

عوامل مؤثر در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

لیلا فرجامند^۱، اسفندیار دشمن زیاری^{۲*}، عباسعلی قیومی^۳

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>این تحقیق در راستای بررسی عوامل مؤثر در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور انجام شده است. روش تحقیق به کار گرفته شده در این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع داده‌ها کمی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق عبارت از کلیه دست‌اندرکاران مدیریت آموزش و پرورش در شهر تهران می‌باشند که تعداد آنها حدوداً ۴۰۰ نفر می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری ساده می‌باشد. از جامعه آماری مذکور با توجه به ضوابط نمونه‌گیری (براساس شیوه نمونه‌گیری مندرج در جدول مورگان (تعداد ۱۲۴ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده و سپس با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته در پنج بعد و ۴۴ گویه تنظیم براساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، و گویه‌های مستخرجه در نمونه آماری تحقیق مورد پرسش قرار گرفته است. در بخش آمار توصیفی نیز، توصیف داده‌ها در دو بخش متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای اصلی ارائه گردیده و در بخش آمار استنباطی، جهت بررسی فرضیه‌ها از آزمون ناپارامتری همبستگی اسپیرمن استفاده شده است. با توجه به داده‌های تحقیق می‌توان گفت، دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور اثر مثبت و معنی داری دارد.</p>	<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>شاپا الکترونیکی: ۴۵۶۵-۲۷۸۳</p> <p>شاپا چاپی: ۹۷۷۵-۲۰۰۸</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵</p> <p>واژه‌های کلیدی:</p> <p>فرهنگ سلامت، دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، سبک زندگی</p>

لطفاً به این مقاله استناد کنید: فرجامند، لیلا، دشمن زیاری، اسفندیار، قیومی، عباسعلی. (۱۴۰۰). عوامل مؤثر در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور. *مطالعات رفتاری و مدیریت*. ۱۲(۲۸): ۱۰۴-۸۵. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20089775.1400.12.28.6.6>

	Creative Commons: CC BY-SA 4.0		http://dorl.net/dor/20.1001.1.20089775.1400.12.28.6.6
ایمیل: doshmanziari@gmail.com		* نویسنده مسؤل: اسفندیار دشمن زیاری	
ناشر: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال		ناشر: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال	

۱. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد اسلام شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام شهر، ایران.

۳. دانشیار گروه مدیریت فرهنگی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی به برخورداری از رفاه کامل جسمی، روحی، معنوی، رضایت مندی اجتماعی و نه تنها نبودن نقص عضو یا بیماری گفته می‌شود (WHO, 2012). سلامت جسمی عبارت است از «نگرش افراد درباره توانایی و قدرت بدنی‌شان، میزان تحرک و ورزشی که انجام می‌دهند و به طور کلی، حالت بهزیستی جسمی آنها» (لیچ، ۱۹۹۹؛ فارل، ۱۹۹۰؛ به نقل از لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰).

به رغم نگاه بدبینانه روانشناسی در سطح برخی نظام‌های کلی به مذهب، از همان ابتدای شکل‌گیری روانشناسی کاربردی، تحقیقات در زمینه رابطه مذهب و سلامت روانی، بیشتر بیانگر رابطه مثبت بین دو متغیر بوده است. از دهه ۵۰ میلادی، تحقیقات بیانگر تأثیر مداخلات مذهبی بر بهبود آلام روانشناختی بودند و از آن جمله می‌توان به تأثیر نماز و دعا درمانگری بر اختلالات اشاره کرد (ولف ۱۹۹۷). از دهه‌ی ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌های بهداشت روانی از فنون و شیوه‌های مداخله‌ای مرسوم و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آنها که بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بوده، روی آوری به مذهب روز افزون گردید.

دین حقیقتی است که در جنبه‌ها و ابعاد گوناگون زندگی انسان حضور قابل توجهی دارد و به عنوان یکی از پنج نهاد اصلی هر اجتماعی، جایگاهی خاص در تقسیم‌بندی جامعه‌شناسان به خود اختصاص داده است. در جوامع امروزی و مدرن، دین به عنوان موضوعی غیر قابل انکار نگرسته شده و سعی می‌شود میزان و تأثیرات آن به طور جامع مورد بررسی قرار بگیرد و از آن‌جا که دین یک پدیده گروهی تلقی می‌گردد که در رابطه متقابل با دیگر واحدهای سازنده یک جامعه قرار می‌گیرد لذا انتظار بر این است که هم بر سایر نهادهای جامعه تأثیر بگذارد و هم از آن‌ها تأثیر بپذیرد (دهستانی و همکاران، ۱۳۹۱). دین عملاً به عنوان یک سیستم ارزشی به حرکت‌های انسانی جهت داده، آن‌را هدفمند نموده و انسان را به سوی اعتلای روانی، انسانی و تکامل رهنمون می‌سازد. از این‌رو، بر اساس رویکرد نظریه پردازان کارکردگرا، دین، جامعه را متحد کرده و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک جمعی، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. ایجاد روابط گسترده با اعضای جامعه به ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از سوی اطرافیان و در نتیجه باعث ارتقای سلامت افراد دیندار منجر می‌شود (سراجزاده، ۱۳۹۲: ۵۹). بدین قرار، افزایش مطالعات صورت گرفته در زمینه دین و دینداری، خود معرف پراهمیت بودن این مقوله در زندگی انسان‌ها است.

دینداری یعنی دینی‌بودن، پایبندی دینی و داشتن التزام دینی. به بیان کلی، دینداری یعنی داشتن التزام دینی، به نحوی که نگرش، گرایش و کنش‌های فرد را متأثر سازد. تدین عبارت است از التزام فرد به دین مورد قبول خویش، این التزام در مجموعه‌ای از اعتقادات، احساسات، اعمال فردی و جمعی که حول خداوند (امر قدسی) و رابطه ایمانی با او دور می‌زند سامان می‌پذیرد. (شجاعی‌زند، ۱۳۸۴: ۳۶-۳۵).

باورهای مذهبی به سلامتی، کیفیت زندگی و عزت نفس بهبود می‌بخشند و اختلالات روانی و مشکلاتی نظیر خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهند (مقدم، ارجمندی، خبارزاده، نادری و شکری، ۲۰۱۶). جهت‌گیری مذهبی به دو صورت بیرونی و درونی است. در جهت‌گیری مذهبی درونی، ایمان به خودی خود ارزشی متعالی تلقی می‌شود و یک عامل انگیزشی فراگیر، نه وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف، در نظر گرفته می‌شود اما در جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب امری خارجی و ابزاری برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت است. به عبارت دیگر، دین‌داری برای کسب امنیت و پایگاه اجتماعی است و افرادی که چنین جهت‌گیری‌ای دارند، از دین به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به حاجات خود استفاده می‌کنند

(آلپورت، ۱۹۵۰). به اعتقاد برخی از پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی، به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعداد‌های او پاسخ می‌دهد (برمر، آبروگر و شوستروم، ۱۹۹۳) و به این ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روانشناختی، معنوی و خود نظم‌دهی انسان کمک می‌کند. به عبارت دیگر، سازش یافتگی انسان در پی پاسخگویی به آنهاست، مذهب بستر مناسبی برای پاسخ به خواسته‌ها و مواضع مهم فراهم می‌کند. از جمله این خواسته‌ها و نیازها می‌توان به شکل انسان در رابطه با زمان و جاودانگی، اجتماعی شدن و اجتماعی ماندن، الگوی دلبستگی و جدایی، تشویق و تنبیه (مجازات)، معنادهی به فعالیت‌ها، عقل، جایگاه فرد در جهان، غلبه و معنادهی به رنج‌ها و تعارض‌های اساسی زندگی اشاره کرد (لوین، ۱۹۹۶).

