاددهی-یادگیری، یافته‌ها نشان داد که روش‌های فعال و تجربه‌بنیان، گفت‌وگومحور، بازتاب‌محور و الگودهی بیشترین تناسب را با تحقق اهداف سلامت اجتماعی دارند. این نتیجه مستقیماً برآمده از تأکید خبرگان بر ناکارآمدی روش‌های انتقالی صرف و ضرورت فراهم‌سازی موقعیت‌های واقعی تعامل اجتماعی برای دانش‌آموزان است. همسویی این یافته با مطالعاتی مانند Gueldner et al. (2020) و Herrera et al. (2020a) در حد تأکید بر نقش یادگیری فعال و مشارکتی در رشد مهارت‌های اجتماعی قابل طرح است، بدون آنکه ادعای تطابق کامل یا تعمیم مستقیم مطرح شود. در بخش ارزشیابی، یافته‌ها نشان داد که ارزشیابی سلامت اجتماعی ماهیتی فرایندمحور و کیفی دارد و ابزارهایی نظیر مشاهده نظام‌مند، پوشه کار، خودارزیابی و بازخورد توصیفی از بیشترین پشتوانه داده‌ای برخوردار هستند. این نتیجه نشان می‌دهد که، از منظر خبرگان، سنجش کمی و نمره‌محور به‌تنهایی قادر به ارزیابی مهارت‌ها و نگرش‌های اجتماعی کودکان نیست و باید با شیوه‌های کیفی تکمیل شود.

در مرحله کمی، نتایج نشان داد که روابط ساختاری پیش‌بینی‌شده در الگوی پیشنهادی از معناداری آماری برخوردارند و ضرایب مسیرهای به‌دست‌آمده در سطح قابل قبول قرار دارند. به‌طور کلی، بالاتر بودن ضرایب مسیر از ۰/۴۰ بیانگر آن است که روابط میان سازه‌های مدل صرفاً از نظر آماری معنادار نبوده، بلکه از نظر شدت ارتباط نیز در سطح قابل توجهی قرار دارند. اهمیت این یافته در آن است که الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی بر مبنای یک مجموعه عناصر منفک و مستقل شکل نگرفته است، بلکه مؤلفه‌های آن در قالب یک نظام به‌هم‌پیوسته و دارای روابط متقابل قابل تبیین هستند. در این الگو، «اهداف» جهت و غایت

برنامه درسی را مشخص می‌کند و تعیین‌کننده نوع شایستگی‌ها و رفتارهای اجتماعی موردانتظار از دانش‌آموزان است. از این رو، اهداف باید مبنای انتخاب و سازمان‌دهی محتوا قرار گیرند؛ به گونه‌ای که محتوای آموزشی فرصت لازم برای کسب دانش، نگرش و مهارت‌های مرتبط با سلامت اجتماعی را برای دانش‌آموزان فراهم سازد. از سوی دیگر، انتخاب محتوا بدون توجه به چگونگی ارائه و تجربه کردن آن توسط دانش‌آموزان نمی‌تواند به تحقق اهداف سلامت اجتماعی منجر شود. بر همین اساس، ارتباط میان «محتوا» و «روش‌های یاددهی-یادگیری» در الگوی پیشنهادی از منطق تربیتی مشخصی برخوردار است. آموزش سلامت اجتماعی ماهیتی مهارتی و تعاملی دارد و دستیابی به پیامدهای آن مستلزم استفاده از روش‌هایی است که دانش‌آموزان را در موقعیت‌های مشارکتی، ارتباطی، حل مسئله، تصمیم‌گیری و تعامل با دیگران درگیر کند؛ بنابراین، روش‌های آموزشی باید متناسب با ماهیت محتوا و اهداف تعیین‌شده انتخاب و سازمان‌دهی شوند.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که الگوی ارائه‌شده، چارچوبی منسجم، بومی و مبتنی بر شواهد برای برنامه‌ریزی درسی سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی فراهم می‌آورد. این الگو می‌تواند به عنوان مبنایی برای طراحی محتوای آموزشی، انتخاب روش‌های تدریس و تدوین شیوه‌های ارزشیابی متناسب با ویژگی‌های رشدی و فرهنگی دانش‌آموزان ایرانی مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، تعمیم نتایج نیازمند اجرای آزمایشی الگو در محیط‌های آموزشی و بررسی پیامدهای اجرایی آن در پژوهش‌های آینده است.

