

The Outlook of Health Promoting Mosques (HPM): A Review Study

Kazem Hosseinzadeh^{1*}, Hadi Fanayi Nematsara²

1- Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University Of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2- Department of Islamic Education, Faculty of Islamic Science and Research, International University of Imam Khomeini, Qazvin, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Kazem Hosseinzadeh; Email: khz@qums.ac.ir

Article Info

Received: Mar 11, 2016

Received in revised form:

May 22, 2017

Accepted: Jul 21, 2017

Available Online: Sep 6, 2017

Keywords:

Health promotion

Mosque

Religion

Abstract

Background and Objective: Numerous studies have indicated the essential role of religious places in the promotion of community health. Therefore, this study was conducted to examine the role of religious places in communities' health and to propose solutions for health promoting mosques.

Method: This review study is based on PRISMA flow diagram probing in databases such as PubMed and Science Direct. To do so, 20 articles published over recent ten years were investigated. Based on the purposes of the research, the required data were charted and then analyzed. In this study, the ethical issues were all considered and the authors declared no conflict of interest.

Results: As the Persian databases were searched, no articles in Persian related to health promoting mosques was found. All the articles found were in English conducted in Holland, the USA, Africa, Congo, and Kenya. The findings show that religious places and clergymen were vital in fostering will-rounded health. The common thread running through all these studies was promoting health, mainly done on spiritual health, cancer prevention, promulgating physical activities, individual and family health, organ donation, fostering social health, food health and nutrition, women and men's health, end-of-life spiritual care, chronic pains, healthy lifestyle, social capitals, and self-care.

Conclusion: Because of the differences in cultural and religious characteristics, it is essential to conduct a pilot study in Iran in order to design the regulations of health promoting mosques. In addition, establishing a collaborative committee between Ministry of Health and other organizations related to mosques can be fruitful.

Please cite this article as: Hosseinzadeh K, Fanayi Nematsara H. The Outlook of Health Promoting Mosques (HPM): A Review Study. J Res Relig Health. 2017; 3(4): 103- 116.

Summary

Background and Objectives: Health promotion means enabling people to control and manage determining factors in health. From this viewpoint, health is not something intended for the future; but rather, individuals are supposed to plan and move on every single moment of their lives based on the concept of health (1-3). According to World Health Organization (WHO), health has physical, mental, psychological, and emotional aspects which need to be

developed in a comprehensive way. Moreover, helping people get their highest level of health is not the responsibility of the health sector and related organizations only; but rather, forming coalitions and collaborative contributions can lead to reaching the ultimate goal of health. In addition, promoting health centers upon the following five procedures: society-based health policymaking, creating supporting environments, boosting society actions, development of individual skills and revision in supplying social services. In accordance with these procedures, heeding three enabling, mediating, and supporting factors is essential and significant (2, 4, & 5).

Given that and the role of health promotion planning in development of well-rounded health of societies, different health promoting proposals such as health promoting schools, health promoting religious places, and health promoting hospitals have been launched in different countries and societies, which has had considerable results (6&7).

The common goal of all these proposals has been considering different dimensions of health as well as creating hygienic behaviors related to a vast area of social, biological, and cultural factors called 'socio-ecologic model'. A good number of studies targeted to promoting health have been conducted outside the country.

For instance, Baruth et al (2011) studied the role of religious places in promoting health and hygiene. They examined the the relationship between the perceived contextual support in religious places and healthy diet as well as using vegetables and other behaviors related to using fat and fibre. It was concluded in this study that physical and social supports of religious places were significant factors in dietary behaviors, requiring more research on this area (8). Although Baruth et al (2011) did not discuss the main components of heal promotion in religious places, the role of religious places has been highlighted as a grteat opportunity to teach health.

Method: This review study set out to investigate the international patterns of health promoting religious places and to suggest suitable procedures in order to develop a comprehensive plan for health promoting mosques in Iran. To achieve this goal, based on PRISMA flow diagram and by searching in databases such as PubMed and Science Direct, 20 articles published over recent ten years were investigated. Based on the purposes of the research, the required data were charted and then analyzed.

Inclusion criteria for the articles were: the year of publication needed to within the last ten years and the full paper had to be accessible.

Results: The Persian databases were searched and no articles in Persian related to health promoting mosques was found. All the articles found were in English conducted in Holland, the USA, Africa, Congo, and Kenya. The findings show that religious places and clergymen were vital in fostering will-rounded health. Most of these studies had been conducted in urban areas and two of them had been carried out on rural population. The common thread running through all these studies was promoting health, mainly done on spiritual health, cancer prevention, promulgating physical activities, individual and family health, organ donation, fostering social health, food health and nutrition, women and men's health, end-of-life spiritual care, chronic pains, healthy lifestyle, social capitals, and self-care.

Conclusion: In all of these studies, the roles of religious places and clergymen in overarching promotion of health have been emphasized while these two roles are more significant in Iranian's lives compared to other countries studied. However, research

on Mosques in Iran has mostly dealt with the sanitary aspects of the mosque environment.