یکی از عمده مسائلی که ذهن آدمی را از ابتدای تاریخ تاکنون به خود مشغول کرده و کنجکاوی وی را برانگیخته، شناخت عوامل مؤثر در ایجاد بیماری و راه‌های حصول سلامت بوده است. که در این راستا با توجه به رشد فکری بشر در دوره‌های مختلف نظریات متعددی مطرح شده است که از این میان نقش اعتقادات ماورایی و متافیزیکی که بیماری را به خشم خداوند و حلول روح شیطان نسبت می‌دهد از دیگر عوامل پر رنگ‌تر می‌نماید، به طوری که اپیدمی‌ها تا هزاران سال مکافات تبهکاری بشر قلمداد می‌شدند و افراد این بیماری‌های همه گیر را بلیه آسمانی می‌پنداشتند که خداوند جهت ریشه کن کردن حکام مستبد و گروه مفسدین بر مردم نازل می‌کرد، که در این میان به عنوان نمونه می‌توان از وبا یاد کرد که از شایع‌ترین این اپیدمی‌ها در جغرافیای تاریخی ما بود، به طوری که برای مدت‌های طولانی گروهی از مردم مشرق زمین بازگشت به معنویت و خوردن سودهٔ یاقوت (به عنوان نمادی از معنویت) را تنها راه درمان آن می‌دانستند (صائبی، ۱۳۶۸: ۵۲).

سرزمین، فرهنگ، و سلامت واژه‌هایی هستند که در بسیاری از جوامع پیچیده به طور جدایی ناپذیر وجود دارد که شدت عمق ارتباط معنوی محاوره‌ای سرزمین به طور منحصر به فرد برای مردم بومی و جزیره نشینان تنگه تورس کشور استرالیا می‌باشد. از دیرباز فرهنگ توسط مردم جزیره تنگه بومی تورس به عنوان بستر سلامت و رفاه شناخته شده بود، اما داده‌های اپیدمیولوژیکی که از این مسئله حمایت کند به نسبت وسیع وجود ندارد. سلامت بومی بواسطه ی مصرف الکل و مواد، میزان خودکشی و میزان حبس توصیف می‌شود و اینکه ارتباط فرهنگی با تعامل و کاهش این پدیده‌ها ممکن است ارتباط داشته باشد (The LPH, 2018; 2: e509). به منظور بررسی اثر فرهنگ بر سلامت بستگی به فردیست که تشخیص دهد جنگل از درخت انفرادی مهم تر است. همچنین، کاوش در زمینه فرهنگی جنگل به افراد این امکان را می‌دهد که روش‌های شکل گیری تک درختان را درک کرده و از آنها قدردانی کرده و همچنین نقش‌ها، ارتباطات و روابط (مثبت یا منفی) موجود بین درختان را کشف کنند. این پویایی‌های فرهنگی برای مؤثر و پایدار بودن مداخلات بهداشت عمومی ضروری است (Iwelunmor J, Newsome V, Airhihenbuwa CO. 2014; 19 (1):20-46). با استفاده از یک روش سیستماتیک می‌توان برای ارزیابی سهم فرهنگی در ارائه بیماری‌ها و همچنین به پزشک در تشخیص فرهنگی کمک نماید و با استفاده از تجارب الگویی از بیماری‌ها به معیارهای اصلی تشخیص پردازد (Lewis-Fernández R, Díaz N, 2002; 73 (4):271-95). با توجه به اینکه یک پنجم جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند و مراقبت‌های موفق بهداشتی در گرو درک ماهیت انسان، تجارب زندگی، عقاید و نظرات نوجوانان است (سرور و اله اف. ۱۳۸۵: ۱۲)

جامعه ایران جامعه‌ای است که به سمت رشد و توسعه شهرنشینی رشد شتابانی دارد، تقویت پدیده اجتماعی سلامت همگانی و شاخه‌های متعدد آن در جامعه یکی از مطالبات اساسی شهروندان می‌باشد. در راستای گسترش این مطالبه و فرایند اجرایی و

عملکردی این پدیده در سطح جامعه دولتمردان، برنامه ریزان قانون مدار، مدیران شهری، متولیان امور فرهنگی و امنیتی در حاکمیت، همراه با فعال نمودن بخش‌های خصوصی، سازمان‌های غیر دولتی و شهروندان گام‌های اساسی را باید در بسترسازی پایدار سلامت اجتماعی و گسترش مشارکت در تقویت شاخص‌های آن به صورت اساسی و جدی بردارند و در راستای توسعه پایدار این پدیده اجتماعی و فرهنگی با استفاده از هرگونه راهبرد و راهکار قانونی و اسلامی شهروندان را به سمت فرایند نهادینه سازی رفتارها و فعالیت‌هایی که منجر به تقویت این شاخص در سطح جامعه از جمله کلان شهرهای بزرگ خواهد شد، ترغیب و تشویق نمایند.

با توجه به مطالب فوق، در این تحقیق تأثیر دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مورد بررسی قرار گرفته است.

مبانی نظری و مدل مفهومی تحقیق

فرهنگ سلامت

در تعریف فرهنگ، تعاریف و برداشتهای فراوانی صورت پذیرفته است. اندیشمندان غربی و ایرانی با زاویه نگرش خاص خود به تعریف این واژه و جایگاه آن در جامعه بشری پرداخته اند. آموزش و پرورش، تعلیم و تربیت، علم و دانش، معرفت، عقل، بزرگی، سنجیدگی، حکمت، کتاب لغت، آثار علمی و ادبی یک قوم و ملت، هنر، صنعت، ارزشهای یک جامعه، خود نخواستن، راه و رسم زندگی یک جامعه و... معناهای گوناگون واژه «فرهنگ» در زبان فارسی است (عمید، بی تا، ج ۲: ۷۶۶).

آنتونی گیدنز فرهنگ را از ارزشهای اعضای یک گروه معین می‌داند و هنجارهایی که از آن پیروی می‌کنند. (گیدنز، ۱۳۷۶: ۳۶). مانوئل کاستلز نیز از ظهور فرهنگ جدیدی خبر می‌دهد که آن را «فرهنگ مجاز واقعی» می‌خواند. وی معتقد است پیدایش سیستم نوین ارتباطات الکترونیکی که ویژگی آن: قلمرو جهانی، یکپارچه سازی همه رسانه‌های ارتباطی و تعامل بالقوه است، در حال تغییر فرهنگ ماست و آن را برای ابد دگرگون می‌سازد. وی این فرهنگ جدید در حال ظهور را فرهنگ مجاز واقعی می‌نامد (کاستلز، ۱۳۸۰: ۳۸۴). در همه‌ی تعریف‌های مطرح گردیده در راستای فرهنگ در سه مورد و اینکه فرهنگ آموختنی است؛ عناصر فرهنگی به یکدیگر وابسته هستند و سرانجام اینکه فرهنگ از سوی بیشتر افراد جامعه قابل قبول و پذیرفته شده، موافقت گردیده است.