پیشنهادهای کاربردی

الگوی حاضر می‌تواند به عنوان چارچوبی راهنما برای برنامه‌ریزان درسی، معلمان و طراحان محتوای آموزشی مورد استفاده قرار گیرد و مبنایی برای بازنگری برنامه‌های درسی، انتخاب روش‌های یاددهی-یادگیری فعال و طراحی نظام‌های ارزشیابی فرایندمحور و کیفی متناسب با ویژگی‌های رشدی و فرهنگی دانش‌آموزان ایرانی فراهم آورد.

مشارکت نویسندگان

تمام بخش‌های مختلف این مقاله به‌طور مشترک توسط نویسندگان انجام شد و میزان مشارکت هر یک از نویسندگان یکسان است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را در این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی هیچ سازمان یا نهادی دریافت نکرده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری با عنوان «تدوین و اعتبارسنجی الگوی برنامه درسی آموزش سلامت اجتماعی در دوره ابتدایی» است که در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آزادشهر انجام شده است.

بدین وسیله از استاد راهنما و استادان مشاور، اعضای محترم هیئت علمی و خبرگان علمی مشارکت‌کننده در مراحل مختلف پژوهش و همچنین معلمان و مدیران مدارس دوره ابتدایی، که با مشارکت و ارائه دیدگاه‌های ارزشمند خود در گردآوری داده‌ها و اعتبارسنجی الگوی پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود. همچنین از مسئولان و کارشناسان آموزش و پرورش و تمامی افرادی که در دسترسی به منابع، گردآوری اطلاعات، اجرای مراحل پژوهش و تکمیل این مطالعه همکاری و مساعدت نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- اقبال، ناصر؛ شمس‌راوندی، حمیدرضا. (۱۴۰۲). *رابطه سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی در میان دانشجویان*. در مجموعه مقالات نهمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران: با تأکید بر روان‌شناسی و مسائل اجتماعی. تهران، ایران. [لینک]
- بندانی، محمد. (۱۴۰۱). *تأثیر رشد هویت دانش‌آموزان بر سلامت اجتماعی* [مقاله ارائه‌شده]. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، همدان، ایران. [لینک]
- پناهی یونس؛ میری‌نژاد، مریم سادات؛ امینی، فردعلی؛ بیرقدار، فاطمه؛ صاحب‌نگاه، سجاد. (۱۴۰۳). *مروری بر آسیب‌های سلامت اجتماعی در ایران و راهکارها*. دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۳۴ (۲۳۵)، ۱۵۹-۱۸۰. [لینک]
- جدیدی محمدآبادی، اکبر. (۱۴۰۵). *مدل عوامل زمینه‌ساز برنامه‌ریزی درسی تاب‌آور با نقش میانجی سواد عاطفی در مهارت‌های حرفه‌ای معلمان ابتدایی*. پژوهش و نوآوری در آموزش ابتدایی، ۸ (۲)، ۱۶۱-۱۷۸. [لینک]
