


Design and delivery a model for enhancement of health culture at education of Iran

Leila Farjadmand

Ph.D Student, Department Educational Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.


leila.farjadmand@yahoo.com

 0000-0000-0000-0000

Esfandiyar Doshman Zyari

Assistant Professor, Department of educational management, Islam Shar Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding author).


ekavousy@gmail.com

 0000-0000-0000-0000

Esmail Kavousi

Professor, Department of Cultural Management and Planning, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.


ekavousy@gmail.com

 0000-0001-7234-5380

Abbasali Ghaiyoomi

Associate Professor, Department of Cultural Management and Planning, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ghaiyoomi@gmail.com

 0000-0003-4764-7461


Abstract

Investing in the health of students in educational environments is one of the most important interventions in the health sector. This research, which was carried out with the aim of designing a model for enhancement of health culture at education of Iran, This research was an applied study of the purpose and methodologically as qualitative methods. After analyzing the data in the first study. In the qualitative section, the content analysis method was used. The research instrument consisted of researcher-made coding sheets whose validity was confirmed by Delphi group members (15 people of all university teachers and experts in the field of cultural & educational management) and its reliability was calculated by P-Scott criterion of 0.95. Findings in the qualitative section were identified in the form of 36 categories and 610 concept codes. And pivotal: life, religiously, spiritual health, social support and health culture and then turned into a questionnaire. In the second study, the sample size was estimated as 344 people based on Cochran formula and after data collection, the statistical analysis of survey data was performed in two descriptive levels using statistical parameters (such as frequency, percentage, elongation, mean) and inferential statistics (Levin test, t-test), confirmatory factor analysis using Spss 22 and Lisrel 8.54. Significant coefficients and parameters of factors, religiously, spiritual health, social support & life style. showed that all of the coefficients obtained are significant. The results of principal component analysis showed that among the dimensions of the enhancement of health culture at education of Iran the religiously has the greatest impact (0/95). and the life style has the latest impact in the enhancement of health culture at education of Iran (0/08). And the respondents are not satisfied with all other components of questions and they express negative opinions and all components in the enhancement of health culture at education of Iran.


Keywords: health culture, religiously, spiritual health, social support, style life, education of Iran.

ارائه مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور


لیلا فرجامدند

دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.
leila.farjadmand@yahoo.com  0000-0000-0000-0000


اسفندیار دشمن زیاری

استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر، تهران، ایران.
doshmanziari@gmail.com  0000-0000-0000-0000

اسمعیل کاوسی

استاد گروه مدیریت فرهنگی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
ekavousy@gmail.com  0000-0001-7234-5380

عباسعلی قیومی

دانشیار گروه مدیریت فرهنگی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.
ghaiyoomi@gmail.com  0000-0003-4764-7461

چکیده

سرمایه گذاری روی سلامت دانش آموزان در محیط‌های آموزشی یکی از مهم‌ترین مداخلات نظام سلامت است. پژوهش حاضر به طراحی و ارائه مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور پرداخته است. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، تلفیقی از نوع روش‌های کیفی و کمی می‌باشد. در مرحله اول از روش کیفی تحلیل محتوا (قیاسی) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است، در پایان مرحله اول مدل کیفی فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در پنج بُعد ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه، تقویت دینداری دانش آموزان، ارتقای سلامت معنوی دانش آموزان، توسعه حمایت اجتماعی از دانش آموزان و گسترش فرهنگ سلامت در مدرسه ارائه شد. در مرحله دوم پژوهش، جامعه آماری شامل کارکنان و مدیران سازمان آموزش و پرورش در شهر تهران می‌باشند که مطابق اطلاعات سامانه آموزش و پرورش تهران حدوداً ۲۵۰۰ نفر می‌باشند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر برآورد شد و پس از گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش در دو سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های آماری (نظیر فراوانی، درصد و میانگین) و سطح استنباطی تحلیل عاملی تأییدی، با استفاده از Spss 22 و Lisrel8.54 صورت گرفت. معناداری ضرایب و پارامترهای به‌دست آمده ابعاد مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور، نشان داد که تمامی ضرایب به‌دست آمده، معنادار می‌باشند. یافته‌های حاصل از تحلیل ابعاد بیانگر آن می‌باشد که از بین ابعاد مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور، بعد تقویت دینداری دانش آموزان با میانگین (۰/۹۵) بیشترین و بُعد

ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه با میانگین (۰/۰۸) کمترین تأثیر را در فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور دارند.

کلیدواژه‌ها: فرهنگ سلامت، دینداری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، سبک زندگی و آموزش و پرورش کشور.

شاپای الکترونیک: ۶۵۵X-۲۵۸۸ / پژوهشکده تحقیقات راهبردی / فصلنامه علمی راهبرد اجتماعی فرهنگی

CC BY 4.0



doi

10.22034/SCS.2023.165652

مسئولیت مقاله از نظر محتوای علمی و نظرات مطرح شده در متن آن، به عهده نویسندگان و یا نویسنده مسئول مقاله می باشد و مورد تأیید / عدم تأیید صاحب امتیاز نشریه راهبرد اجتماعی فرهنگی نمی باشد.



مقدمه و بیان مسئله

جوامع بشری طی دو سده اخیر شاهد پیشرفت‌های چشم‌گیری در شاخص‌های وضعیت سلامت بوده‌اند. کنترل بسیاری از بیماری‌های عفونی و کاهش گسترده مرگ‌ومیر اطفال، افزایش بارز امید به زندگی را به همراه داشته است (Wainwright, 2008). ما در حال حاضر با تغییرهای جمعیتی استثنایی روبه‌رو هستیم؛ زیرا طول عمر افزایش می‌یابد در حالی که کاهش نرخ باروری کمبود نیروی کار ایجاد می‌کند. امواج جدید شهرنشینی و افزایش بیماری‌ها در پیری جمعیت، چالش‌های پیچیده‌ای را در نظام‌های اجتماعی و بهداشتی در سراسر جهان، به‌ویژه در کشورهای غربی ایجاد کرده است. اگرچه شهرنشینی به‌طور کلی با بهبود سطح درآمد و نتایج بهداشتی همراه است؛ اما فشار ناشی از این تغییرهای جمعیتی باعث ایجاد نابرابری‌های اجتماعی و بهداشتی در شهرها و مناطق روستایی می‌شود که تحت یک پدیده کاهش جمعیت قرار دارند. ۸۶ درصد بیماری‌های مزمن غیرواگیر به دلیل سبک زندگی ناسالم شهری و خدمات ناکافی در سراسر جهان در حال افزایش است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۷۷ درصد از مرگ‌ومیرها و ازدست‌دادن سال‌های زندگی سالم در اروپا ناشی از بیماری‌های مزمن (بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت شیرین، بیماری مزمن تنفسی، مشکلات بهداشت روانی و اختلال‌های عضله اسکلتی) است. تقریباً هر سال ۷۰۰ میلیارد یورو برای درمان بیماری‌های مزمن در سراسر اتحادیه اروپا هزینه می‌شود که بیشترین بار بیماری‌ها را در سراسر جهان دارد (WHO, 2018). بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان باعث ایجاد تقریباً سه‌چهارم مرگ‌ومیر در منطقه می‌شود، جایی که سه گروه عمده بیماری - بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و اختلال‌های روانی از جمله کاهش شناختی / زوال عقل. درصد چشم‌گیری از منابع مراقبت‌های بهداشتی صرف درمان آنها می‌شود. برای مقابله با این چالش‌ها، فرهنگ جدیدی از سلامت مورد نیاز است که فعالیت‌های پیشگیری از بیماری و ارتقا سلامت را با هدف تقویت منابع فردی، محیطی و اجتماعی در نظر می‌گیرد. چنین بهزیستی بهبود یافته سلامت روان و سلامت جسمی را به هم پیوند می‌دهد و منجر به رویکردهای جامع پیشگیری از بیماری و ارتقا سلامت در طول عمر می‌شود. افرادی که سطح بالایی از رفاه دارند، در کار مثمرتر هستند و احتمالاً به جوامع خود کمک می‌کنند. در این زمینه، معیارهای رفاه ذهنی از مهم‌ترین موضوع‌های سیاسی در مقایسه با تولید ناخالص

داخلی است؛ زیرا رفاه ذهنی کیفیت زندگی شهروندان یک کشور را بهتر به تصویر می‌کشد و منجر به سیاست‌های مؤثرتر و عادلانه‌تری می‌شود. در این پارادایم جدید، سلامت از جاده رفاه فراتر از مرزهای مراقبت‌های بهداشتی سیستم‌های سنتی عبور می‌کند. نظام‌های موجود مراقبت‌های بهداشتی چندپاره، واکنش‌پذیر و پرهزینه هستند. تلاش برای تغییر این مدل در سال ۱۹۹۸ آغاز شد، زمانی که «بهبود مراقبت از بیماری مزمن» مدل مراقبت مزمن را ایجاد کرد (WHO, 2018).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ سلامتی را به عنوان وضعیت رفاه جسمی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا بیماری تعریف کرد. در طی اولین اجلاس بین‌المللی ارتقا در اوتاوا در سال ۱۹۸۶ (WHO, 1986)، سلامتی به‌عنوان فرایندی دیده می‌شود که افراد را قادر می‌سازد از طریق دارایی‌های خود پیشرفت کنند و علی‌رغم وجود بیماری به رفاه برسند (WHO, 2010).

از طرفی یکی از انواع زمینه‌هایی که مدیریت معاصر بایستی در آن پیشرفت کند. زمینه فرهنگی است. مدیریت فرهنگی، ابداع نوینی است که طی سال‌های اخیر به‌منظور مواجهه با محیط پیچیده‌ای که سازمان‌های فرهنگی در زمان حاضر با آن روبه‌رو هستند، مطرح گشته است. این سازه نوین سازمانی با تأکید بر حل‌وفصل مسائل فرهنگی، در اساس متوجه موضوع‌های پیچیده‌ای است، که نیاز به دانش و مهارت‌های متنوع دارد؛ اما نکته اساسی که اهمیت بیشتر اداره یک سازمان فرهنگی و مدیریت آن را آشکار می‌سازد، برخورداری از بینش و نگرش در مورد، وظایف فرهنگی یک مدیر، اقدام فرهنگی، برنامه‌ریزی فرهنگی و... است (صامت و دیگران، ۱۳۹۷). توسعه مدیریت فرهنگی نیز باعث می‌شود تا سازمان‌دهی و اداره امور و فعالیت‌های فرهنگی، رشد و توسعه فرهنگی هر جامعه زیر نظر مدیران مدیر و فرهنگی شکل بگیرد و درنهایت، جامعه به بالندگی و توسعه برسد. مدیریت فرهنگی جهت دستیابی به اهداف فرهنگی مورد نظر در سطوح جهانی و منطقه‌ای و ملی و محلی باید از ظرفیت‌های فکری و بینشی و عملیاتی برخوردار باشد؛ بنابراین شناخت کامل مبانی و اصول فرهنگی و متعاقب آن نیازشناسی فرهنگی از پیش‌شرط‌های مهم مدیریت فرهنگی است که قادر خواهد بود به تقویت باورها، ارزش‌ها، سنت‌های فرهنگی و حمایت از عدالت گسترش آزادی و ایجاد بستر خلاق و نوآوری بیانجامد (Guttormsen & Lauring, 2018).

عوامل تعیین‌کننده سلامت از جمله عوامل بیولوژیکی، جسمی، رفتاری، محیطی و اجتماعی، با درک فردی بیماری یا سلامتی در ارتباط هستند. با این حال، سطح سلامتی و

کیفیت زندگی ادراک شده توسط افراد توسط چندین عامل، سیاست و شرایط تعیین می‌شود که عمدتاً خارج از کنترل نگرانی‌های فردی است؛ بنابراین، تلاش برای بهبود سلامت جمعیت نه تنها بایستی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی بلکه در شرایط متولد شدن، زندگی، کار و سن افراد نیز وجود داشته باشد (WHO, 2018).