از لحاظ نظری، فرهنگ یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده تمامی رفتارهای بهنجار یا نابهنجار است. بنابراین، به همان میزانی که انگاره‌های فرهنگی متفاوتی در رفتار به هنجار می‌یابیم، بایستی در انتظار یافتن تفاوت‌های فرهنگی خاصی در رفتارهای نابهنجار هم بود. مشخص ساختن اجزای سازمان اجتماعی که احتمالاً در فرهنگ‌های مختلف بر بهداشت روانی تأثیر کرده و انواع گوناگون و نسبت‌های متفاوت اختلال‌های روانی را بوجود می‌آورند، چندان مشکل نیست. باورهای مذهبی متفاوت، به همراه محدودیت‌های کم و بیش در مورد مسائل جنسی و سایر محدودیت‌های مربوط به انرژی‌های جنسی - زیستی و تأکیده‌های مختلفی که بر مساله گناه می‌شود، یک ویژگی چشمگیر تباین فرهنگی است و غالباً به عنوان یک عامل سهمیم در ایجاد بیماری‌های روانی مورد توجه است. ساختار و سازمان خانواده با مجموعه‌ای از الزامات، وابستگی‌های شدید عاطفی و گرایش ذاتی آن به تعارض، حمایت‌های مختلف از اعضای خود و از دست رفتن اعضا نیز در فرهنگ‌ها، تنوع قابل ملاحظه‌ای دارد. (کوکرین، ۱۹۹۱: ۹۵) علاوه بر موارد فوق معتقد است نقش‌ها و موقعیت‌های مشخص برای زنان و مردان، روابط والدین و کودک، تاکید بر موفقیت و پیشرفت، آداب و

رسوم، خوراک، روابط تاریخی با سایر اقوام و میزان هویت شخصی با حفظ عضویت در یک گروه، مسائلی هستند که ممکن است فرهنگ از طریق آنها بر آسیب پذیری روانی اثر بگذارد.

دین و سلامت

از دیرباز در فرهنگ‌ها، زمان‌ها و سرزمین‌های مختلف تعاریف گوناگونی از سلامت شده است؛ اما تعریفی که سازمان جهانی بهداشت در ماده ۲ اساسنامه خود از سلامت ارائه نموده است، حدود ۵۰ سال تقریباً مورد پذیرش اکثر جوامع علمی و نظام‌های حکومتی بوده است؛ این تعریف بدین صورت است که سلامتی عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط نبودن بیماری و معلولیت است؛ و در بازه زمانی (۱۹۷۹م) سازمان جهانی بهداشت به جنبه‌های روحی و معنوی در سلامت و تضمین سلامت انسان توجه نمود. سلامت مصدر و به معنی سالم بودن است؛ از این رو به ادراک، رفتار و پدیده‌ای سالم می‌گویند که کار خود را متناسب با آنچه برای او ایجاد شده است، به خوبی انجام دهد. واژه سلامت و یا سالم بودن به هر چیزی اطلاق می‌شود که آن چیز به خوبی در مدار صحیح قرار گرفته باشد و کار ویژه خود را به خوبی انجام دهد؛ از این رو جسمی سالم است که مجموعه‌ی اعضا و جوارح آن به خوبی کار کنند و تمامی اموری چون جذب و دفع را بدون مشکل انجام دهند؛ عقلی سالم است که در اندیشیدن مشکلی نداشته باشد؛ روحی سالم است که انسان را در اهداف متعالی انسانی به خوبی هدایت کند و انسانی سالم است که در همه ابعاد جسمی، روحی و ذهنی آن در مسیر تعالی انسان، نشاط و رفاه او قرار گیرد و به تعبیر دیگر بتواند رفاه و نشاط او را تأمین کند. در فرهنگ اصطلاحات آمده است که سلامت عبارت است از: آمادگی و رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی که افراد از آن لذت ببرند. سلامت تنها نبود بیماری نیست، بلکه چند بعدی بوده و در یک گستره فرهنگی وسیع تعریف می‌شود (ابوالقاسمی، ۱۳۹۱: ۴۶). سلامتی چه به صورت فردی و چه جمعی، بی‌تردید مهم‌ترین جنبه از مسائل حیات است. اهمیت سلامتی افراد جامعه از یک طرف معلول عوامل متعددی است و یکی از شاخص‌های مهم توسعه جوامع به شمار می‌رود و از طرف دیگر خود می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. بر اساس چشم‌انداز بلندمدت جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت در ابعاد مختلف، به‌ویژه سلامت اجتماعی و معنوی با مفهوم عمیق آن، یک استراتژی بلندمدت کشور است و با توجه به اینکه ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت بر هم تأثیرگذار هستند، سلامت کامل بدون تأمین همه آن ابعاد حاصل نخواهد شد (سام آرام و دیگران، ۱۳۹۱: ۱۱).

پیرامون اهمیت مذهب بر سلامت روانی می‌توان به سخن بنیامین راش به عنوان پدر علم روانپزشکی اشاره کرد. او اظهار می‌دارد که نقش مذهب در سلامت روانی انسان همانند اکسیژن برای تنفس است. (کرمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۳۴)

افراد متدین به هر نسبت که ایمان قوی و محکم داشته باشد از بیماری روانی مصون تر هستند. از جمله آثار ایمان دینی آرامش خاطر است. ایمان دینی به حکم اینکه به انسان که یک طرف معامله است، نسبت هیجان که طرف دیگر معامله است، نسبت به هیجان که طرف دیگر معامله است، اعتماد و اطمینان می‌بخشد. دلهره و نگرانی نسبت به رفتار جهان را در برابر انسان از میان می‌برد و بجای آن به او آرامش خاطر می‌دهد. (مطهری، ۱۳۷۵)

دین می‌تواند موجب ایجاد معنی شود. بنابراین، دین به زیستن و مردن انسان معنی می‌بخشد. آنها ۳۶ مطالعه تجربی در مورد مرگ و درگیری دینی را مرور کردند و نتیجه گرفتند که ایمان قوی تر یا معتقد بودن به زندگی پس از مرگ با ترس کمتر از مرگ هم بستگی دارد. هم چنین افرادی که نمره بالاتری در شاخص دین دار بودن درونی داشتند، ترس کمتری را از مرگ گزارش کردند

دین به افراد متدین نوعی احساس کنترل و کارآمدی می بخشد که ریشه خدایی دارد و می تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. (پارگمنت و همکاران، ۲۰۱۶).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی را می توان به عنوان تعاملات اجتماعی تعریف کرد که کمک واقعی یا احساس دل بستگی به شخص یا گروهی را فراهم می کند. حمایت اجتماعی، مفهومی چند بعدی است که صمیمیت عاطفی یا احساس نزدیکی به اطرافیان را در بر می گیرد (یاب و دیویلی، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی را می توان به عنوان تعاملات یا ارتباطات اجتماعی تعیین کرد که کمک واقعی یا احساس دل بستگی به شخص یا گروهی را فراهم می کند (Yap & Devilly, 2004). لینزی (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی، را قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگرانی که منابعی را در هنگام نیاز فراهم می کنند، تعریف کرده است. (فتحی، ۱۳۷۶:۲۵). در نظر نیز سارافینو (۲۰۰۰) نیز حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (علی پور: ۱۳۸۳). لوچر (۲۰۰۵) حمایت اجتماعی را پیوند افراد با یکدیگر و فراوانی تماس با دیگران می داند. مولا سیوتیس و همکاران (۱۹۹۷) حمایت اجتماعی را به عنوان مبادله بین حداقل دو فرد به منظور ارتقا سلامتی گیرنده حمایت تعریف می کنند؛ از نظر آن ها حمایت اجتماعی را می توان به لحاظ ساختاری (وضع تاهل، اندازه شبکه حمایتی و فراوانی تعاملات اجتماعی) و یا به لحاظ کارکردی (ارائه حمایت عاطفی، عینی و اطلاعاتی) در نظر گرفت. کوب (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می کند که شخص را به این اعتقاد می رساند که در یک شبکه ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آن ها با ارزش و محترم شمرده می شود و در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است. هاوس (۱۹۸۱) نیز حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می داند که پیوندهای عاطفی، کمک های مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات و اظهار نظر و ارزیابی دیگران را در بر می گیرد. شافر، کوبن و لازروس (۱۹۸۱) با تاکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت از ارزشیابی های او از این که تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملات یا روابط برای وی سودمند است، می دانند. هلر (۱۹۸۶) نیز این مفهوم را فعالیتی اجتماعی می داند که از طریق آن حرمت ذات فرد در یک رابطه بین شخصی تقویت شده و فرد از طریق کمک هایی که از دیگران دریافت می کند (عاطفی، شناختی و ابزاری) در برابر فشار روانی محافظت می شود (رستگار خالد، ۱۳۸۴: ۱۳۷-۱۳۶).