- ذولفقاری، اکبر؛ قیومی، آزاده. (۱۴۰۲). *فرا تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی: مطالعات سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۱*. راهبرد اجتماعی فرهنگی، ۱۲ (۲)، ۴۲۳-۴۵۴. [لینک]
- رحیمی، رضا؛ سلطانی‌فر، محمد؛ زمانی‌مقدم، افسانه؛ عزیزآبادی فراهانی، فاطمه؛ نصیری، بهاره. (۱۴۰۰). *طراحی برنامه درسی سواد رسانه‌ای ویژه دوره ابتدایی*. تعلیم و تربیت، ۳۷ (۴)، ۷-۳۰. [لینک]
- زاهد بابلان، عادل؛ رضی‌آباد، نادر حیدری؛ سرباز مرادلو، رضا؛ گل‌مرادی اردی، سویل. (۱۴۰۵). *طراحی و اعتباریابی الگوی توسعه عاملیت معلمان دوره ابتدایی*. پژوهش و نوآوری در آموزش ابتدایی، ۸ (۲)، ۱-۲۶. [لینک]
- سمیعی، هادی؛ نوری، فاطمه؛ ولی‌زاده، سمانه. (۱۴۰۳). *بررسی رابطه الگوی رفتاری معلم با سلامت اجتماعی دانش‌آموزان مقطع دوم ابتدایی* [مقاله ارائه‌شده]. پنجمین کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی. [لینک]
- شهرکی، زهرا؛ بولاغ، احمد؛ آذرنوش، مریم؛ آبار، جمشید. (۱۴۰۳). *تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت عمومی دانش‌آموزان* [مقاله ارائه‌شده]. نخستین کنفرانس ملی راهبردهای آموزشی و پژوهشی در آموزش، اهواز، ایران. [لینک]
- صفری، حسین؛ حقی، ناصر. (۱۴۰۲). *سلامت اجتماعی جوانان و رابطه آن با عملکرد خانواده*. مطالعات سیاسی-اجتماعی تاریخ و فرهنگ ایران، ۲۲ (۲)، ۲۳۹-۲۵۱. [لینک]
- مدیری، فاطمه؛ سفیری، خدیجه؛ منصورانی، فاطمه. (۱۳۹۶). *سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن*. توسعه اجتماعی، ۱۲ (۲)، ۷-۲۸. [لینک]
- مطلبی، شیوا؛ صمدیان‌گرمی، پروین؛ باقری، محمد. (۱۴۰۱). *اهمیت و تأثیرات پرورش هویت دانش‌آموزان در سلامت اجتماعی* [مقاله ارائه‌شده]. پنجمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، همدان، ایران. [لینک]
- نوری، رویا؛ ناصری، نازیا سادات؛ هاشمیان‌نژاد، فریده. (۱۴۰۵). *تعیین ابعاد و مؤلفه‌های افزایش مسئولیت‌پذیری اجتماعی معلمان با رویکرد توانمندسازی در هنرستان‌های فنی‌وحرفه‌ای دخترانه شهر مشهد*. یادگیری هوشمند و تحول مدیریت، ۱-۲۴. [لینک]
- نیازی، محسن؛ ذوالفقاری، اکبر؛ آب‌شیرین، شکوفه؛ رضایی، الهام. (۱۴۰۱). *فرا تحلیل مدل توسعه و طراحی مدل جدید عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در میان ایرانیان*. مطالعات راهبردی فرهنگ، ۲ (۴)، ۱۱۱-۱۳۶. [لینک]
- همتی‌راد، فرزانه؛ کشاورز، ام‌اله؛ مؤمنی، حسن. (۱۳۹۷). *رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در دانش‌آموزان متوسطه دوم*. مددکاری اجتماعی، ۷ (۲)، ۷-۱۴. [لینک]