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده درباره سرمایه‌ها و سلامت، اثرگذاری سرمایه اجتماعی بر سلامت و رفتارهای مرتبط با آن را بررسی کرده‌اند (قاسمی و دیگران، ۱۳۸۷، صص. ۱۸۱-۲۱۴؛ کردزنگنه، ۱۳۹۱؛ نکونام و دیگران، ۱۳۹۴، صص. ۱۸۴-۱۶۳؛ Chung, Siegel; Garg, Conroy, Frank. Christopher & Frank, 2015). Gross, Long & et al., 2016). این در حالی است که فرهنگ نقش فراوانی را در تغییر رفتارهای فردی و اجتماعی افراد ایفا می‌کند. سرمایه فرهنگی، داشته‌های فکری است که از روش‌های مختلف به فرد انتقال می‌یابد. فرهنگ به تمرکز بر انواع مختلف کالاهای ملموس فرهنگی و قدرت در اختیارگرفتن این کالاها و همچنین استعداد و ظرفیت فرد در شناخت و کاربرد این وسایل گفته می‌شود (ابراهیمی و ضیاپور، ۱۳۹۱، صص. ۱۲۵). با افزایش فرهنگ از طریق تحصیلات، آموزش، حضور در مکان‌های فرهنگی و مصرف کالاهای فرهنگی، رفتارهای مرتبط با سبک زندگی دگرگون می‌شود (خواججه‌نوری و کوچانی‌اصفهانی، ۱۳۹۵، صص. ۵۳-۵۴)؛ بنابراین، سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان بخشی از سبک زندگی هر فرد، ممکن است متأثر از میزان و ساختار سرمایه فرهنگی آن باشد؛ یعنی سلامت که به‌طور مستقیم تحت تأثیر سبک زندگی سلامت‌محور قرار دارد، به‌طور غیرمستقیم و به‌واسطه سبک زندگی سلامت‌محور از سرمایه فرهنگی متأثر می‌شود؛ برای نمونه پرویزی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف عوامل مؤثر بر سلامت از نگاه نوجوانان بیان می‌کند: که نوجوانان عوامل مثبت مؤثر بر سلامت را در شش گروه فرعی که شامل جامعه سالم، ارتباطات مطلوب، سلامت روان، آینده مطلوب، سلامت جسمی، خانواده خوب برای سلامت ذکر نموده‌اند و تهدیدهای سلامت از نگاه نوجوانان دربرگیرنده هفت طبقه فرعی شامل بیکاری و نداشتن سرگرمی مناسب (گران و اندک بودن تفریح‌های مطلوب و دلخواه)، جامعه ناسالم با زیر گروه‌های رواج سیگار، الکل، مخدرها، فیلم‌های مبتذل و پارک‌ها و مکان عمومی آلوده به آنها، محدودیت، ارتباطات ناسالم شامل برقراری ارتباط با دوستان ناسالم و یا داشتن روابط ناسالم با دوستان غیرهم جنس، فقدان سلامت روان با تأکید بر افسردگی و انحراف‌های جنسی، مدارس نامطلوب با امکانات ناکافی آموزشی، اختلاف‌های خانوادگی بوده است، که جامعه

سالم مهم‌ترین عامل سلامت و فقدان آن را مهم‌ترین مانع سلامت ذکر نموده‌اند (سرور؛ احمدی و نیگبخت نصرآبادی، ۱۳۸۴، ص. ۱۲۵).

کاکرهام در مطالعه «وضعیت سلامت و سبک زندگی منفی مرتبط با سلامت در روسیه»، به این نتیجه رسید که مردان میانسال طبقه کارگر، بیشترین تأثیر را در کاهش طول عمر داشته‌اند. شرایط زندگی این مردان و موقعیت اجتماعی آنها که به‌طور عمده بدون قدرت بود یا قدرت اندکی داشت، در ساختار اجتماعی، یک عادت‌واره پرورش‌دهنده اعمال ناسالم مانند مصرف زیاد الکل و استعمال دخانیات، نادیده‌گرفتن رژیم غذایی و بی‌اعتنایی به ورزش را تولید کرد و یک سبک زندگی را به‌وجود آورد که سبب ایجاد بیماری‌های قلبی، سانحه‌ها و مشکل‌هایی شد که به کوتاه‌شدن طول عمر منجر می‌شود. این رفتارها هنجارهایی بودند که با تعامل گروه ایجاد می‌شدند، با فرصت‌های موجود در آنها شکل می‌گرفتند و به‌وسیله عادت‌واره درونی می‌شدند. ساختار زندگی روزمره، انتخاب‌های مرتبط با سلامت را در حوزه‌ای قالب‌بندی می‌کرد که در آن سبک‌های زندگی به مرگ‌های زودرس منجر می‌شد (Cockerham, 2010).

عناصر سازنده فرهنگ سلامت شامل، اول از همه و مهم‌ترین، آموزش بهداشت در تمام سطوح جامعه، برنامه‌های آموزشی و سیاست‌هایی که مراقبت فردمحور از شهروندان آگاه و رهبران جامعه / سیاست را پشتیبانی و تشویق می‌کند. پذیرش گسترده راه‌حل‌های دیجیتالی می‌تواند از پیشگیری، سبک زندگی سالم و مراقبت یکپارچه به‌عنوان محرک‌های جدید برای بهبود کیفیت زندگی در طول عمر پشتیبانی کند (WHO, 2010).

گلدبلات و همکاران در معرفی عوامل تعیین‌کننده سلامت خصوصاً به عوامل اجتماعی اشاره می‌کنند که می‌توانند با نابرابری‌های سلامتی مرتبط باشند، که امروزه توسط تلاش‌های ملی و بین‌المللی هدف قرار گرفته‌اند (Goldblatt, Siegrist, Lundberg, Marinetti, Farrer & Costongs, 2015). چاندرا و همکاران نیز سه عامل محرک بهداشت (به‌عنوان مثال، اولویت‌ها یا مناطق تمرکز) را برای توسعه ارزش‌های مشترک جهت ارتقا سلامت و بهبود سلامت افراد و جمعیت پیشنهاد می‌دهند: اولین مورد طرز فکر و انتظاراتی است که مربوط به نوع نگاه افراد و جوامع به سلامتی و رفاه و مسئولیت آنها در حمایت از بهبود سیاست‌ها، محیط‌ها و خدمات ارتقادهنده سلامتی است. عامل دوم احساس اجتماعی است که هویت افراد را بر اساس احساس عضویت، تعلق و تجربیات مشترک پرورش می‌دهد.

آخرین عامل مشارکت مدنی است، فرایندی که دانش، مهارت‌ها، ارزش‌ها و انگیزه‌های فردی را برای ایجاد تغییر در زندگی مدنی جامعه دربرمی‌گیرد (Chandra, Miller, Acosta, Weilant, Trujillo & Plough, 2016).

عوامل مؤثر مثبت و منفی گوناگونی برای سلامت ذکر شده است و از آنجایی که سلامت نوجوانان پیش‌شرط سلامت و توسعه آینده بشریت است و هرگونه تلاش برای ارتقا آن بدون توجه به آرا نوجوانان ناقص خواهد بود (سرور؛ احمدی و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۴، ص. ۱۲). رابرت ردفیلد انسان‌شناس، فرهنگ را به‌عنوان «فهم‌های مرسوم، آشکار در عمل و مصنوع» تعریف نموده است. سیستم‌های فرهنگی اغلب آگاهانه بیان نمی‌شوند؛ اما تأثیرهای آنها می‌تواند در همه‌جا وجود داشته باشد، از جمله در کارهای علمی روزمره، نه تنها بیمارستان‌ها بلکه دانشگاه‌ها، آزمایشگاه‌های علمی، مؤسسه‌های خیریه و مراکز دولتی و آموزشی همگی فرهنگ‌های خاص خود را دارند (Napier; Ancarno; Butler; Calabrese; Chater; Chatterjee & et al., 2014, pp. 1607-39). در واقع صحیح است که مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، عمدتاً مربوط به عوامل فرهنگی و آداب و رسوم بومی، میزان مشارکت‌پذیری عموم مردم و سطح دانش و آگاهی آنهاست (صفا، ۱۳۹۴، ص. ۱۲). از طرفی آموزش و پرورش فعالیتی است که انسانها از زمانی که زندگی گروهی و اجتماعی را آغاز کرده‌اند درباره یکدیگر انجام داده‌اند. بدین ترتیب که کوچک‌ترها اعمال، رفتار، گفتار و پندار خود را از بزرگ‌ترها که تجربه و مهارت بیشتری دارند فرامی‌گیرند و هر قدر زمان به جلو می‌رود بر اندوخته‌های فرهنگ و تمدن افزوده می‌شود، و این مهم از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد.

آموزش و پرورش در گذشته ساده و ابتدایی بود ولی در جهان امروز از پیچیدگی خاصی برخوردار شده است، به‌عبارت‌دیگر بشریت گذر از مرحله توحش به تمدن را پشت‌سر گذارده و به مرحله فناوری پیشرفته و تخصصی که نیاز زمان ما است و به آموزش درازمدت نیاز دارد رسیده است (نیکزاد، ۱۳۷۹، ص. ۱۰).

در عصر حاضر تأکید نظام آموزش و پرورش بر انتقال دانش نیست و نقش مدرسه با گذشته تفاوت بسیار کرده است. آموزش و پرورش به‌جای پرداختن به مواد درسی به کل انسان می‌پردازد و به تمام ابعاد زندگی او توجه می‌کند. معلم در نظام جدید آموزش و پرورش در مقام یاور در بالندگی انسان، ایفای نقش می‌کند نه انتقال‌دهنده اطلاعات. شاگرد پرسش‌گر، خردگرا و فعال است نه شنونده‌ای منفعل و پذیرا. امروزه،

با دسترسی فراگیرندگان به اینترنت و گذرگاه‌های گوناگون کسب اطلاعات و بالتبع تأثیرپذیری از فرهنگ جهانی و غیربومی، اقتدار علمی معلم رفته‌رفته رنگ می‌بازد. از همین روست که اثربخشی آموزش و پرورش ناگزیر است کارکردهای نوینی را متناسب با روح زمانه برای خویش برگزینند. گزینش و دستیابی به کارکردهای نو مستلزم نگاهی نو به نظام آموزش و پرورش است. نگرشی نو در ابعاد و محورهای گوناگونی چون تعاریف، اصول، اهداف، ساختار، محتوا، مدیریت و منابع انسانی؛ بنابراین با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر در پی آن است تا مدلی جهت ارتقاء فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور طراحی و ارائه نماید.