سبک زندگی

وبلن سبک زندگی را الگوی رفتار جمعی می داند و آن را از رسوم و عادات اجتماعی و طرز تفکر و نیز نمود فرایندها و ساز و کارهای روحی، عادات فکری و معرفتی فرد در رفتار او معرفی می کند. (veblen, 1899) نهاد اجتماعی و مصرف دو مفهوم اساسی در اندیشه وبلن هستند. او بشر را ناگزیر از حضور در اجتماع برای تداوم و توسعه زندگی می داند و نهاد اجتماعی تبلور نحوه حضور و انطباق فرد با جامعه است. نهادها از نظر وبلن الگویی متشکل از رفتار جمعی یا گروهی هستند که به عنوان جزء و بخش اساسی یک فرهنگ پذیرفته می شوند و شامل رسوم، عادات اجتماعی، قوانین، روش های فکری و بطور کلی سبک زندگی هستند. (مهدوی کنی، ۱۳۹۰) سبک زندگی سلامت محور عبارت است از: «مجموع الگوهای رفتاری سالم که مبتنی بر انتخاب هایی هستند که مردم آنها را در چارچوب فرصت ها و شانس های زندگی، از منابع قابل دسترس انتخاب می کنند» (کا کرهام، ۲۰۰۸: ۵۶)

از نظر آنتونی گیدنز، سبک زندگی اصطلاحی است که در فرهنگ سنتی چندان کاربردی ندارد، زیرا ملازم با نوعی انتخاب از میان تعداد زیادی از امکان‌های موجود است. وی مساله سبک زندگی را مفهومی می‌داند که در چارچوب نوعی مصرف‌گرایی مطرح می‌شود و به همین دلیل آن را تا حدی مبتذل می‌داند، اما اذعان می‌کند که همه ما ناگزیر از پیروی از شیوه معینی از زندگی و به عبارت دیگر ناگزیر از انتخاب هستیم. (گیدنز، ۱۳۹۱) او انتخاب و قدرت انتخاب را عامل اصلی شکل‌گیری سبک‌های زندگی می‌داند اما بیان می‌دارد که اغلب این قدرت انتخاب به وسیله عواملی محدود می‌شود که از محدوده اختیار فرد بیرون است. (گیدنز، ۱۹۹۱) گیدنز بر آن است که «سبک زندگی» بیشتر شبیه ژانر در ادبیات و هنر است و مانند الگو یا نوعی شابلون انسان‌ها را قادر می‌سازد که به وسیله آن به نوعی «حکایت‌گویی از خود» پردازند. سبک‌های زندگی که افراد برای خود برمی‌گزینند، نه فقط نیازهای جاری آنها را بر می‌آورند، بلکه روایت خاصی را هم که آنها برای هویت شخصی خود برگزیده‌اند در برابر دیگران متجسم می‌سازند. (خادمیان، ۱۳۹۰)

شاید بتوان گفت که برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم لازم است. به تعبیر دیگر، داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبع والا و امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و روحانی از جمله منابعی هستند که افراد دیندار با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث و شرایط فشارزای زندگی آسیب‌های روانی کمتری را متحمل شوند.

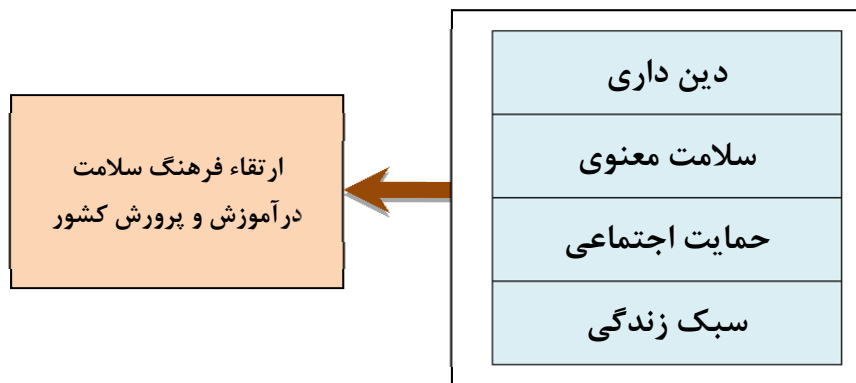
نقش فرهنگی آموزش و پرورش

فرهنگ امری ذاتی نیست پس لازم است که به هر نسل جدیدی آموخته شود. در همه جامعه‌ها، میراث فرهنگی قابل‌اعتناست و چون ممکن است بر اثر غفلت از میان برود از این رو انتقال آن به افراد جامعه به نسل جدید اهمیت خاصی دارد. (فتحی، ۱۳۷۶: ۲۲). آموزش و پرورش نقش مهمی در اجرا و هدایت جامعه به سمت الگوی ایرانی-اسلامی دارد و از گرایش جامعه به سمت الگوی مخرب جلوگیری می‌کند این کار به صورت ارائه تنبیهات و تشویقات رسمی و غیررسمی انجام می‌گیرد. آموزش و پرورش به عنوان وسیله‌ای برای سلسله‌مراتبی کردن نقش‌هاست. سلسله‌مراتب منظم، کار برنامه‌ریزی و ارزشیابی امور فرهنگی را بهبود می‌بخشد. وجود سلسله‌مراتب به معنای برتری نقش‌ها نسبت به یکدیگر نیست؛ بلکه به این معناست که برای هر نقش، تخصصی تعریف شده وجود دارد.

مدل تحقیق

متغیر مستقل: دین‌داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی

متغیر وابسته: مدل ارتقاء فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور



نمودار ۱: مدل تحلیلی تحقیق - محقق ساخته برگرفته از ادبیات تحقیق

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی: (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشند.

فرضیه‌های فرعی

- دین داری در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.
- سلامت معنوی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.
- حمایت اجتماعی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.
- سبک زندگی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نوع کاربردی می‌باشد زیرا هدف از انجام این تحقیق توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص، به قصد کاربرد نتایج یافته‌ها برای توسعه قابلیت اعتماد می‌باشد. همچنین در زمینه‌ی نحوه گردآوری داده‌ها نیز مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق عبارت از کلیه دست اندرکاران مدیریت آموزش و پرورش در شهر تهران می‌باشند که تعداد آنها حدوداً ۴۰۰ نفر می‌باشد. از جامعه آماری مذکور با توجه به ضوابط نمونه‌گیری (بر اساس شیوه نمونه‌گیری مندرج در جدول مورگان) تعداد ۱۲۴ نفر به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شده‌اند. در این مطالعه به منظور تحلیل داده‌ها از دو رویکرد کلی آماری آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده گردید. آمار توصیفی به منظور توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه آماری در کنار سنجش شاخص‌های پراکندگی داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. همچنین، آمار استنباطی و به کارگیری آزمون همبستگی ناپارامتری اسپیرمن برای بررسی معناداری تأثیر مفروض متغیرها بر یکدیگر مورد استفاده قرار گرفت. مطالعه حاضر دربردارنده یک فرضیه اصلی و ۴ فرضیه فرعی می‌باشد.