References

- Anderson, P., & Taylor, J. (2022). The role of social health in preventing behavior problems in children. *Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 123–139. [[Link](#)]
- Auld, M. E., Allen, M. P., Hampton, C., Montes, J. H., Sherry, C., Mickalide, A. D., Logan, R. A., Alvarado-Little, W., & Parson, K. (2020). Health literacy and health education in schools: Collaboration for action. *NAM Perspectives*, 2020. [[Link](#)]
- Bandani, M. (2022). *The effect of developing students' identity on social health*. Proceedings of the 5th International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Social Studies, Hamadan, Iran. [In Persian]
- Cruz, J. P., Malafaia, C., Silva, J. E., Rovisco, M., & Menezes, I. (2023). Educating for participatory active citizenship: An example from the ecological activist field. *Environment, Development and Sustainability*, 1–22. [[Link](#)]
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Free Press. (Original work published 1897)
- Eccles, J. S., & Roeser, R. W. (2011). Schools as developmental contexts during adolescence. *Research on Adolescence*, 21(1), 225–241. [[Link](#)]
- Eghbal, N., & Shams-Ravandi, H. R. (2023). *The relationship between social health and social isolation among students*. Proceedings of the 9th Congress of the Iranian Psychological Association: Emphasis on Psychology and Social Issues, Tehran, Iran. [In Persian]
- Ferreira, B., Curado, C., & Oliveira, M. (2022a). The contribution of knowledge management to human resource development: A systematic and integrative literature review. *Knowledge Economy*, 13(3), 2319–2347. [[Link](#)]
- Ferreira, M., Martinsone, B., & Talić, S. (2022b). Promoting social and emotional learning in primary school: A systematic review of universal interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8602.
- Gueldner, B. A., Feuerborn, L. L., & Merrell, K. W. (2020). *Social and emotional learning in the classroom: Promoting mental health and academic success* (2nd ed.). Guilford Press. [[Link](#)]
- Hematirad, F., Keshavarz, E., & Momeni, H. (2018). The relationship between social capital and social health among upper secondary school students. *Social Work Quarterly*, 7(2). [In Persian]
- Herrera, D., Kupczynski, L., & Mundy, M. A. (2020a). The impact of social-emotional learning on student achievement in elementary schools. *Educational Research and Practice*, 10(1), 1–14. [[Link](#)]
- Herrera, L., Al-Lal, M., & Mohamed, L. (2020b). Academic achievement, self-concept, personality and emotional intelligence in primary education: Analysis by gender and cultural group. *Frontiers in Psychology*, 10, 3075. [[Link](#)]
- Jadidi Mohammadabadi, A. (2026). Model of underlying factors of resilient curriculum planning with the mediating role of emotional literacy in primary teachers' professional skills. *Research and Innovation in Primary Education*, 8(2), 161-178. [[Link](#)] [In Persian]
- Jennings, P. A. (2022a). *Mindfulness for teachers: Simple skills for peace and productivity in the classroom* (2nd ed.). W. W. Norton & Company. [[Link](#)]
- Jennings, S. (2022b). *Managing social anxiety in children and young people: Practical activities for reducing stress and building self-esteem*. Routledge. [[Link](#)]
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. [[Link](#)]
- Khazanchi, R., Khazanchi, P., Mehta, V., & Tuli, N. (2021). Incorporating social-emotional learning to build positive behaviors. *Kappa Delta Pi Record*, 57(1), 11-17. [[Link](#)]
- Klein, M. F. (1991). *The politics of curriculum decision-making: Issues in centralizing the curriculum*. State University of New York Press. [[Link](#)]