۱. اهداف و سؤال‌های پژوهش

این مقاله با هدف طراحی و تدوین مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور نگاشته شده است؛ بنابراین سؤال‌های این پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱- ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور کدامند؟
- ۲- مدل کمی فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور کدام است؟

۲. پیشینه پژوهش

از جمله پژوهش‌های انجام شده در این حوزه می‌توان به پژوهشی که سلیمان‌آبادی، سلیمان‌آبادی و احمدی با عنوان «تأثیر سواد سلامت بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت» انجام داده‌اند، اشاره کرد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که افزایش توانایی بیماران دیابتی در خودمراقبتی زمانی مؤثر خواهد بود که این افراد دستورالعمل‌های درمانی را به‌درستی درک کرده و به آن عمل کنند (سلیمان‌آبادی؛ سلیمان‌آبادی و احمدی، ۱۴۰۰). بهرامیان نیز پژوهشی با عنوان «نقش و کارکرد معنویت در سلامت روان و یادگیری در دانش‌آموزان» انجام داده است که نتایج پژوهش وی نشان داد معنویت نقش مؤثر و معناداری در سلامت روان دانش‌آموزان داشته است (بهرامیان، ۱۳۹۹). سیدمیثم سیداحمدی نیز پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان و معلمان مدارس» انجام داده است. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از این امر است که دانش‌آموز در مدرسه چگونگی برقراری روابط درست عاطفی، سازگاری با دیگران و مسئولیت‌پذیری را می‌آموزد و معلم با صبر و حوصله و خوش‌رویی سعی می‌کند به عمق مشکلات کودکان پی ببرد و در حل این مسائل تا حد ممکن بکوشد (سیداحمدی، ۱۳۹۷). مونا محمدی فرشبافیان و اکرم

الملوک لاهیجانیان نیز پژوهشی با عنوان «الگوی تعالی فرهنگ سلامت، ایمنی و محیط زیست در سازمان‌های پروژه‌محور با استفاده از مدل EFQM» انجام داده‌اند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از این امر است که به‌کارگیری مدل تعالی سازمان بر تعالی فرهنگ سلامت، ایمنی و محیط زیست سازمان‌های پروژه‌محور تأثیرگذار است (محمدی فرشبافیان و لاهیجانیان، ۱۳۹۷). پژوهشی با عنوان «نقش مدرسه در ارتقای بهداشت سلامت جسمی روحی دانش‌آموزان» توسط ابوالفضل مردی‌کر و سعید نظری‌فرد انجام گرفت، نتایج پژوهش نشان داد که در پناه روش‌های صحیح مناسب آموزش، فضای فیزیکی مطلوب محیط روانی مساعد آن پایه‌گذاری اداره می‌شود، یکی از عوامل مهم مؤثر در حفظ ارتقای سطح سلامتی شکوفایی استعداد دانش‌آموزان، بهداشت محیط ایمنی مدارس است (مردی‌کر و نظری‌فرد، ۱۳۹۶).

رقیه احدی و جلال وهابی هم‌باباد نیز پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی، بهزیستی روانی، هوش معنوی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه» انجام داده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تنها دو متغیر هوش معنوی و بهزیستی روانی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار سلامت روانی آزمودنی‌ها است (احدی و وهابی هم‌باباد، ۱۳۹۵). آکوستا انریکز و همکارانش پژوهشی با عنوان «ارتباط بین رفتارهای سبک زندگی و نتایج سلامتی در نوجوانان در مکزیک» انجام داده‌اند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که نوجوانان در گروه مذهب مسیحیت، فعالیت‌های ورزشی و ساعت تماشای تلویزیون با خطر چاقی و الگوهای غذا خوردن آنها به‌طور قابل توجهی وابسته به سن، جنس، نوع محل اقامت و محل تولد می‌باشد و رفتارهای سبک زندگی و پیامدهای سلامتی در نوجوانان غیرآدونتیست (غیرمذهب مسیحیت) بدون ارتباط و رابطه بوده است (Enríquez; Salas, Baek, Archbold, Carrillo, 2019, p. 19). زالوادیا پژوهشی با عنوان «رابطه بین هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در میان دانشجویان کالج» انجام داده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در میان دانشجویان کالج رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین جنسیت و سن اثر معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی و معنوی در پسران و دختران دارند (Zalawadia, 2017). میلر اسلو و دانسمور در پژوهش خود با عنوان «بررسی نقش عوامل مؤثر در جامعه‌پذیری در دوره نوجوانی» نتیجه گرفتند دوستان نزدیک در دوره نوجوانی نفوذ زیادی روی هم دارند و والدین و دوستان در دوره نوجوانی در جامعه‌پذیری بسیار شبیه به هم عمل می‌کنند (Miller-Slough & Dunsmore, 2016, p. 287). کینگ و همکاران در

مطالعه خود بیان کرده‌اند که افراد دارای سلامت معنوی نسبت به افرادی که سلامت معنوی ندارند، سلامت فیزیکی بهتری دارند (King; Marston; Mcmanus & Brughha, 2013).

همان‌گونه که در تحقیق‌های فوق مشاهده می‌شود بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده درباره بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روان و جسم افراد و رفتارهای مرتبط با آن می‌باشد که در هر کدام از آنها عوامل مؤثر بر سلامت انسان‌ها به‌صورت جداگانه بررسی شده است. در این پژوهش با توجه به اهمیت و جایگاه فرهنگ سلامت در زندگی انسان‌ها، در مدلی جامع به تأثیر این عوامل در شکل‌گیری فرهنگ سلامت پرداخته شده است.

۳. ملاحظه‌های نظری

۳-۱. تعریف مفاهیم

سرزمین، فرهنگ، و سلامت واژه‌هایی هستند که در بسیاری از جوامع پیچیده به‌طور جدایی‌ناپذیر وجود دارد. از دیرباز فرهنگ توسط مردم به‌عنوان بستر سلامت و رفاه شناخته شده بود؛ اما داده‌های اپیدمیولوژیکی که از این مسئله حمایت کند به نسبت وسیع وجود ندارد (The LPH, 2018, p. 509). به‌منظور بررسی اثر فرهنگ بر سلامت بستگی به فردیست که تشخیص دهد جنگل از درخت انفرادی مهم‌تر است. همچنین، کاوش در زمینه فرهنگی جنگل به افراد این امکان را می‌دهد که روش‌های شکل‌گیری 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 مداخله‌های بهداشت عمومی ضروری است. با استفاده از یک روش نظام‌مند 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 بپردازد (Lewis-Fernández & Díaz, 2002, pp. 95-271). با توجه به اینکه یک‌پنجم جمعیت جهان را نوجوانان تشکیل می‌دهند و مراقبت‌های موفق بهداشتی در گرو درک ماهیت انسان، تجارب زندگی، عقاید و نظرهای نوجوانان است (سرور؛ احمدی و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۴، ص. ۱۲).

فرهنگ نقش و تأثیر شایان‌توجهی در ارتقای سلامت افراد ایفا می‌کند.

تعیین‌کننده‌های فرهنگی در نظام سلامت در سه سطح سیاست‌گذاری و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و مردم به‌عنوان گیرندگان سلامت مؤثر هستند؛ بنابراین ارائه الگوی نظام سلامت با رویکرد فرهنگی با استفاده از چهارچوب مفهومی تعیین‌کننده‌های فرهنگی مؤثر بر این نظام دارای چنان اهمیتی است که پرداختن به این موضوع را به‌عنوان یک ضرورت مطرح می‌کند. سبک زندگی سلامت‌محور شامل رفتارهایی می‌شود که فرد برای اجتناب از بیماری یا تشخیص آن انجام می‌دهد. این اقدام‌ها شامل رفتارهای مختلفی چون ورزش کردن، خوردن غذاهای سالم، به‌انجام‌رساندن معاینه‌های دوره‌ای دندان و واکسیناسیون است (Saraceno, 2008, p. 279). به تعبیر سازمان بهداشت جهانی، سلامت به معنای خوب‌بودن جسمی، روانی و اجتماعی در بیشترین حد ممکن است (زنجانی و دیگران، ۱۳۸۹، ص. ۷۶؛ Cockerham & Ritchey, 1997).

۳-۲. مبانی نظری

امروزه بهزیستی مفهومی جامع شامل سلامت فردی، به‌عنوان وضعیت عینی و درک ذهنی است. کیفیت زندگی مناسب‌ترین روش برای سنجش سطح رفاه افراد است؛ زیرا توانایی آنها در جلب انتظارات فردی و وضعیت سلامت عینی است. اندازه‌گیری وضعیت سلامت یک جمعیت دشوار است؛ زیرا تعریف آن در بین افراد، جمعیت‌ها، فرهنگ‌ها و یا حتی در طول دوره‌های مختلف دشوار است (Lins & Carvalho, 2016). امید به سال‌های زندگی سالم شاخصی است که سعی در تخمین وضعیت سلامت جمعیت در یک کشور دارد و به عواملی مربوط می‌شود که شامل برنامه‌های پیشگیری نیز می‌شوند. اندازه‌گیری امید به سال‌های زندگی سالم بر اساس داده‌هایی گزارش شده است که تحت تأثیر درک ذهنی پاسخ‌دهندگان و همچنین زمینه اجتماعی و فرهنگی آنها قرار دارد (European Union, 2018).

بسیاری از نظریه‌های متداول رفتار بهداشتی معمولاً برای تقویت تغییرها بر روی فرد متمرکز می‌باشند. مدل فرهنگ سلامت، رویکردی فرهنگ‌محور را برای سلامتی ارائه می‌دهد که تجزیه و تحلیل را به کل زمینه‌هایی که فرد را مهار یا پرورش می‌دهند گسترش می‌دهد. با این کار، این روش فرضیه‌های پیرامون مسئولیت‌ها یا توانایی‌های فردی را بازمی‌کند تا نقشی را که عوامل دیگر در مهار و یا پرورش تغییر رفتار سالم دارند، گسترش داده و بررسی کند. اگر بخواهیم از طریق طراحی و اجرای تحقیق‌ها و مداخله‌های مؤثر در بهداشت عمومی به عدالت در سلامت دست یابیم،

فرهنگ باید یک عامل حیاتی در شکل‌دهی به مسیر آینده باشد. درحالی‌که پرداختن به رفتارهای فردی ضروری است، تمرکز بر رفتار فردی به تنهایی و به‌استثنای زمینه فرهنگی، موفقیت مداخله‌های بهداشت عمومی را محدود می‌کند (Bousquet; Michel; Strandberg; Crooks; Iakovidis & Iglesia, 2014).

سنجش تأثیر فرهنگ بر زوایای مختلف زندگی فردی و اجتماعی مشکل است؛ اما بدون شک نفوذ عوامل فرهنگی بر رفتار انسان قطعی است (صفا، ۱۳۹۴، ص. ۸). درک فرهنگ و معنای آن برای بهبود سلامتی بسیار مهم است، به‌همین دلیل در مطالعه جوامع توجه به سلامت مهم می‌باشد (Napier; Ancarno; Butler; Calabrese; Chater; Chatterjee & et al., 2014, pp. 1607-39). با اوصاف ذکر شده بسیاری از رفتارها و تصمیم‌های افراد در شرایط و جوامع مختلف، تحت تأثیر ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی آنهاست. از آنجاکه نیروی انسانی هر جامعه‌ای چه به‌صورت فردی و چه به‌صورت گروهی و در تعامل یا دیگران، همچنان مهم‌ترین عامل مزیت رقابتی برای توسعه آن جامعه به‌شمار می‌آید، قضاوت افراد در مورد درستی یا نادرستی کارها بر کمیت و کیفیت عملکرد آنان و بالتبع آن، عملکرد آنان در جامعه و در نتیجه موفقیت آن جامعه به‌شدت تأثیر دارد. از این‌رو توجه به معیارهای اخلاقی برای هر جامعه‌ای ضرورتی اجتناب‌پذیر است (فرهادی‌نژاد و جعفری، ۱۳۹۹). علاوه‌براین، با توجه به نیاز مفرط به تحقیق‌ها و مداخله‌های بهداشت عمومی مؤثر که رفتارهای بهداشتی را از دیدگاه جمعی و نه فردی برطرف می‌کنند، یک رویکرد فرهنگی به سلامت فرصتی را برای شناسایی روابط و انتظارات گسترده‌تر در این زمینه، با عوامل منحصر‌به‌فرد مثبت یا منفی فراهم می‌کند.