یافته‌های تحقیق آزمون فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی:

(دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشند.

جدول ۱: تأثیر دین و باورهای دینی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

آزمون	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
پیرسون	۲۹۱	۰/۷۳۵	۰/۰۰۰

جدول ۲: خلاصه مدل فرضیه اصلی

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا	دوربین - واتسون
۰/۷۳۵	۰/۶۱۳	۰/۶۱۰	۰/۳۸۹	۲/۰۴۶

جدول شماره ۱ که تأثیر دین و باورهای دینی (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور را نشان می‌دهد چون مقدار $\text{sig}=0/000$ کمتر از مقدار معین $p=0/05$ می‌باشد. در نتیجه رابطه آماری معنی داری بین دین و باورهای دینی (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد و چون مقدار ضریب همبستگی $R=0/735$ می‌باشد، با توجه به مقدار و علامت مثبت ضریب همبستگی داده شده در جدول، این رابطه مستقیم و مثبت و قوی می‌باشد.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل تأثیر دین و باورهای دینی (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول شماره ۲ آمده است به ارائه مدل برازش یافته پرداخته می‌شود.

تحلیل نتایج مدل رگرسیونی مربوط به فرض اصلی نشان می‌دهد (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در جامعه آماری مورد بحث با ضریب تعیین $0/613$ تأثیر گذار بوده است و با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین - واتسون از مقدار استاندارد $1/5$ بزرگتر است در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم که با توجه به شاخص‌های که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

با توجه به جدول شماره ۳ سطح معناداری محاسبه شده برای این آماره برابر $\text{sig}=0/000$ بوده و نشان از معنی دار بودن رگرسیون در سطح خطای ۱٪ دارد. در جدول شماره ۴ مراحل اجرای رگرسیون متغیر (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) با ضرایب استاندارد و غیر استاندارد، انحراف معیار، تی استیودنت و معنی داری آنها آمده است.

جدول ۳: آزمون (آنالیز واریانس) جهت معناداربودن رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	sig
رگرسیون	۳۱/۲۳۰	۱	۳۱/۲۳۰		
باقیمانده	۱۹/۷۴۸	۲۹۰	۰/۱۵۲	۲۰۵/۵۸۵	۰/۰۰۰
کل	۵۰/۹۷۸	۲۹۱			

جدول ۴: ضرایب مدل رگرسیون

متغیر وارد شده به مدل	ضرایب غیر استاندارد			آماره t	سطح معناداری
	B	Std. Error	Beta		
مقدار ثابت	۰/۶۹۶	۰/۱۹۴		۳/۵۸۵	۰/۰۰۰
دینداری و ...	۰/۷۷۹	۰/۰۵۴	۰/۷۳۵	۱۴/۳۳۸	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل آزمون پارامترهای مدل رگرسیونی را نشان می‌دهد مدل رگرسیونی برازش شده عبارتست از:

$$Y = 0.696 + .779 X$$

بنابراین با ضریب اطمینان ۹۹ درصد می‌توان بیان داشت که یک رابطه خطی معنی‌دار بین (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد یا به عبارتی (دین داری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و سبک زندگی) در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور تأثیر معنی‌دار دارد، چون علامت ضریب B مثبت است تأثیر مثبت دارد.

فرضیه فرعی اول:

دین داری بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.

جدول ۵: تأثیر دین داری بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

آزمون	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
پیرسون	۲۹۱	۰/۵۵۹	۰/۰۰۰

جدول شماره ۵ که تأثیر دین داری بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور را نشان می‌دهد. چون مقدار $sig=0/000$ کمتر از مقدار معین $p=0/05$ می‌باشد در نتیجه رابطه آماری معنی‌دار بین دین داری و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد و چون مقدار ضریب همبستگی $R=0/559$ می‌باشد، با توجه به مقدار و علامت مثبت ضریب همبستگی داده شده در جدول، این رابطه مستقیم و مثبت و در حد متوسط می‌باشد.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل تأثیر دین داری بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول شماره ۶ آمده است به ارائه مدل برازش یافته پرداخته می‌شود.

تحلیل نتایج مدل رگرسیونی مربوط به فرض فرعی اول نشان می‌دهد دین داری بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در جامعه آماری مورد بحث با ضریب تعیین $0/338$ تأثیر گذار بوده است و با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین - واتسون از مقدار استاندارد $1/5$ بزرگتر است در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم که با توجه به شاخص‌های که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

با توجه به جدول (۷) سطح معناداری محاسبه شده برای این آماره برابر $\text{sig}=0/000$ بوده و نشان از معنی دار بودن رگرسیون در سطح خطای 1% دارد. در جدول شماره ۸ مراحل اجرای رگرسیون متغیر مزیت مشهود با ضرایب استاندارد و غیر استاندارد، انحراف معیار، تی استیودنت و معنی داری آنها آمده است.

جدول ۶: خلاصه مدل فرضیه فرعی اول

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا	دوربین - واتسون
۰/۵۵۹	۰/۳۳۸	۰/۳۳۳	۰/۵۰۹	۱/۷۵۳

جدول ۷: آزمون (آنالیز واریانس) جهت معنادار بودن رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	sig
رگرسیون	۱۷/۲۳۳	۱	۱۷/۲۳۳		
باقیمانده	۳۳/۷۴۵	۲۹۰	۰/۲۶۰	۶۶/۳۸۹	۰/۰۰۰
کل	۵۰/۹۷۸	۲۹۱			

جدول ۸: ضرایب مدل رگرسیون

متغیر وارد شده به مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	آماره t	سطح معناداری
	B	Std. Error			
مقدار ثابت	۱/۵۶۲	۰/۲۳۴		۶/۶۶۲	۰/۰۰۰
دینداری	۰/۵۱۰	۰/۰۶۳		۸/۱۴۸	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل آزمون پارامترهای مدل رگرسیونی را نشان می‌دهد مدل رگرسیونی برازش شده عبارتست از:

$$Y = 1.562 + .510 X$$

بنابراین با ضریب اطمینان ۹۹ درصد می‌توان بیان داشت که یک رابطه خطی معنی دار بین دین داری و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد یا به عبارتی دین داری بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور تأثیر معنی داری دارد، چون علامت ضریب B مثبت است تأثیر مثبت دارد.

فرضیه فرعی دوم:

سلامت معنوی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.

جدول ۹: تأثیر سلامت معنوی بر کیفیت خدمات میهمان نوازی در هتل‌های ۴ ستاره کشور

آزمون	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
پیرسون	۲۹۱	۰/۵۷۹	۰/۰۰۰

جدول شماره ۹ که تأثیر سلامت معنوی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور را نشان می‌دهد چون مقدار $\text{sig}=۰/۰۰۰$ کمتر از مقدار معین $p=۰/۰۵$ می‌باشد در نتیجه رابطه آماری معنی داری بین سلامت معنوی و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد و چون مقدار ضریب همبستگی $R=۰/۵۷۹$ می‌باشد، با توجه به مقدار و علامت مثبت ضریب همبستگی داده شده در جدول، این رابطه مستقیم و مثبت و در حد متوسط می‌باشد.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل تأثیر سلامت معنوی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول شماره ۱۰ آمده است به ارائه مدل برازش یافته پرداخته می‌شود.