- Kou, K. (2022). The relationship between parenting style and self-esteem in adolescents. *Education, Humanities and Social Sciences*, 5, 307–312. [\[Link\]](#)
- Lee, J., Park, H., & Kim, Y. (2023). Social skills and academic success in elementary-aged children. *School Psychology*, 59(1), 75–90.
- Li, S., Tang, Y., & Zheng, Y. (2023). How the home learning environment contributes to children's social-emotional competence: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 14, 1065978. [\[Link\]](#)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Loinaz, E. S. (2019). Teachers' perceptions and practice of social and emotional education in Greece, Spain, Sweden and the United Kingdom. *International Journal of Emotional Education*, 11(1), 31–48. [\[Link\]](#)
- Modiri, F., Safiri, K., & Mansourian, F. (2018). Social health and factors affecting it. *Social Development*, 12(2), 7–28. [\[Link\]](#) [In Persian]
- Motalebi, S., Samadian-Germi, P., & Bagheri, M. (2022). *The importance and effects of developing students' identity on social health*. Proceedings of the 5th International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Social Studies, Hamadan, Iran. [In Persian]
- Matthys, W., & Schutter, D. J. (2022). Improving our understanding of impaired social problem-solving in children and adolescents with conduct problems: Implications for cognitive behavioral therapy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(3), 552–572. [\[Link\]](#)
- Niazi, M., Zolfaghari, A., Abshirine, S., & Rezaei, E. (2022). Meta-synthesis of the development and design of a new model of factors affecting social health among Iranians. *Strategic Studies of Culture*, 2(4), 111–136. [\[Link\]](#) [In Persian]
- Nouri, R., Nasser, N. S., & Hashemiannejad, F. (2027). Determining the dimensions and components of increasing teachers' social responsibility with an empowerment approach in girls' vocational high schools in Mashhad. *Journal of Intelligent Learning and Management Transformation*, (Issue Number), 1–24. [\[Link\]](#) [In Persian]
- Panahi, Y., Mirinejad, M. S., Aminifard, A., Beiraghdar, F., & Sahabnegar, S. (2024). A review of social health problems in Iran and related solutions. *Mazandaran University of Medical Sciences*, 34(235), 159–180. [In Persian]
- Pinto, A. P., & Reshma, K. J. (2021). Impact of project-based learning on entrepreneurial and social skills development. *Engineering Education Transformations*, 34(Special Issue), 593–598. [\[Link\]](#)
- Rahimi, R., Soltanaifar, M., Zamaanimoghadam, A., AzizaabadiFaraahaani, F., & Nasiri, B. (2022). Designing a curriculum in media literacy for the elementary school. *Quarterly Journal of Education*, 37(4), 7–30. [\[Link\]](#) [In Persian]
- Safari, H., & Haghighi, N. (2023). Social health of young people and its relationship with family functioning. *Political and Social Studies of Iranian History and Culture*, 2(2), 239–251. [In Persian]
- Samiei, H., Nouri, F., & Valizadeh, S. (2024). *The relationship between teachers' behavioral patterns and social health among second-cycle primary school students in Azadshahr County*. Proceedings of the 5th International Conference on Humanities, Educational Sciences, Law, and Social Sciences. [In Persian]
- Shahraki, Z., Bolagh, A., Azarnoush, M., & Abar, J. (2024). *The effect of social skills training programs on students' general health*. Proceedings of the 1st National Conference on Educational and Research Strategies in Education, Ahvaz, Iran. [In Persian]
- Smith, S., & Johnson, G. (2023). A systematic review of the barriers, enablers and strategies to embedding translational research within the public hospital system focusing on nursing and allied health professions. *PLoS One*, 18(2), e0281819. [\[Link\]](#)
- Starkey, H. (2022a). Democratic learning and social health: A pedagogical perspective. *European Journal of Education*, 57(2), 145–163. [\[Link\]](#)

- Starkey, H. (2022b). Education, social cohesion and human rights. In *Rethinking education for social cohesion: International case studies* (pp. 37–49). Palgrave Macmillan. [[Link](#)]
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S54–S66. [[Link](#)]
- World Health Organization. (2022). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis*. Module 4: Treatment – drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. World Health Organization. [[Link](#)]
- Zahed Babolan, A. , Heidari Raziabad, N. , Sarbaz Moradloo, R. and Golmoradi Ardi, S. (2026). Design and validation of a model for developing teacher agency among primary school teachers. *Research and Innovation in Primary Education*, 8(2), 1-26. [[Link](#)] [In Persian]
- Zolfaghari, A., & Qayyumi, A. (2023). Meta-analysis of the relationship between social capital and social health: Studies from 2011 to 2021. *Social-Cultural Strategy*, 12(2), 423–454. [[Link](#)] [In Persian]