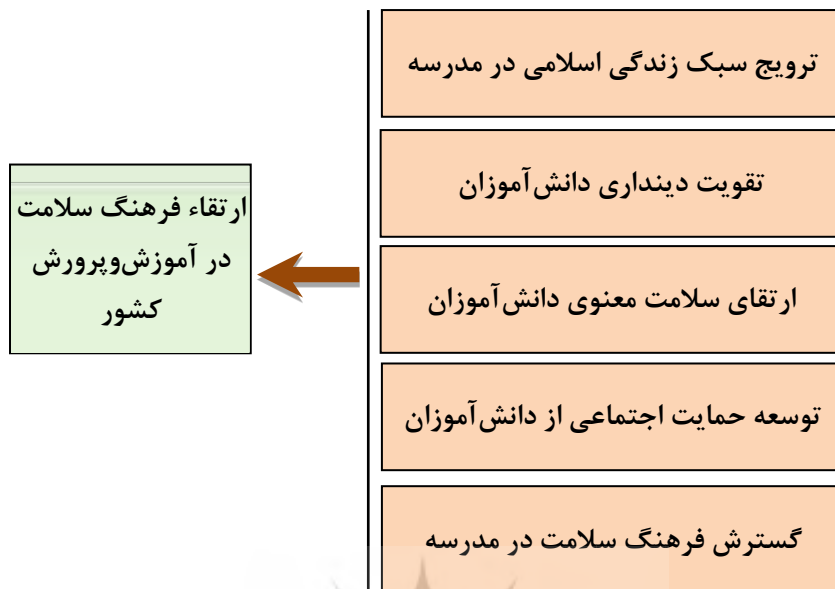
از طرفی ارزش و کاربرد هر سیستم آموزشی به هدف‌های آن وابسته است. هدف‌های آموزشی که خود مبنای مقایسه نظام‌های مختلف هستند، سمت‌وسوی عملکرد نظام را مشخص می‌کنند. نظام‌های آموزشی به‌منزله ابزارهایی هستند که از یک‌سو برای پیشرفت اجتماع و از سوی دیگر برای حفظ میراث گذشتگان و ارزش‌های انسانی جامعه به کار گرفته می‌شوند. نظام ارزش‌ها در جوامع مختلف متفاوت است. در جایی به مسائل عقیدتی و اخلاقی بیش از هر چیز دیگر توجه می‌شود و در جای دیگر، مسائل ملی و قومی و آداب و سنن اجتماعی و بالاخره مسائل سیاسی و اقتصادی بیش از امور دیگر موردنظر قرار می‌گیرند. همچنین میان برخی از هدف‌های آموزشی ظاهراً تضاد وجود دارد. از قبیل پرورش به‌منظور «رفاه اقتصادی» با پرورش به‌منظور تربیت «انسان متقی و پرهیزگار» یا پرورش به‌منظور «تقویت

مبانی ملی و قومی» یا پرورش به‌منظور «تربیت انسان نوع‌دوست». برخی از هدف‌های آموزشی را که در اغلب نظام‌های آموزشی جهان به‌صورت مشترک گنجانده شده‌اند، می‌توان به شرح زیر بیان کرد:

- تقویت مبانی مذهبی و اخلاقی در دانش‌آموزان؛
- پرورش تن و روان دانش‌آموزان با ایجاد مهارت‌های علمی و بهداشتی در آنها؛
- آموزش و مهارت‌های علمی، فنی و هنری به دانش‌آموزان؛
- آشناساختن دانش‌آموزان به طرز تفکر درست و منطقی؛
- آشناساختن دانش‌آموزان به مبانی ملی و میراث تاریخی؛
- مهیاساختن جوانان برای احراز شغل.

در یک نظام جامع آموزشی، باید به همه این هدف‌ها در حد لازم توجه شود، نه‌آنکه یک یا چند مورد از آنها مورد تأکید قرار گیرد و تمام فعالیت‌ها و تلاش‌های آموزشی مصروف تقویت آنها گردد و بقیه به فراموشی سپرده شود (فرجاد، ۱۳۸۲، ص. ۱۴).

توسعه مدیریت فرهنگی، باعث می‌شود تا سازمان‌دهی و اداره امور و فعالیت‌های فرهنگی، رشد و توسعه فرهنگی هر جامعه زیر نظر مدیران مدبر و فرهنگی شکل بگیرد و درنهایت، جامعه به بالندگی و توسعه برسد. مدیریت فرهنگی جهت‌دستیابی به اهداف فرهنگی مورد نظر در سطوح جهانی و منطقه‌ای و ملی و محلی باید از ظرفیت‌های فکری و بینشی و عملیاتی برخوردار باشد؛ بنابراین شناخت کامل مبانی و اصول فرهنگی و متعاقب آن نیازشناسی فرهنگی از پیش‌شرط‌های مهم مدیریت فرهنگی است که قادر خواهد بود به تقویت باورها و ارزش‌ها و سنت‌های فرهنگی و حمایت از عدالت گسترش آزادی و ایجاد بستر خلاق و نوآوری بیانجامد (صامت و دیگران، به نقل از: Guttormsen & Lauring, 2018).



شکل (۱): مدل نظری ارتقاء فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

۴. روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف طراحی و تدوین مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در سال ۱۴۰۰ در آموزش و پرورش استان تهران صورت گرفت. این پژوهش از نوع تحقیق‌های آمیخته متوالی است که در دو بخش کیفی و کمی انجام شد. بخش کیفی به واسطه هدف جزء تحقیق‌های بنیادین از نوع تحقیق‌های اکتشافی است که روش آن تحلیل محتوا است و بخش کمی به واسطه هدف جزء تحقیق‌های کاربردی و به واسطه ماهیت از نوع تحقیق‌های توصیفی است که به روش پیمایشی انجام گرفت. با توجه به اینکه محقق به دنبال طراحی و تدوین مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور بود؛ لذا پژوهش حاضر فاقد فرضیه می‌باشد.

در مرحله اول، پژوهش کیفی تحلیل محتوا به شیوه قیاسی، پژوهشگر با ارائه و مفروض گرفتن تعاریف مشخصی قبل از شروع به پژوهش، به مطالعه متون تعیین شده می‌پردازد و با مقایسه تعاریف از پیش تعیین شده و متن‌های مورد تحلیل به داوری درباره عدم وجود یا وجود مصادیق آن تعریف در متن‌های مورد نظر می‌پردازد. در این پژوهش ابتدا متون مرتبط با هدف اصلی پژوهش انتخاب شده‌اند. در مرحله اول، متون مورد مطالعه قرار گرفته و بندهای مرتبط با سؤال‌های پژوهش

انتخاب گردیده و در مرحله دوم کد مفاهیم مرتبط با موضوع هر بند استخراج شده و در مرحله سوم کد مفاهیم استخراج شده در دسته‌های هم مفهوم قرار گرفته شده و در مرحله چهارم برای دسته‌های هم مفهوم، نام و عنوان مناسب که بیانگر مضمون اصلی پژوهش است تبیین شده است.

در مرحله دوم، بعد از تعیین مؤلفه و شاخص‌های اصلی پژوهش در بخش اول، پرسش‌نامه‌ای بر اساس مقیاس ۵ بخشی لیکرت (۱=خیلی کم، ۲=کم، ۳=متوسط، ۴=زیاد و ۵=خیلی زیاد) طراحی شده و با توزیع آزمایشی پرسش‌نامه و دریافت نظرهای اساتید آگاه در زمینه جامعه‌شناسی و مدیریت، مؤلفه‌ها مورد جرح و تعدیل قرار گرفته و بعد از اصلاحات مورد نیاز و نهایی شدن، پرسش‌نامه در میان اعضای نمونه آماری توزیع شده است. در این پژوهش، از روش‌های مطالعات کتابخانه‌ای و میدانی و ابزار پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری در این بخش حدود ۲۵۰۰ نفر از کارکنان آموزش و پرورش استان تهران بود. تعداد نمونه طریق جدول مورگان در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر با تعداد ۳۸۴ نفر به دست آمد که نمونه‌گیری به روش طبقه‌بندی در دسترس صورت گرفت. از تعداد ۴۰۰ پرسش‌نامه ارائه شده تعداد ۳۸۴ پرسش‌نامه برگشت شد. ابزار و روش گردآوری اطلاعات در بخش کیفی، تحلیل مضمون و در بخش کمی پرسش‌نامه محقق ساخته بود. روایی آن توسط اعضای گروه دلفی (۱۵ نفر از صاحب نظران دانشگاهی و خبرگان حوزه مدیریت آموزش و پرورش استان تهران) تأیید و پایایی آن با معیار پی اسکات ۰/۹۵ محاسبه شد. در بخش کمی روایی محتوایی از طریق متخصصان موضوعی و روایی صوری از طریق تعدادی از پاسخگویان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در بررسی روایی سازه به بررسی تناظر بین مؤلفه‌ها و ابعاد فرهنگ سلامت و ارائه مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور، از روش تحلیل عاملی تأییدی در محیط نرم افزار LISREL پرداخته شد. همچنین برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در تحلیل داده‌های کیفی ۵ مرحله شامل مرور داده‌ها، سازماندهی داده‌ها، کدگذاری داده‌ها، طبقه‌بندی داده‌ها و ایجاد مقولات فرعی و ابعاد اصلی یا محورهای عمده و تدوین گزارش انجام شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش کمی پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در نتایج پژوهش در بخش کیفی، ۵ بُعد سبک زندگی، دینداری، سلامت معنوی، فرهنگ سلامت و حمایت اجتماعی با ۳۴ زیر مفهوم مشخص گردید و نتایج برازندگی مدل در بخش کمی از طریق تحلیل عاملی تأیید گردید.

۵. یافته‌های پژوهش

سؤال اول: ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور کدامند؟

پس از مطالعه منابع مکتوب و دیجیتالی در دسترس و با تجزیه تحلیل مبانی نظری پژوهش و بررسی دیدگاه‌های دانشمندان و صاحب‌نظران پیرامون مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور، جمله‌ها و بندهای مرتبط با سؤال‌های پژوهش استخراج و پس از کدگذاری و دسته‌بندی، مفاهیم و مقوله‌های اصلی استخراج گردید که نتایج آن در جدول ذیل آورده شده و در نهایت مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در پنج بُعد اصلی شناسایی شدند.

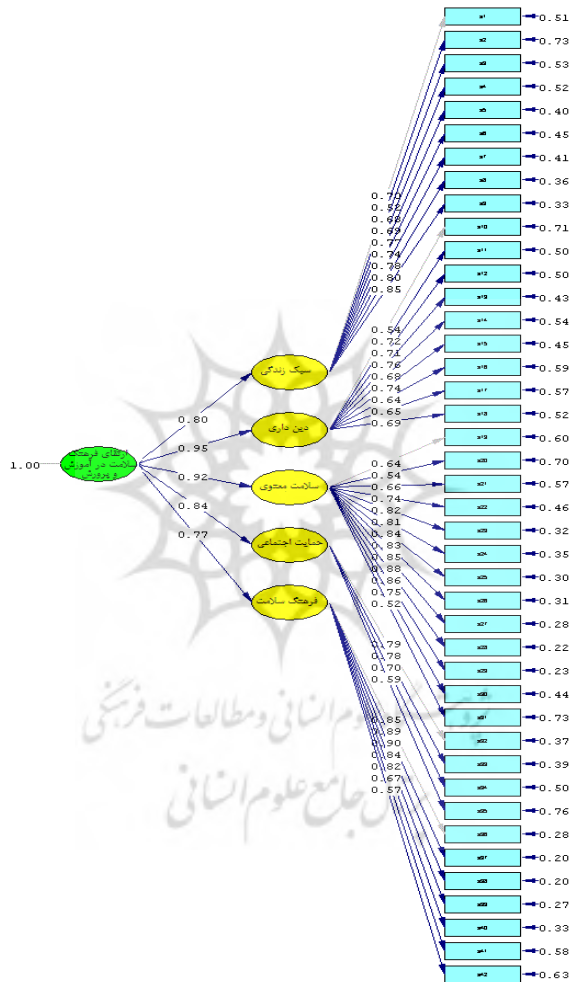
جدول (۱): ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور

ردیف	ابعاد	مؤلفه‌ها
۱	ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم سبک زندگی اسلامی در مدرسه
۲		میزان آشنایی دانش‌آموزان با انواع سبک زندگی اسلامی در مدرسه
۳		میزان توانایی دانش‌آموزان در تشخیص عناصر سبک زندگی اسلامی در مدرسه
۴		میزان آشنایی دانش‌آموزان نسبت به کارکردهای سبک زندگی اسلامی در مدرسه
۵		میزان شناخت دانش‌آموزان نسبت به مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی در مدرسه
۶		میزان آشنایی دانش‌آموزان با حقوق اسلامی سلامت
۷		میزان توجه دانش‌آموزان به حقوق شهروندی اسلامی در مدرسه
۸	تقویت دینداری دانش‌آموزان	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم دینداری
۹		میزان آشنایی دانش‌آموزان با مؤلفه‌های دینداری
۱۰		میزان آشنایی دانش‌آموزان با تأثیر دینداری در زندگی
۱۱		میزان آشنایی دانش‌آموزان با کارکردهای دینداری
۱۲		شناخت دانش‌آموزان نسبت به آثار دینداری در مدرسه
۱۳	ارتقای سلامت معنوی	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم معنویت

ردیف	ابعاد	مؤلفه‌ها	
۱۴	دانش‌آموزان	شناسایی علل گرایش دانش‌آموزان به سوی معنویت	
۱۵		شناسایی دلایل اهمیت حیاتی معنویت دانش‌آموزان	
۱۶		میزان آشنایی دانش‌آموزان با ویژگی‌های معنویت	
۱۷		میزان شناخت دانش‌آموزان نسبت به مفهوم سلامت معنوی	
۱۸		تبیین ویژگی‌های سلامت معنوی دانش‌آموزان	
۱۹		میزان آشنایی دانش‌آموزان با مؤلفه‌های سلامت معنوی در مدرسه	
۲۰		میزان آشنایی دانش‌آموزان با ویژگی‌های زندگی پاکیزه در اسلام	
۲۱		میزان آشنایی دانش‌آموزان با دستاوردهای حیات طیبه در اسلام	
۲۲		شناسایی گرایش‌ها و نیازهای دانش‌آموزان در زمینه فرهنگ سلامت	
۲۳		شناسایی نکات کلیدی برای ارتقای سلامت فرهنگی دانش‌آموزان	
۲۴		اتخاذ راهکارهای ارتقای سلامت معنوی دانش‌آموزان	
۲۵		توسعه حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم حمایت اجتماعی در مدرسه
۲۶			میزان آشنایی دانش‌آموزان با ابعاد حمایت اجتماعی در مدرسه
۲۷			میزان آشنایی دانش‌آموزان با مزایای حمایت اجتماعی در مدرسه
۲۸	گسترش فرهنگ سلامت در مدرسه	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مؤلفه‌های اصلی نظارت و غربالگری برای تعیین‌کننده‌های اجتماعی	
۲۹		میزان آشنایی دانش‌آموزان با سطوح فرهنگ سلامت در مدرسه	
۳۰		میزان آشنایی دانش‌آموزان با کارکردهای فرهنگ سلامت در مدرسه	
۳۱		میزان آشنایی دانش‌آموزان با ویژگی‌های فرهنگ سلامت در مدرسه	
۳۲		میزان آشنایی دانش‌آموزان با اهداف آموزش و پرورش در زمینه فرهنگ سلامت	
۳۳		تبیین کارکردهای آموزش و پرورش در زمینه فرهنگ سلامت	
۳۴		نهادینه سازی فرهنگ سلامت در مدرسه	

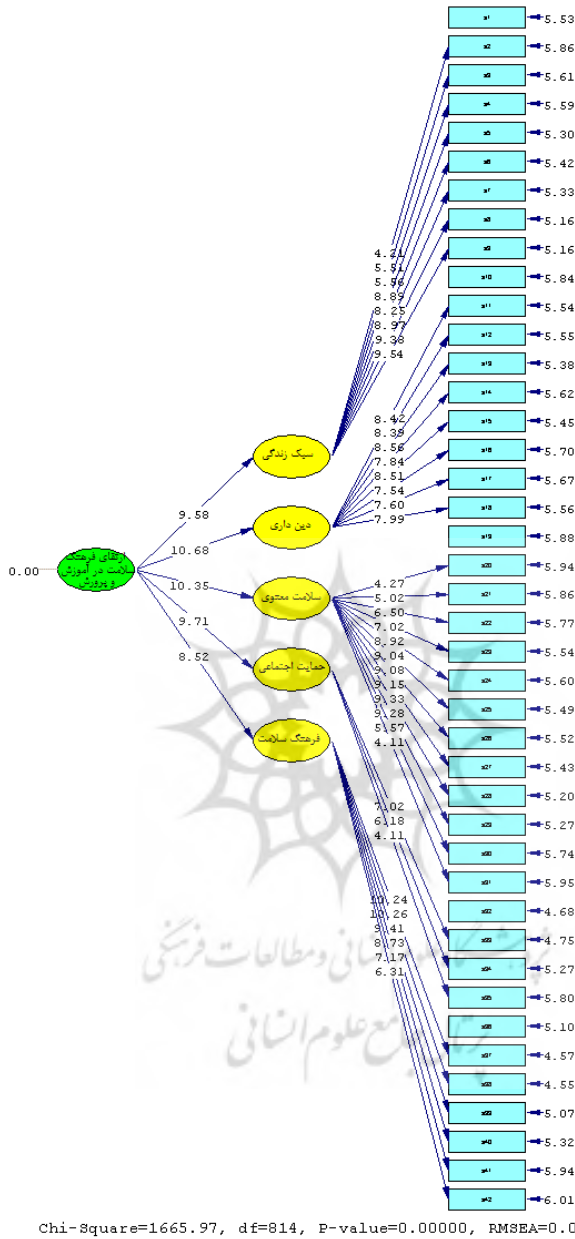
منبع : (محقق)

سؤال دوم: مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور کدام است؟
 تحلیل عاملی مدل فرهنگ سلامت در شمایل زیربیزی‌ها، متغیرهای مکنون یا عامل‌ها، و مستطیل‌ها، مواد پرسش‌نامه مدل ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود مدل مسیر از ۶ متغیر پنهان و ۴۲ متغیر آشکار تشکیل شده است.



Chi-Square=1665.97, df=814, P-value=0.00000, RMSEA=0.052

شکل (۲): الگوی ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش در حالت تخمین استاندارد



شکل (۳): الگوی ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش در حالت معنی‌داری پارامتر

بارهای عاملی مدل در حالت تخمین استاندارد میزان تأثیر هر کدام از متغیرها و یا گویه‌ها را در توضیح و تبیین واریانس نمرات متغیر یا عامل اصلی نشان می‌دهد. به عبارت دیگر بار عاملی نشان‌دهنده میزان همبستگی هر متغیر مشاهده‌گر (سؤال پرسش‌نامه) با متغیر مکنون (عامل‌ها) می‌باشد. با توجه به شکل (۱) می‌توان بارهای عاملی هریک از متغیرهای پژوهش را مشاهده نمود؛ برای مثال متغیر «ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه» دارای بار عاملی (۰/۸) می‌باشد. به عبارت دیگر متغیر «ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه» تقریباً ۶۴ درصد (۰/۸) را به توان ۲ می‌رسانیم) از واریانس عامل «ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش» را تبیین می‌نماید.

متغیر «تقویت دینداری دانش‌آموزان» دارای بار عاملی (۰/۹۵) می‌باشد. به عبارت دیگر متغیر «تقویت دینداری دانش‌آموزان» تقریباً ۹۰ درصد (۰/۹۵) را به توان ۲ می‌رسانیم) از واریانس عامل «ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش» را تبیین می‌نماید.

متغیر «ارتقای سلامت معنوی دانش‌آموزان» دارای بار عاملی (۰/۹۲) می‌باشد. به عبارت دیگر متغیر «ارتقای سلامت معنوی دانش‌آموزان» تقریباً ۸۴ درصد (۰/۹۲) را به توان ۲ می‌رسانیم) از واریانس عامل «ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش» را تبیین می‌نماید.

متغیر «توسعه حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان» دارای بار عاملی (۰/۸۴) می‌باشد. به عبارت دیگر متغیر «توسعه حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان» تقریباً ۷۰ درصد (۰/۸۴) را به توان ۲ می‌رسانیم) از واریانس عامل «ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش» را تبیین می‌نماید.

متغیر «گسترش فرهنگ سلامت در مدرسه» دارای بار عاملی (۰/۷۷) می‌باشد. به عبارت دیگر متغیر «گسترش فرهنگ سلامت در مدرسه» تقریباً ۵۹ درصد (۰/۷۷) را به توان ۲ می‌رسانیم) از واریانس عامل «ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش» را تبیین می‌نماید.

خروجی بعدی یعنی شکل (۲)، مدل در حالت معناداری ضرایب و پارامترهای به‌دست‌آمده مدل اندازه‌گیری بارهای عاملی هر یک از سؤال‌های پژوهش را نشان می‌دهد که تمامی ضرایب به‌دست‌آمده معنادار شده‌اند؛ زیرا مقدار آزمون معناداری بزرگ‌تر از ۱/۹۶ یا کوچک‌تر از ۱/۹۶- نشان‌دهنده معناداری بودن روابط است. دو خروجی نرم‌افزار لیزرل (مدل در حالت تخمین استاندارد و مدل در حالت ضرایب معناداری) نشان داده شده است.

روایی همگرایی

معیار AVE نشان‌دهنده میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه با شاخص‌های خود می‌باشد. به بیان ساده AVE میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌های خود را نشان می‌دهد که هر چقدر این همبستگی بیشتر باشد برازش نیز بیشتر می‌شود. برای بررسی از روایی همگرا استفاده می‌شود و مقدار بحرانی آن برابر ۰/۵ می‌باشد و مقدار AVE بالای ۰/۵ روایی همگرایی قابل قبول است. طریقه محاسبه: با عاملی هر سؤال معیار را به توان دو می‌رسانیم و میانگین آنها را می‌گیریم.

پایایی سازه^۱

پایایی سازه بیان می‌کند نتایج به‌دست آمده از کاربرد یک ابزار اندازه‌گیری تا چه حد با نظریه‌هایی که آزمون بر محور آنها تدوین شده است تناسب دارد. پایایی سازه (متغیرهای مفهوم) را می‌توان بر اساس پایایی مرکب (CR)، میزان واریانس (AVE) استخراج شده محاسبه کرد.

$$CR > 0.7$$

$$AVE > 0.5$$

همان‌گونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌گردد، پایایی مرکب بیشتر از ۰/۷ و واریانس هر سازه بزرگ‌تر از ۰/۵ می‌باشد؛ بنابراین همبستگی یک سازه با شاخص‌ها فراهم می‌باشد و ابزار اندازه‌گیری مناسب و منعکس‌کننده متغیر پنهان می‌باشد.