تحلیل نتایج مدل رگرسیونی مربوط به فرض فرعی دوم نشان می‌دهد سلامت معنوی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در جامعه آماری مورد بحث با ضریب تعیین $۰/۳۲۴$ تأثیر گذار بوده است و با توجه به اینکه مقدار آماره دورین - واتسون از مقدار استاندارد $۱/۵$ بزرگتر است در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم که با توجه به شاخص‌های که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

با توجه به جدول شماره ۱۱ سطح معناداری محاسبه شده برای این آماره برابر $\text{sig}=۰/۰۰۰$ بوده و نشان از معنی دار بودن رگرسیون در سطح خطای ۱% دارد. در جدول شماره ۱۲ مراحل اجرای رگرسیون متغیر مزیت پایدار با ضرایب استاندارد و غیر استاندارد، انحراف معیار، تی استیودنت و معنی داری آنها آمده است.

نتایج تحلیل آزمون پارامترهای مدل رگرسیونی را نشان می‌دهد مدل رگرسیونی برازش شده عبارتست از:

$$Y = 1.839 + 476 X$$

بنابراین با ضریب اطمینان ۹۹% درصد می‌توان بیان داشت که یک رابطه خطی معنی دار بین سلامت معنوی و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

جدول ۱۰: خلاصه مدل فرضیه فرعی دوم

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا	دورین - واتسون
۰/۵۷۹	۰/۳۲۴	۰/۳۱۹	۰/۵۱۴	۱/۷۷۱

جدول ۱۱: آزمون (آنالیز واریانس) جهت معنادار بودن رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	sig
رگرسیون	۱۶/۵۲۹	۱	۱۶/۵۲۹		
باقیمانده	۳۴/۴۴۹	۲۹۰	۰/۲۶۵	۶۲/۳۷۸	۰/۰۰۰
کل	۵۰/۹۷۸	۲۹۱			

جدول ۱۲: ضرایب مدل رگرسیون

متغیر وارد شده به مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	Std. Error	Beta	آماره t	
مقدار ثابت	۱/۸۳۹	۰/۲۰۷		۸/۸۶۷	۰/۰۰۰
سلامت معنوی	۰/۴۷۶	۰/۰۶۰	۰/۵۷۹	۰/۴۷۶	۰/۰۰۰

وجود دارد یا به عبارتی سلامت معنوی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور تأثیر معنی داری دارد، چون علامت ضریب B مثبت است تأثیر مثبت دارد.

فرضیه فرعی سوم:

حمایت اجتماعی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.

جدول ۱۳: تأثیر حمایت اجتماعی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

آزمون	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
پیرسون	۲۹۱	۰/۵۸۵	۰/۰۰۰

جدول ۱۳ که تأثیر حمایت اجتماعی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور را نشان می‌دهد چون مقدار $\text{sig} = 0/000$ کمتر از مقدار معین $p = 0/05$ می‌باشد در نتیجه رابطه آماری معنی داری بین حمایت اجتماعی و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد و چون مقدار ضریب همبستگی $R = 0/585$ می‌باشد، با توجه به مقدار و علامت مثبت ضریب همبستگی داده شده در جدول، این رابطه مستقیم و مثبت و در حد متوسط می‌باشد.

برآزش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل تأثیر حمایت اجتماعی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول زیر آمده است به ارائه مدل برآزش یافته پرداخته می‌شود.

جدول ۱۴: خلاصه مدل فرضیه فرعی سوم

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا	دوربین - واتسون
۰/۵۸۵	۰/۳۷۵	۰/۳۷۰	۰/۴۹۵	۱/۸۴۹

جدول ۱۵: آزمون (آنالیز واریانس) جهت معنادار بودن رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	sig
رگرسیون	۱۹/۰۹۵	۱	۱۹/۰۹۵		
باقیمانده	۳۱/۸۸۳	۲۹۰	۰/۲۴۵	۷۷/۸۶۰	۰/۰۰۰
کل	۵۰/۹۷۸	۲۹۱			

جدول ۱۶: ضرایب مدل رگرسیون

متغیر وارد شده به مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری
	B	Std. Error	Beta	آماره t	
مقدار ثابت	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶		۸/۹۶۷	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	۰/۴۷۰	۰/۰۵۳	۰/۵۸۵	۸/۸۲۴	۰/۰۰۰

تحلیل نتایج مدل رگرسیونی مربوط به فرض فرعی سوم نشان می‌دهد حمایت اجتماعی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در جامعه آماری مورد بحث با ضریب تعیین ۰/۳۷۵ تأثیر گذار بوده است و با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین - واتسون از مقدار استاندارد ۱/۵ بزرگتر است در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم که با توجه به شاخص‌های که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

با توجه به جدول شماره ۱۵ سطح معناداری محاسبه شده برای این آماره برابر $\text{sig} = ۰/۰۰۰$ بوده و نشان از معنی دار بودن رگرسیون در سطح خطای ۱٪ دارد. در جدول شماره ۱۶ مراحل اجرای رگرسیون متغیر مزیت پویا با ضرایب استاندارد و غیر استاندارد، انحراف معیار، تی استیودنت و معنی داری آنها آمده است.

نتایج تحلیل آزمون پارامترهای مدل رگرسیونی را نشان می‌دهد مدل رگرسیونی برازش شده عبارتست از:

$$Y = 1.754 + 470 X$$

بنابراین با ضریب اطمینان ۹۹ درصد می‌توان بیان داشت که یک رابطه خطی معنی‌دار بین حمایت اجتماعی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد یا به عبارتی حمایت اجتماعی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور تأثیر معنی‌داری دارد، چون علامت ضریب B مثبت است تأثیر مثبت دارد.

فرضیه فرعی چهارم:

سبک زندگی در ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور مؤثر می‌باشد.

جدول ۱۷: تأثیر سبک زندگی بر کیفیت خدمات میهمان نوازی در هتل‌های ۴ ستاره کشور

آزمون	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
پیرسون	۲۹۱	۰/۵۴۳	۰/۰۰۰

جدول شماره ۱۷ که تأثیر سبک زندگی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور را نشان می‌دهد چون مقدار $\text{sig}=0/000$ کمتر از مقدار معین $p=0/05$ می‌باشد در نتیجه رابطه آماری معنی داری بین سبک زندگی و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد و چون مقدار ضریب همبستگی $R=0/543$ می‌باشد، با توجه به مقدار و علامت مثبت ضریب همبستگی داده شده در جدول، این رابطه مستقیم و مثبت و در حد متوسط می‌باشد.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل تأثیر سبک زندگی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول زیر آمده است به ارائه مدل برازش یافته پرداخته می‌شود.