جدول (۲): روایی همگرایی و پایایی مؤلفه‌ها

CR	AEV	اولویت	آماره t	ضرب تعیین	بار عاملی	مؤلفه	بعد
۰/۸۶	۰/۸۲	۱	9.54	0.72	0.85	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم سبک زندگی اسلامی در مدرسه	ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه
		۲	9.38	0.64	0.8	میزان آشنایی دانش‌آموزان با انواع سبک زندگی اسلامی در مدرسه	
		۳	8.97	0.61	0.78	میزان توانایی دانش‌آموزان در تشخیص عناصر سبک زندگی اسلامی در	

CR	AEV	اولویت	آماره t	ضریب تعیین	بار عاملی	مؤلفه	بعد
						مدرسه	
		۴	8.89	0.59	0.77	میزان آشنایی دانش‌آموزان نسبت به کارکردهای سبک زندگی اسلامی در مدرسه	
		۵	8.25	0.55	0.74	میزان شناخت دانش‌آموزان نسبت به مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی در مدرسه	
		۶	-	0.49	0.7	میزان آشنایی دانش‌آموزان با حقوق اسلامی سلامت	
		۷	5.56	0.48	0.69	میزان توجه دانش‌آموزان به حقوق شهروندی اسلامی در مدرسه	
		۱	8.56	0.58	0.76	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم دینداری	
		۲	8.51	0.55	0.74	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مؤلفه‌های دینداری	
۰/۸۱	۰/۷۷	۳	8.42	0.52	0.72	میزان آشنایی دانش‌آموزان با تأثیر دینداری در زندگی	تقویت دینداری دانش‌آموزان
		۴	8.39	0.5	0.71	میزان آشنایی دانش‌آموزان با کارکردهای دینداری	
		۵	7.99	0.48	0.69	شناخت دانش‌آموزان نسبت به آثار دینداری در مدرسه	
۰/۹۳	۰/۹۱	۱	-	0.62	0.79	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مفهوم حمایت اجتماعی در مدرسه	توسعه حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان
		۲	7.02	0.61	0.78	میزان آشنایی	

CR	AEV	اولویت	آماره t	ضریب تعیین	بار عاملی	مؤلفه	بعد
						دانش‌آموزان با ابعاد حمایت اجتماعی در مدرسه	
		۳	6.18	0.49	0.7	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مزایای حمایت اجتماعی در مدرسه	
		۴	4.11	0.35	0.59	میزان آشنایی دانش‌آموزان با مؤلفه‌های اصلی نظارت و غربالگری برای تعیین کننده‌های اجتماعی	
		۱	10.26	0.81	0.9	میزان آشنایی دانش‌آموزان با سطوح فرهنگ سلامت در مدرسه	
		۲	10.24	0.79	0.89	میزان آشنایی دانش‌آموزان با کارکردهای فرهنگ سلامت در مدرسه	گسترش فرهنگ سلامت در مدرسه
		۳	-	0.72	0.85	میزان آشنایی دانش‌آموزان با ویژگی‌های فرهنگ سلامت در مدرسه	
		۴	9.41	0.71	0.84	میزان آشنایی دانش‌آموزان با اهداف آموزش و پرورش در زمینه فرهنگ سلامت	
		۵	8.73	0.67	0.82	تیبین کارکردهای آموزش و پرورش در زمینه فرهنگ سلامت	
		۶	7.17	0.45	0.67	نهادینه سازی فرهنگ سلامت در مدرسه	
		۷	6.31	0.32	0.57	میزان آشنایی دانش‌آموزان با سطوح فرهنگ سلامت در مدرسه	

منبع: (محقق)

جدول (۳): روایی همگرایی و پابایی مؤلفه‌ها

CR	AEV	اولویت	آماره t	ضریب تعیین	بار عاملی	مؤلفه‌ها	بعد
۰/۹۱	۰/۸۸	۱	9.33	0.77	0.88	میزان آشنایی دانش آموزان با مفهوم معنویت	ارتقای سلامت معنوی دانش آموزان
		۲	9.28	0.74	0.86	شناسایی علل گرایش دانش آموزان به سوی معنویت	
		۳	9.15	0.72	0.85	شناسایی دلایل اهمیت حیاتی معنویت دانش آموزان	
		۴	9.04	0.71	0.84	میزان آشنایی دانش آموزان با ویژگی‌های معنویت	
		۵	9.08	0.69	0.83	میزان شناخت دانش آموزان نسبت به مفهوم سلامت معنوی	
		۶	7.02	0.67	0.82	تبیین ویژگی‌های سلامت معنوی دانش آموزان	
		۷	8.92	0.66	0.81	میزان آشنایی دانش آموزان با مؤلفه‌های سلامت معنوی در مدرسه	
		۸	5.57	0.56	0.75	میزان آشنایی دانش آموزان با ویژگی‌های زندگی پاکیزه در اسلام	
		۹	6.5	0.55	0.74	میزان آشنایی دانش آموزان با دستاوردهای حیات طیبه در اسلام	
		۱۰	5.02	0.44	0.66	شناسایی گرایش‌ها و نیازهای دانش آموزان در زمینه فرهنگ سلامت	
		۱۱	-	0.41	0.64	شناسایی نکات کلیدی برای ارتقای سلامت فرهنگی دانش آموزان	
		۱۲	4.27	0.29	0.54	اتخاذ راهکارهای ارتقای سلامت معنوی دانش آموزان	

منبع: (محقق)

جدول (۴): روایی همگرایی و پایایی ابعاد

مفهوم	بعد	بار عاملی	ضریب تعیین	آماره t	اولویت	AEV	CR
ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش	تقویت دینداری دانش‌آموزان	0.95	0.9	10.68	اول	۰/۸۷۶	۰/۹۱۱
	ارتقای سلامت معنوی دانش‌آموزان	0.92	0.85	10.35	دوم		
	توسعه حمایت اجتماعی از دانش‌آموزان	0.84	0.71	9.71	سوم		
	ترویج سبک زندگی اسلامی در مدرسه	0.8	0.64	9.58	چهارم		
	گسترش فرهنگ سلامت در مدرسه	0.77	0.59	8.52	پنجم		

منبع: (محقق)

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور صورت گرفت. شناسایی مفاهیم و ابعاد پژوهش در ۵ بُعد سبک زندگی، دینداری، سلامت معنوی، فرهنگ سلامت و حمایت اجتماعی با ۳۶ زیر مفهوم انجام گرفت. با توجه به اینکه واحد تحلیل در این پژوهش بند بود، در مجموع ۹۴۰ بند در خصوص فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور به دست آمد. مفاهیم به دست آمده از ۹۴۰ بند، ۶۱۰ مفهوم جدید را دربرداشت. پس از خوشه‌بندی مفاهیم در مجموع، ۳۶ مؤلفه استخراج شد که عبارت‌اند از: تبیین مفهوم سبک زندگی اسلامی در مدرسه، معرفی انواع سبک زندگی اسلامی در مدرسه، تبیین عناصر سبک زندگی اسلامی در مدرسه، شناسایی کارکردهای سبک زندگی در مدرسه، شناسایی مؤلفه‌های سبک زندگی در دنیای کنونی، ارتقای کیفیت طراحی شهری در مدرسه، شناسایی تأثیر طبیعت بر سلامت انسان در مدرسه، آموزش حقوق سلامت به دانش‌آموزان، لزوم توجه به حقوق شهروندی دانش‌آموزان در مدرسه، تبیین مفهوم دینداری دانش‌آموزان، شناسایی ابعاد مذهب و دین در مدرسه، شناسایی هدف مذهب و دین در زندگی دانش‌آموزان، تبیین کارکردهای مرتبط با دینداری در مدرسه، تبیین آثار دین و مذهب در مدرسه، تبیین مفهوم معنویت دانش‌آموزان، شناسایی علل گرایش دانش‌آموزان به سوی معنویت، شناسایی دلایل اهمیت حیاتی معنویت دانش‌آموزان، تبیین ویژگی‌های معنویت

دانش‌آموزان، تبیین مفهوم سلامت دانش‌آموزان، تبیین ویژگی‌های سلامت معنوی دانش‌آموزان، شناسایی مؤلفه‌های سلامت معنویت در مدرسه، شناسایی ویژگی‌های زندگی پاکیزه در اسلام، شناسایی دستاوردهای حیات طیبه در اسلام، شناسایی گرایش‌ها و نیازهای دانش‌آموزان، شناسایی نکات کلیدی برای ارتقای سلامت فرهنگی، اتخاذ راهکارهای ارتقای سلامت معنوی در دانش‌آموزان، تبیین مفهوم حمایت اجتماعی در مدرسه، شناسایی ابعاد حمایت اجتماعی در مدرسه، شناسایی مزایای حمایت اجتماعی در مدرسه، شناسایی مؤلفه‌های اصلی نظارت و غربالگری برای تعیین کننده‌های اجتماعی، تبیین سطوح فرهنگ در مدرسه، تبیین سطوح فرهنگ در مدرسه، شناسایی ویژگی‌های فرهنگ در مدرسه، شناسایی اهداف آموزش و پرورش، تبیین کارکردهای آموزش و پرورش و نهادینه‌سازی فرهنگ سلامت در مدرسه.

همه ابعاد و مؤلفه‌ها در بخش کمی با تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت؛ لذا ابن پژوهش به این جهت که وضعیت موجود و مطلوب فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش را بررسی نموده است در نهایت منجر به طراحی الگویی از فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور شده است که با تأیید بسیاری از پژوهش‌های فرهنگ سازمانی و فرهنگ دانشگاهی، الگوی به‌دست‌آمده می‌تواند مدلی تجویزی برای ارتقای فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور باشد. نتایج این پژوهش با نتایج بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته همانند پژوهش زالوادیا (۲۰۱۷) با عنوان «رابطه بین هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در میان دانشجویان کالج»؛ پژوهش میلر اسلو و دانسمور (۲۰۱۶) با عنوان «بررسی نقش عوامل مؤثر در جامعه‌پذیری در دوره نوجوانی»؛ پژوهش انریکوئز، سالاس، باک، آرکبولد، کاریلو (۲۰۱۹) با عنوان «رابطه بین هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در میان دانشجویان»؛ پژوهش بهرامیان (۱۳۹۹) با عنوان «نقش و کارکرد معنویت در سلامت روان و یادگیری در دانش‌آموزان»؛ پژوهش سیدمیثم سیداحمدی (۱۳۹۸) با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان و معلمان مدارس»؛ پژوهش محمدی فرشبافیان و لاهیجانیان (۱۳۹۷) با عنوان «الگوی تعالی فرهنگ سلامت، ایمنی و محیط زیست در سازمان‌های پروژه‌محور با استفاده از مدل EFQM»؛ پژوهش مردی‌کر و نظری‌فرد (۱۳۹۶) با عنوان «نقش مدرسه در ارتقای بهداشت سلامت جسمی روحی دانش‌آموزان»؛ پژوهش احدی و وهابی هماباد (۱۳۹۵) با عنوان «بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی، بهزیستی روانی، هوش معنوی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه» همخوانی دارد و این نشان می‌دهد که

تعداد زیادی از مفاهیم و ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور در بستر عمیقی از فهم مشترک جامعه قرار دارد. از طرفی به قول گیدنز، امروزه افزایش امید به زندگی و پیشرفت‌های سلامت و بهداشت عمومی، تا اندازه زیادی به توانایی‌های پزشکی نوین نسبت داده می‌شود. تصور عمومی، نقش پژوهش‌های پزشکی در کشف علت‌های زیست‌شناختی بیماری‌ها و یافتن روش‌های درمان مناسب برای آنها را عامل اصلی این تغییر می‌داند. با اینکه نباید از تأثیر پیشرفت‌های پزشکی در بهبود وضعیت سلامت عمومی افراد چشم‌پوشی کرد، بسیاری از پژوهشگران علوم اجتماعی، وجود این بینش نسبت به سلامت و بیماری را متقاعدکننده نمی‌دانند؛ زیرا نقش مهم تأثیرهای اجتماعی و محیطی را بر الگوهای سلامتی نادیده می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۷، ص. ۲۱۲)، به نظر می‌رسد هرگز نمی‌توان نسخه واحد و یا شناخت کافی از فرهنگ سلامت به‌دست آورد و لذا شناخت مختصات فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور با اهداف و برنامه‌های مشخص آن از زبان جامعه آموزش و پرورش کشور می‌تواند در این رابطه یک راه‌حل مؤثری باشد که در این پژوهش سعی شد بر این اساس الگوی فرهنگ سلامت در آموزش و پرورش کشور طراحی و برای سایر سازمان‌های مشابه آن استفاده شود.