جدول ۱۸: خلاصه مدل فرضیه فرعی چهارم

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	انحراف معیار خطا	دوربین - واتسون
۰/۵۴۳	۰/۳۳۸	۰/۳۳۳	۰/۵۰۹	۲/۰۳۱

جدول ۱۹: آزمون (آنالیز واریانس) جهت معنادار بودن رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	sig
رگرسیون	۱۷/۲۴۰	۱	۱۷/۲۴۰		
باقیمانده	۳۳/۷۳۸	۲۹۰	۰/۱۱۵	۶۶/۴۳۱	۰/۰۰۰
کل	۵۰/۹۷۸	۲۹۱			

جدول ۲۰: ضرایب مدل رگرسیون

متغیر وارد شده به مدل	ضرایب غیر استاندارد			ضرایب استاندارد	آماره t	سطح معناداری
	B	Std. Error	Beta			
مقدار ثابت	۱/۸۸۵	۰/۱۹۵		۹/۶۴۴	۰/۰۰۰	
سبک زندگی	۰/۴۶۷	۰/۰۵۷	۰/۵۴۳	۸/۱۵۰	۰/۰۰۰	

تحلیل نتایج مدل رگرسیونی مربوط به فرض فرعی چهارم نشان می‌دهد سبک زندگی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در جامعه آماری مورد بحث با ضریب تعیین ۰/۳۳۸ تأثیر گذار بوده است و با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین - واتسون

واتسون از مقدار استاندارد ۱/۵ بزرگتر است در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نتیجه می‌گیریم که با توجه به شاخص‌های که عنوان شد مدل از کفایت لازم برخوردار است.

با توجه به جدول شماره ۱۹ سطح معناداری محاسبه شده برای این آماره برابر $\text{sig}=0/000$ بوده و نشان از معنی دار بودن رگرسیون در سطح خطای ۱٪ دارد. در جدول شماره ۲۰ مراحل اجرای رگرسیون متغیر مزیت متجانس با ضرایب استاندارد و غیر استاندارد، انحراف معیار، تی استیودنت و معنی داری آنها آمده است.

نتایج تحلیل آزمون پارامترهای مدل رگرسیونی را نشان می‌دهد مدل رگرسیونی برازش شده عبارتست از:

$$Y = 1.885 + .467 X$$

بنابراین با ضریب اطمینان ۹۹ درصد می‌توان بیان داشت که یک رابطه خطی معنی‌دار بین سبک زندگی و ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور وجود دارد یا به عبارتی سبک زندگی بر ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور تأثیر معنی‌داری دارد، چون علامت ضریب B مثبت است تأثیر مثبت دارد.

نتیجه‌گیری

موضوع کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی تقریباً به طور همزمان در چندین رشته علوم اجتماعی مطرح شد، در جامعه‌شناسی، کیفیت زندگی امروزه به یکی از موضوعات مسلط شاخص‌های تحقیقات اجتماعی تبدیل شده است، در ابتدا و آغاز راه تنها بر شاخص‌های «عینی» این سازه تأکید می‌شد، شاخص‌های انتزاعی بعد از دهه ۷۰ مجال ورود به معادلات مرتبط با کیفیت زندگی را یافتند. در تاریخ علوم اجتماعی کیفیت زندگی اغلب از نقطه نظر تئوری‌های مختلفی به بحث کشیده شده است، در جامعه‌شناسی کیفیت زندگی با توجه به پویایی نظام‌های اجتماعی بررسی شده است، تعدادی از نظریات مسلط در این حوزه در ادامه بیان می‌گردند. (ساروخانی، ۱۳۷۶).

مفهوم سلامت طی قرن‌ها تکامل یافته و به تدریج از یک مفهوم انفرادی که ریشه در نظریه میکروبی بیماریها در اوایل قرن بیستم داشت، به صورت یک الگوی اجتماعی و یک هدف جهانی در آمده است (آقا ملایی، ۱۳۸۴: ۲۰). امروزه مفهوم سلامت ابعادی گسترده یافته، که بسیاری از ابعاد زندگی انسان با محیط پیرامون (نظیر مسائل زیست محیطی، کالبدی، اجتماعی و اقتصادی) آن را در بر می‌گیرد و تنها در نداشتن بیماری و در حوزه سلامت فردی خلاصه نمی‌شود، بلکه به عنوان یک هدف مرکزی در حوزه‌های مختلف برنامه ریزی مرتبط با توسعه، مورد تأکید قرار گرفته است. تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از سلامتی در مقدمه اساسنامه خود بیان کرده است مبتنی بر این است که: «سلامت عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نبودن بیماری و معلولیت» و در سالهای اخیر «توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی» را نیز در خود جای داده است. جهت تبیین عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بیان رابطه میان سلامتی و کل محیط (زیست‌شناختی، کالبدی، اجتماعی و اقتصادی) مدل‌های توصیفی و تعاملی گوناگونی به وجود آمده‌اند. یکی از مدل‌های ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، عامل‌های تأثیرگذار بر سلامت را در چهار گروه شامل شاخص‌های عام سلامت، شاخص‌های خدمات مربوط به سلامت، شاخص‌های محیطی و شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی تقسیم کرده است. تحقیقات جامع اخیر نیز موید این نکته است که «سهم بالایی از ارتقای سلامت از طریق بهبود و ارتقای محیط‌های شهری ایجاد می‌گردد». (پلیکان، ۲۰۱۷: ۵۴۶). این ارتباطات بین شهرسازی و سلامت، در تفکرات شهرسازان پیشتازی چون هوسمان و باومایستر نیز دیده می‌شود. هوسمان در برنامه‌های شهرسازانه

اش در پاریس اصولی داشت که از اصلی ترین آن بهبود وضعیت بهداشتی شهر با از میان بردن و تخریب روشمند کوچه پس کوچه‌های بافت ارگانیک و سنتی پاریس که آلوده و خاستگاه بیماری‌های واگیردار بسیاری شده بود.

منابع و ماخذ

قرآن کریم

- ابوالقاسمی، محمد؛ (۱۳۹۱)؛ «مفهوم شناسی سلامت معنوی و گستره آن در نگرش دینی»، اخلاق پزشکی، ۲۰.
- آقا ملایی، تیمور، (۱۳۸۴)، اصول و کلیات خدمات بهداشتی، اندیشه رفیع، چاپ اول، تهران
- پاکزاد، جهان‌شاه، ۱۳۸۶، سیر اندیشه‌ها در شهرسازی از آرمان تا واقعیت، شرکت عمران شهرهای جدید، چاپ اول، تهران.
- خادمیان، طلیعه، (۱۳۹۰). سبک زندگی و مصرف فرهنگی؛ مطالعه‌ای در حوزه جامعه شناسی فرهنگی و دیباچه‌ای بر سبک زندگی فرهنگی ایرانیان، مؤسسه فرهنگی - هنری جهان کتاب، چاپ سوم، تهران.
- دهستانی، م.؛ زاده محمدی، ع. و محمدی، س. (۱۳۹۱). «بررسی میزان دینداری و ارتباط آن با سبک‌های هویت دانشجویان»، مجله علوم رفتاری، دوره ۶، ش ۲، ص ۱۷۱-۱۷۹.
- رستگار خالد، امیر (۱۳۸۴) گسترش نقش زنان در جهت حمایت‌های شغلی - خانوادگی، مجله جامعه شناسی ایران، دوره ششم، شماره چهارم، صص ۱۳۷-۱۳۶
- ریاحی، محمد اسماعیل و اکبر علیوردی نیا (۱۳۸۸) (مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال پنجم، شماره دوم، پاییز و زمستان، صص ۵۱-۹۰.
- ساروخانی، ب. (۱۳۷۵). درآمدی بر دایره المعارف علوم اجتماعی [جلد اول]. تهران: کیهان.
- سام آرام، عزت‌الله؛ پورزیتانی، شیدا؛ ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم؛ (۱۳۹۱)؛ «مبانی روش‌شناسی در سلامت معنوی»، تحقیقات رفاه اجتماعی، ۲.
- سراج‌زاده، ح.؛ جواهری، ف. و ولایتی خواجه، س. (۱۳۹۲). «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال ۲۴، شماره پیاپی (۴۹)، شماره اول، صص ۷۷-۵۵.
- سرور پ، اله اف، علیرضا نین. ۱۳۸۵ عوامل مؤثر بر سلامت از نگاه نوجوانان.
- شجاعی زند، علی‌رضا. (۱۳۸۰). دین، جامعه و عرفی شدن؛ جستارهایی در جامعه‌شناسی دین، تهران: نشر مرکز.
- صائبی، م. (۱۳۶۸). بیماری‌های عفونی در ایران. نشر: انتشارات دانشگاه تهران.
- علی پور، احمد (۱۳۸۳) «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی تأثیر مدل کلی»، مجله روان‌شناسی، سال چهارم، شماره ۱۵.
- عمید، حسن (بی تا)؛ فرهنگ عمید، [بی جا]، [بی نا].
- فتحی، بهروز (۱۳۷۶) «ساخت و اعتبار یابی مقیاس حمایت اجتماعی برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی و تیپ شخصیتی A در رابطه بین عوامل فشارزای دانشجویی با عملکرد تحصیلی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر چمران اهواز»، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه چمران.
- کاستلز، امانوئل، (۱۳۸۰)، «عصر اطلاعات ترجمه حسین چاووشیان»، جلد دوم، تهران، انتشارات طرح نو.
- کریمی، جهانگیر؛ روغنجی، محمود؛ عطاری، یوسفعلی؛ بشیده، کیومرث؛ شگری، مهتاب ۱۳۸۵. بررسی روابط چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی - مجله علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، پاییز ۸۵، شماره ۳