از طرفی امروزه ورود عناصر فرهنگی نامناسب در جامعه امری اجتناب‌ناپذیر است. یک جامعه هر قدر هم که پویا باشد باز هم در آن عناصر نامناسبی پیدا می‌شود. آنچه نقش آموزش و پرورش را در اینجا پُررنگ کرده است، رصد کردن و پالایش جامعه است. یکی از مراکزی که وجود عوامل نامناسب فرهنگی را تشخیص می‌دهد نهاد آموزش و پرورش است. فرهنگ معمولاً از لوازم اصلی رشد و توسعه در جامعه دانسته می‌شود. فرهنگ، انسان‌ها را قادر به انجام دادن فعالیت‌هایی می‌کند که تصور انجام آنها در شرایط فقدان فرهنگ دشوار است. تعاریف فراوانی از فرهنگ ارائه شده است. تعریفی که این پژوهش پذیرفته است، فرهنگ را مجموعه‌ای درهم‌تنیده از نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها، مهارت‌ها و هنجارهایی می‌داند که میان تعداد کثیری از افراد جامعه مشترک است، به شخصیت آنها شکل می‌دهد و از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. با توجه به تعریف ارائه شده، باید به این موضوع اشاره کرد که فرهنگ علاوه بر اینکه حوزه‌های گوناگونی را شامل می‌شود، بر بخش‌های گسترده‌ای هم تأثیر می‌گذارد.

اهمیت شناخت عوامل فرهنگی، آثار جهانی شدن، تغییرهای اجتماعی برای درک عمیق و سپس تسلط بر شرایط موجود برای حفظ و ارتقاء سلامت خانواده‌ها

غیرقابل انکار است و ارتباط هماهنگ بخش‌های صنعت و اقتصاد برای اشتغال‌زایی، همگام با معماران فرهنگی جامعه برای اصلاحات و زمینه‌های تعالی نوجوانان توأم با همکاری‌های ارزشمند والدین، مدرسه، گروه همسالان، باشگاه‌ها و سایر مراکز درگیر در امور نوجوانان یک نیاز فوری است و تقویت همکاری‌های بین بخشی به‌ویژه بین صدا و سیما، اقتصاد، آموزش و پرورش و بهداشت و درمان، جلب مشارکت نوجوانان و اولیاء در ارتقاء سلامت و افزایش توانمندی‌های لازم است (سرور؛ احمدی و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۴، ص. ۱۲). از متغیرهای اصلی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- دوستی و ارتباطات که از متغیرهای اصلی سلامت نوجوانان می‌باشد. ارتباطات گسترده‌تر و تأثیرپذیری از دوستان ضمن جدایی بیشتر از خانواده در دوره نوجوانی روی می‌دهد.

۲- آموزش و ساعات فعالیت نوجوانان که در مدارس می‌گذرانند و آموزه‌های آنان در مدارس بخش عمده‌ای از آگاهی‌های آنان را تشکیل می‌دهد و مدارس می‌توانند زمینه ارتباطات گسترده‌تری را برای نوجوانان فراهم آورند.

۳- خانواده و عوامل مربوط به آن یکی از مفاهیم مورد تأکید نوجوانان می‌باشد (Pickett; Schmid; Boyce; Simpson; Scheidt; Mazur & et al., 2002).

بنابراین سلامت به معنای امروزی آن، دربرگیرنده تعادل و هماهنگی جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی، زندگی همراه با شادی، کارایی و اعتدال و مقاومت در برابر فشارها و عامل‌های خارجی است. با توجه به این نظر، سلامت امروزی به تدریج از طب سنتی فاصله گرفته است و بیشتر با نوع و سبک ویژه زندگی افراد ارتباط دارد. سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت نقش عمده‌ای را در تعیین سلامت و مرگ‌ومیر ایفا می‌کنند؛ چنانکه راجرز و هکنبرگ اذعان دارند جامعه انسانی در مرحله‌ای از انتقال اپیدمیولوژیک به نام هیپریستیک قرار دارد که در آن، سبک‌های زندگی نقش عمده‌ای در تعیین سطح‌های مرگ‌ومیر دارند. دستاوردهای پزشکی در کاهش مرگ‌ومیر مؤثرند؛ اما تعیین‌کننده اصلی سلامت و بیماری، رفتارها و سبک زندگی مرتبط با سلامت است. رفتارهای مرتبط با سلامت طیف وسیعی از اعمال را دربرمی‌گیرد که هر یک از آنها اهمیت ویژه‌ای دارند.

پیشنهادها

از نتایج این پژوهش می‌توان به مدیران و مسئولان آموزش و پرورش پیشنهادهای مفیدی ارائه کرد تا بتوانند از ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل آموزش و پرورش استفاده نمایند:

الزام دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری و مدیریت آموزش و پرورش کشور به درمان غیردارویی دانش‌آموزان در مدارس؛ زیرا بیماری‌های مسلط در این دوره، درمان دارویی و جراحی صرف ندارند و بیماری‌های مزمنی هستند که پیشگیری و درمان نهایی آنها به متغیرهای متعدد رفتاری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است. بسیاری از بیماری‌های این دوره با بیماری‌های سالمندان انطباق دارند.

الزام دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری و مدیریت آموزش و پرورش کشور به تقویت همبستگی اجتماعی دانش‌آموزان و معلمان در مدارس، افرادی که همبستگی اجتماعی پایینی با جامعه خود دارند توان مقابله با مخاطره‌ها و چالش‌ها را ندارند. افزایش انزوای اجتماعی و ناتوانی در تحمل فشارها سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

توجه دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری و مدیریت آموزش و پرورش کشور به ارائه خدمات بهداشت روانی در مدارس، از آنجایی که توجه هر جامعه به مسائل بهداشت روانی، رابطه مستقیمی با رشد و اعتلای اجتماعی آن جامعه دارد، از این‌رو ارائه خدمات بهداشت روانی که هدف آن سالم‌سازی محیط روانی است، از اهمیت بسیاری برخوردار است. بهسازی محیط از انحراف‌ها و ناهنجاری مختلف و گوناگون می‌تواند انسان را از گرفتار شدن به تضاد رفتاری و تناقض روانی باز دارد.

الزام دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری و مدیریت آموزش و پرورش کشور به ارتقای فرهنگ دینی در مدارس؛ زیرا در جوامع امروزی و نوین، دین به‌عنوان موضوعی غیرقابل‌انکار نگریده شده و سعی می‌شود میزان و تأثیرهای آن به‌طور جامع مورد بررسی قرار بگیرد و از آنجاکه دین پدیده‌ای 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.

توجه دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری و مدیریت آموزش و پرورش کشور به ارتقاء سلامت دانش‌آموزان و معلمان در مدارس؛ زیرا یکی از عمده عوامل تأثیرگذار بر سلامت اعضای یک جامعه، میزان پذیرش و ارزیابی مثبت افراد از خود می‌باشد، به‌طوری‌که قضاوت مثبت فرد در مورد خویشتن‌اش را می‌توان به‌عنوان عاملی حیاتی در ارتقاء سلامت قلمداد کرد، چگونگی حصول عزت نفس حاصله از این قضاوت رابطه تنگاتنگی با عوامل پیرامونی فرد دارد، شبکه‌های اجتماعی که شخص در آنها به ایفای نقش می‌پردازد و نحوه گذران زندگی از سوی وی می‌تواند بر تعریف فرد از خویشتن - اش اثربخش باشد و به‌عنوان عاملی حیاتی در ارتقاء سلامت افراد نقش بازی کند.

لزوم توجه دست‌اندرکاران سیاست‌گذاری و مدیریت در آموزش و پرورش کشور به

این مهم که، نشانه‌های بنیادی سلامت معنوی در سه عنصر امنیت، سعادت و کرامت ظاهر می‌شود و چنانچه افراد بتوانند این نشانه‌ها را در مسیر زندگی خویش نمایان سازند به مقام والای سلامت معنوی راه یافته‌اند؛ از این رو بهترین و کامل‌ترین تعبیر برای توصیف ویژگی این افراد همان واژه تقوا است که در آموزه‌های قرآنی از آن به زیبایی یاد شده است.

فهرست منابع

- ابراهیمی، قربانعلی و ضیاءپور، آرش (۱۳۹۱). بررسی جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه فرهنگی بر مدیریت بدن؛ مطالعه تجربی جوانان شهر گیلان غرب. *جامعه‌شناسی کاربردی*، س بیست و سوم، (۱)، ۱۲۵-۱۴۸.
- احدی، رقیه و وهابی هماباد، جلال (۱۳۹۵). *بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی، بهزیستی روانی، هوش معنوی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه*. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم: <https://civilica.com/doc/499084>
- بهرامیان، زینت (۱۳۹۹). *نقش و کارکرد معنویت در سلامت روان و یادگیری در دانش‌آموزان*. هشتمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران: <https://civilica.com/doc/1032775>
- خواجانه‌نوری، بیژن و کوچانی‌اصفهانی، مسعود (۱۳۹۵). سرمایه فرهنگی و مصرف غذاهای مدرن و سنتی. *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، سال سیزدهم، (۴۸)، ۶۵-۵۲.
- سرور، پرویز؛ احمدی، فضل‌اله و نیکبخت نصرآبادی، علیرضا (۱۳۸۴). از هویت تا سلامت: تبیین تئوریک مفهوم سلامتی از دیدگاه نوجوانان. *طب و تزکیه*، ۱۴(۴)، ۳۷-۲۷.
- سلیمان‌آبادی، سحر؛ سلیمان‌آبادی، فاطمه و احمدی، یزدان (۱۴۰۰). *تأثیر سواد سلامت بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت*. ششمین کنفرانس بین‌المللی بهداشت، درمان و ارتقای سلامت: <https://civilica.com/doc/1261136>
- سیداحمدی، سیدمیثم (۱۳۹۸). *عوامل مؤثر بر سلامت روان دانش‌آموزان و معلمان مدارس*. سومین کنفرانس دانش و فناوری روان‌شناسی، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی ایران، تهران: <https://civilica.com/doc/929712>

- صامت، علیرضا؛ طبیبی، سیدجمال‌الدین و نوابخش، مهرداد (۱۳۹۷). شناسایی عوامل مؤثر بر توسعه مدیریت فرهنگی در دانشگاه آزاد اسلامی. *فصلنامه مطالعات میان فرهنگی*، ۱۳ (۳۵)، ۱۰۵-۱۳۳.
- فرجاد، محمدعلی (۱۳۸۲). *آموزش و پرورش تطبیقی (جلد اول و دوم)*. تهران: انتشارات رشد.
- فرهادی‌نژاد، محسن و جعفری، سکینه (۱۳۹۹). ارزیابی معیارهای مدیریت رفتار اخلاقی در بستر فرهنگ جامعه ایرانی. *فصلنامه مطالعات میان فرهنگی*، ۱۵ (۴۲)، ۹-۳۴.
- قاسمی، وحید؛ ربانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی و علیزاده اقدم، محمدباقر (۱۳۸۷). تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور. *ادبیات و زبان‌ها: زبان و ادبیات فارسی*، ۶۳ (۶۳)، ۱۸۱-۲۱۴.
- کردزنگنه، ج. (۱۳۹۱). *عوامل اجتماعی جمعیتی مؤثر بر سبک زندگی سلامت‌محور: مطالعه موردی جمعیت ۱۸ تا ۶۵ ساله شهر تهران*. (پایان‌نامه دکتری جمعیت‌شناسی). دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی*. ترجمه حسن چاوشیان. تهران: نشر نی.
- محمدی فرشبافیان، مونا و لاهیجانیان، اکرم الملوک (۱۳۹۷). *الگوی تعالی فرهنگ سلامت، ایمنی و محیط زیست در سازمان‌های پروژه محور با استفاده از مدل EFQM مطالعه موردی یک شرکت پیمانکار*. پانزدهمین همایش پژوهش‌های نوین در علوم و فناوری: <https://civilica.com/doc/853590>
- مردی کر، ابوالفضل و نظری فرد، سعید (۱۳۹۶). نقش مدرسه در ارتقای بهداشت سلامت جسمی روحی دانش‌آموزان. همایش ملی آسیب‌شناسی نظام آموزشی کشور، تبریز: <https://civilica.com/doc/839423>
- مقصودلو، صفا (۱۳۹۴). فرهنگ، ساختار اجتماعی و بهداشت روان (چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران).
- نکونام، محمدصدیق؛ احمدی، آرمان و عباسی‌چری، رضا (۱۳۹۴). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی (درون گروهی و برون گروهی) بر سلامت روان دانشجویان؛ مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه تبریز. *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۵ (۱۷)، ۱۶۳-۱۸۴.
- نیکزاد، محمود (۱۳۷۹). *اصول نظریه‌های تربیتی*. تهران: انتشارات ققنوس.