کوکرین، ر. (۱۳۷۶). مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی. ترجمه براتی سده، ف و نجاریان، ب. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۱۹۹۱).

گیدنز، آ. (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی. ترجمه: حسن چاوشیان. تهران: نشر نی.

مطهری، مرتضی (۱۳۶۱)، پیرامون انقلاب اسلامی، انتشارات جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.

مهدوی کتی، محمد سعید (۱۳۹۰). دین و سبک زندگی، تهران: دانشگاه امام صادق (ع).

وبلن، تورشتاین. (۱۳۸۳). نظریه طبقه مرفه، ترجمه فرهنگ ارشاد، نشر نی، تهران.

ولف، دیوید (۱۳۸۷) روان‌شناسی و دین، ترجمه محمد دهقانی، تهران: انتشارات رشد.

Allport, G. (1968) *The Person in Psychology*, Boston, Beacon Press.

Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York. Macmillan.

Berammer LM, Abrego P, Shostrom EL (1993) editors. *Therapeutic Counseling and Psychotherapy*. 6th edition. Prentice Hall.

Cockerham, W. C. (2008) *Social Causes of Health and Disease*, London: Polity Press.

Cockerham, W. C. (2010) *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*, West Sussex: Blackwell Press.

Giddens, A. (1994); *Living in a Post-Traditional Society*. In Beck, Giddens and Lash, *Reflexive Modernization*.

Iwelunmor J, Newsome V, Airhihenbuwa CO. Framing the impact of culture on health: a systematic review of the PEN-3 cultural model and its application in public health research and interventions. *Ethnicity & health*. 2014;19 (1):20-46.

Leach, B. J. (2003) *Exercise level and age as related to self-perceived physical health, mental health and social health in older adults*, Ph. D. diss., University of San Diego.

Levin J. S. (1996). *Religion in aging and health. Theoretical foundations and methodological frontiers*, Cambridge university press.

Lewis, J. (2006). *Work/family reconciliation, equal opportunities and social policies: the interpretation of policy trajectories at the EU level and the meaning of gender equality*. *J. Eur. Public Policy* 13, 420–437. doi: 10. 1080/13501760600560490

Lewis-Fernández R, Díaz N. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*. 2002;73 (4):271-95.

Miller-Slough, R. L. & Dunsmore, Julie C. (2016) "Parent and Friend Emotion Socialization in Adolescence: Associations with Psychological Adjustment". *Adolescent Research Review*, 1 (4):287-305.

Pargament, et al. (2016). *Frailty: an emerging public health priority*. *J. Am. Med. Direct. Assoc.* 17, 188–192. doi: 10. 1016/j. jamda. 2015. 12. 016

Pelikan, J. M. (2017). "The application of salutogenesis in healthcare settings," in *The Handbook of Salutogenesis*, eds M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstrom, and G. A. Espnes (Cham: Springer, 261–266).

Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T. T., Bertram, M., Brindley, C., Meshreky, A.,

Strough, J., Bruine de Bruin, W., Parker, A. M., Lemaster, P., Pichayayothin, N., and Delaney, R. (2016). *Hour glass half full or half empty? Future time perspective and preoccupation with negative events across the life span*. *Psychol. Aging* 31:558–573. doi: 10. 1037/pag0000097

The LPH. *Promoting planetary health through culture*. *The Lancet Planetary health*. 2018;2 (12):e509.

Veblen, Thorstein, (1899) *The Theory of the Leisure class*, New York, MacMillan & co.

WHO (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*.

WHO (2002). *Active Ageing A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid. WHO/NMH/NPH/02. 8

- WHO (2010). "A conceptual framework for action on the social determinants of health. foreword," in Discussion Paper Series on Social Determinants of Health². Geneva: World Health Organization.
- Yap, M., Devilly, G. (2004) "The Role of Perceived Social Support in Crime Victimization" Clinical Psychology Review, 24: 1-14.



Investigate Effected Factors on Enhancement of Health Culture at Education of Iran

Leila Farjadmand¹, Esfandiyar Doshman Zyari^{*2}, Abbasali Ghayoumi³

Article Info	ABSTRACT
<p>Article type: Research Article</p> <p>eISSN: 2008-9775 pISSN: 2783-4565</p> <p>Received: 9 November 2021 Accepted: 6 December 2021</p> <p>Keywords: health culture, religiously, spiritual health, social support, style life, education of Iran</p>	<p>The aim of the current applied, descriptive and correlational study was to investigate effected factors on enhancement of health culture at education of Iran. The research population comprised 400 employees in education in Tehran out of whom a sample 124 was randomly selected, based on Morgan Table, to participate in the study. The research data were collected using a researcher-made five-point level Likert scale questionnaire comprising 5 factors and 44 items tapping the participants' responses were. Therefore, 150 questionnaires were distributed among members of the target population. Having distributed and collected the questionnaires, we analyzed descriptively and inferentially. Descriptively, features like absolute and relative frequency, mean, standard deviation and variance of background and main variables were estimated. Inferentially, correlational tests, multiple regression and spirman used indicated that design style & ... had a significant effect on Quality of Guestcarees services at 4 Stars hotels in Iran.</p>

Please cite this article as: Farjadmand, Leila,. Doshman Zyari, Esfandiyar,. Ghayoumi, Abbasali,.(2022). Investigate Effected Factors on Enhancement of Health Culture at Education of Iran. *Journal Behavioral Studies in Management*. 12(28), 85-104. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20089775.1400.12.28.6.6>


Creative Commons: [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)
 <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20089775.1400.12.28.6.6>

Publisher: Islamic Azad University North Tehran Branch
*** Corresponding Author:** Esfandiyar Doshman Zyari **Email:** doshmanziari@gmail.com

1. Ph.D. Student, Department Educational Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
 2. Assistant Professor, Department of educational management, Islam Shar Branch, Islamic Azad University, Islam Shar, Iran doshmanziari@gmail.com
 3. Asociated Professor, Department of Cultural Management and Planning, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.