Bousquet, J.; Michel, J. P.; Strandberg, T.; Crooks, G.; Iakovidis, I. & Iglesia, M. (2014). The European innovation partnership on active and

- healthy ageing: the European geriatric medicine introduces the EIP on AHA column. *Eur. Geriatr. Med.* (5), 361–434.
- Chandra, A.; Miller, C. E.; Acosta, J. D.; Weiland, S.; Trujillo, M. & Plough, A. (2016). Drivers of health as a shared value: mindset, expectations, sense of community, and civic engagement. *Health Aff*, (35), 1959–1963. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0603 Change, 4th Edn. New York, NY: Springer.
- Chung EK.; Siegel BS.; Garg A.; Conroy K.; Gross RS.; Long DA. & et al. (2016). Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 46(5), 135-53.
- Cockerham, W. C. (2010). *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*. West Sussex: Blackwell Press.
- Enríquez MEA.; Salas FJU.; Baek J.; Archbold JPS. & Carrillo G. (2019). Association between life-style behaviors and health outcomes in Adventist and non-Adventist adolescents in Mexico: a pilot study. *BMC public health*, 19(1), 1-9.
- European Union (2018). *Eurostat Regional Yearbook 2018*. Publications Office of Evidence Landscape. Public Health England.
- Frank, C.; Christopher, G. D. & Frank J. E. (2015). Financial Strain, Social Capital, and Perceived Health During Economic Recession: a Longitudinal Survey in Rural. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(4), 422-438.
- Goldblatt, P.; Siegrist, J.; Lundberg, O.; Marinetti, C.; Farrer, L. & Costongs, C. (2015). *Improving Health Equity Through Action Across the Life Course: Summary of Evidence and Recommendations From the DRIVERS Project*. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Available online at: <http://health-gradient.eu/>. Brussels: EuroHealthNet
- Guttormsen, D. S. & Lauring, J. (2018). Fringe Voices in Cross-Cultural Management Research: Silenced and Neglected?.
- King M.; Marston L.; Mcmanus S. & Brugha T. (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*, 20(2), 68-73.
- Lewis-Fernández R. & Díaz N. (2002). The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73(4), 271-95.
- Lins, L. & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health.
- 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.
- Napier AD.; Ancarno C.; Butler B.; Calabrese J.; Chater A.; Chatterjee H. & et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-39.
- Pickett W.; Schmid H.; Boyce WF.; Simpson K.; Scheidt PC.; Mazur J. & et al. (2022). Multiple risk behavior and injury: an international analysis

- of young people. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(8), 786-93.
- Saraceno, C. (2008). Families, Ageing and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States. *Cheltenham; Northampton, MA: Edward Elgar Publishing*, (336).
- The LPH. Promoting planetary health through culture. *The Lancet Planetary health*. 2018; 2(12), e509. the-art and good practice in the field of living labs,” in IEEE International.
- Wainwright, D. (2008). *A Sociology of Health*. London: Sage Publications.
- WHO (1986). *The World Health Report 1998 - Life in the 21st Century: A Vision for All*. Available online at: http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf (Accessed November 27, 2018).
- WHO (2010). *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 (2018). *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.
- Zalawadia, T. L. (2017). Efficacy of gender and religious status on spiritual intelligence and psychological well-bing of college students. *The international of indian psychology*, 4(3), 43-54.

References

- Ahadi, R. & Vahabi Hamabad, J. (2016). Examining the relationship between Islamic lifestyle, mental welfare, spiritual intelligence with mental health of students of Islamic Azad University in Saveh branch, the first international conference on modern researches in the field of educational sciences, psychology and social studies of Iran, Qom. (In Persian)
- Bahramian, Z. (2020). The role and function of spirituality in mental health and learning in students, 8th National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Studies, Tehran. (In Persian)
- Bon Weitz, P. (2012). Lessons from Pierre Bourdieu's sociology, Translated by: Jahangir Jahangiri and Hassan Poursafir, Tehran: Publisher: Agah.
- Bousquet, J.; Michel, J. P.; Strandberg, T.; Crooks, G.; Iakovidis, I. & Iglesia, M. (2014). The European innovation partnership on active and healthy ageing: the European geriatric medicine introduces the EIP on AHA column. *Eur. Geriatr. Med.* (5), 361–434.
- Chandra, A.; Miller, C. E.; Acosta, J. D.; Weiland, S.; Trujillo, M. & Plough, A. (2016). Drivers of health as a shared value: mindset,

- expectations, sense of community, and civic engagement. *Health Aff.* 35, 1959–1963. Change, 4th Ed. New York: Springer.
- Chung EK, Siegel BS., Garg A.; Conroy K.; Gross RS.; Long DA. & et al. (2016). Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. *Current problems in pediatric and adolescent health care.*46(5), 135-53.
- Cockerham, W. C. (2010). *The new Blackwell Companion to Medical Sociology*, West Sussex: Blackwell Press.
- Ebrahimi, GH. & Ziapour, A. (2011). Sociological study of the effect of cultural capital on body management; An experimental study of the youth of Gilanegharb city, *Applied Sociology*, 23(1), 148-125. (In Persian)
- Enríquez MEA.; Salas FJU.; Baek J.; Archbold JPS. & Carrillo G. (2019). Association between life-style behaviors and health outcomes in Adventist and non-Adventist adolescents in Mexico: a pilot study. *BMC public health.*19(1), 1-9.
- European Union (2018). *Eurostat Regional Yearbook 2018*. Publications Office of Evidence Landscape. Public Health England.
- Farhadinejad, M. & Jafari, S. (2020). Evaluating ethical behavior management criteria in the context of Iranian society culture, *Intercultural Studies Quarterly*, 15(42), 34-9. (In Persian)
- Farjad, MA. (2003). *Comparative Education*. Volumes 1 & 2, Publication: Roshd. (In Persian)
- Frank, C.; Christopher, G. D. & Frank J. E. (2015). Financial Strain, Social Capital, and Perceived Health During Economic Recession: a Longitudinal Survey in Rural. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(4), 422-438.
- Ghasemi, V.; Rabbani, R.; Rabbani Khorasgani, A. & Alizadehghdam, M. (2008). Structural and capital determinants of health-oriented lifestyle, *Literature and Languages: Literature and Persian Language*, (63), 181-214. (In Persian)
- Giddens, A. (2008). *Sociology*. Translated by Hasan Chavoshian. Tehran. Publication: Ney.
- Goldblatt, P.; Siegrist, J.; Lundberg, O.; Marinetti, C.; Farrer, L. & Costongs, C. (2015). Improving health equity through action across the life course: summary of evidence and recommendations from the drivers project. Report produced as part of the ‘drivers for health equity’ project. <http://health-gradient.eu/Brussels>: EuroHealthNet
- Guttormsen, D. S. & Luring, J. (2018). Fringe voices in cross-cultural management research: silenced and neglected.
- Iwelunmor, J.; Newsome, V. & Airhihenbuwa, C. (2014). 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.* 19(1), 20-46.

- Khajanouri, B. & Kouchani Esfahani, M. (2016). Cultural capital and consumption of modern and traditional foods, *Iranian Social Science Studies*, 13(48), 52-65. (In Persian)
- King M, Marston L.; Mcmanus S. & Brugha T. (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry*, 20(2), 68-73.
- Kordzanganeh, J. (2012). Demographic social factors affecting health-oriented lifestyle: case study of the population aged 18 to 65 in Tehran, PhD thesis in Demography, School of Social Sciences, University of Tehran. (In Persian)
- Lewis-Fernández, R. & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*. 73(4), 271-95.
- Lins, L. & Carvalho, F.M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health.
- Lock, K. (2000). Health impact assessment. Doi: 10.1136/bmj.320.7246.1395
- Lucas, D. & Mir. P. (2005). An introduction to population studies, Translated by Hossein Mahmoudian, Tehran: University of Tehran.
- Mardiker, A. & Nazarifard, S. (2017). The role of schools in improving the physical and mental health of students, National Conference on Pathology of the country's educational system, Tabriz. (In Persian)
- 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.
- Mohammadi Farshbafian, M. & Lahijanian, A. (2018). The excellence pattern of health, safety and environment culture in project-oriented organizations using the EFQM model, case study: a contractor company. the 15th conference of modern researches in science and technology. (In Persian)
- Napier, AD.; Ancarno, C.; Butler B. & et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*. 384(9954), 1607-39.
- Nekounam, M.; Ahmadi, A. & Abbasicheri, R. (2015). Examining the effect of social capital (in-group and out-group) on students' mental health: case study: Students of Tabriz University. *Sociology of Youth Studies*, 5(17), 163-184. (In Persian)
- Nikzad, M. (2000). Principles of educational theories, Publication: Qaqnoos, first edition, Tehran. (In Persian)
- Parvizi, S.; Ahmadi, F. & Nikbakht Nasrabadi, A. (2005) From identity to health: theoretical explanation of the concept of health from the perspective of teenagers. *Medicine and Spritual Cultivation*. 14(4), 27-37. (In Persian)
- Pickett W.; Schmid H.; Boyce WF.; Simpson K.; Scheidt PC.; Mazur J. & et al. (2002). Multiple risk behavior and injury: an international

- analysis of young people. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 156(8), 786-93.
- Safa M. (2015). Culture, social structure and mental health (abstract of the 10th consecutive annual conference of the Scientific Association of Psychiatrists of Iran. (In Persian)
- Samet, A.; Tabibi SJ. & Navabakhsh M. (2018). Identifying factors affecting the development of cultural management in Islamic Azad University, Intercultural Studies Quarterly, 13(35), 105-133. (In Persian)
- Saraceno, C. (2008). Families, Ageing and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States. Cheltenham; Northampton, MA: Publishing: Edward Elgar, 336.
- Seyedahmadi, S.M. (2019). Factors affecting the mental health of school students and teachers. 3rd conference of psychological knowledge and technology, Educational Sciences And Sociology of Iran, Tehran. (In Persian)
- Soleimanabadi, S.; Soleimanabadi, F. & Ahmadi, Y. (2021). The effect of health literacy on self-care behaviors in patients with diabetes, 6th International Conference on Health, Treatment and Health Promotion. (In Persian)
- The LPH. Promoting planetary health through culture. (2018). The Lancet Planetary health.2(12):e509. The-art and good practice in the field of living labs, in IEEE International
- Wainwright, D. (2008). A Sociology of Health, London: Sage Publications.
- Wanser, M.; Longaker, C.; Johannes Fegg, M. & Domenico Borasio G. (2005). Effect of spiritual care training for palliative care professionals published. Palliative Medicine Doi: 10.1191/0269216305pm995oa
- WHO. (1986). The World Health Report 1998 -Life in the 21st Century: A Vision for All. http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf Accessed November 27, 2018.
- WHO. (2010). 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. (2018). 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.
- Zalawadia, T. L. (2017). Efficacy of gender and religious status on spiritual intelligence and psychological well-being of college students, The international of indian psychology, 4(3), 43-54.