Since the official religion in Iran is Ja'fari jurisprudence (Twelvers) Shia, mosques and religious places are attached significant importance. Approximately 80'000 mosques have been registered in Iran. In these mosques, a wide range of religious ceremonies, Aids, Mournings, and E'tekaaf are held, which are attended by a large number of people. This offers a great opportunity to foster health given the large number of mosques in Iran and also the large populations in them. It is also worth noting that in Iran the effects of the clergymen's preach on hygienic changes will be more considerable.

Since there are differences between Iran and other countries in terms of cultural and religious characteristics, it seems essential to conduct a pilot study in Iran in order to design the regulations of health promoting mosques. Moreover, establishing a collaborative committee between Ministry of Health and other organizations related to mosques can be fruitful.

References

1. Bowie JV, Parker LJ, Beadle-Holder M, Ezema A, Bruce MA, Thorpe RJ Jr. The Influence of Religious Attendance on Smoking Among Black Men. *Subst Use Misuse*. 2016 :1-6. doi: 10. 1080/ 10826084. 2016. 1245342.
2. Hosseinzadeh K. The necessity to revision in the concept and scopes of health according to Islam perspective. *J Res Relig Health*. 2017; 3(2): 1- 7.
3. Darviri C, Artemiadis A, Tigani X, Darvyri P, Gnardellis C. Religiosity as a predictor of mortality: A retrospective cohort study in 1519 rural citizens in Greece. *Psychol Health*. 2016; 31(9): 1080-90. doi: 10. 1080/08870446.2016.1178744.
4. Wesevich A, Chipungu J, Mwale M, Bosomprah S, Chilengi R. Health Promotion Through Existing Community Structures: A Case of Churches' Roles in Promoting Rotavirus Vaccination in Rural Zambia. *J Prim Care Community Health*. 2016; 7(2): 81-7. doi: 10.1177/2150131915622379. Epub 2016 Jan 20.
5. Hosseinzadeh K, Niknami S, Hidarnia A. Schooling fever threats schoolchildren's physical activity; a qualitative study in Iranian families. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*. 2015 ; 5 (S3):622-629. Available at www.cibtech.org/sp.ed/jls/2015/03/jls.htm
6. Lumpkins CY, Vanchy P, Baker TA, Daley C, Ndikum-Moffer F, Greiner KA. Marketing a Healthy Mind, Body, and Soul: An Analysis of How African American Men View the Church as a Social Marketer and Health Promoter of Colorectal Cancer Risk and Prevention. *Health Educ Behav*. 2016; 43(4): 452-60. doi: 10.1177/1090198115604615.

7. Johnson CM, Rostila M, Svensson AC, Engström K. The role of social capital in explaining mental health inequalities between immigrants and Swedish-born: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017; 17(1): 117. doi: 10.1186/s12889-016-3955-3.

8. Baruth M, Wilcox S, Condrasky MD. Perceived Environmental Church Support Is Associated with Dietary Practices among African-American Adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 2011; 111(6): 889-893.

نظرة الى مساجد المعززة للصحة: دراسة استعراضية

كاظم حسين زاده^{١*}، هادي فنايي نعمت سرا^٢

١- قسم التمريض، كلية التمريض والامومة، جامعة قزوین للعلوم الطبية، قزوین، ایران.

٢- قسم المعارف الإسلامية، كلية العلوم والبحوث الإسلامية، جامعة الامام الخميني العالمية، قزوین، ایران.

* المراسلات موجهة إلى السيد كاظم حسين زاده؛ البريد الإلكتروني: khz@qums.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١١ Mar، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: ٢٢ May، ٢٠١٧

القبول: ٢١ Jul، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: ٦ Sep، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

تعزيز الصحة

الدين

المسجد

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: أظهرت العديد من الدراسات أن الأماكن الدينية يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تعزيز صحة المجتمع. لذلك، تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة دور الأماكن الدينية في تعزيز صحة المجتمع واقتراح نهج تجريبي لإعداد مدونة شاملة للمساجد المعززة للصحة.

منهجية البحث: وتستند هذه الدراسة الاستعراضية على الرسم البياني بريزما (prisma) والبحث العلمي في قواعد البيانات مثل بيمد (PubMed) وساينس دايركت (Science Direct). تمت دراسة ٢٠ بحث علمي يتعلق بالسنوات العشر الأخيرة، وتم إدخال جميع المعلومات اللازمة وتحليلها وفقاً لأهداف البحث في جدول مناسب. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا إلى تضارب المصالح.

الكشوفات: من خلال البحث في قواعد البيانات الفارسية والفارسية، لم يتم العثور على بحوث باللغة عن المساجد المعززة للصحة. وكانت جميع الدراسات التي تم العثور عليها باللغة الإنجليزية والتي أجريت في هولندا وأمريكا وأفريقيا وكينيا والكونغو. واستناداً إلى نتائج هذه الدراسات، لعبت الأماكن الدينية ورجال الدين دوراً هاماً في تعزيز جميع جوانب الصحة. وكان التركيز الرئيسي لجميع هذه الدراسات، تعزيز الصحة في جميع مجالاتها: تنمية الصحة المعنوية، والوقاية من جميع أنواع السرطان، وتعزيز النشاط البدني وممارسة الرياضة، والنظافة الشخصية، وصحة الأسرة، والتبرع بالأعضاء، وتعزيز الصحة الاجتماعية، وصحة التغذية والمواد الغذائية، وصحة الرجال والنساء، والرعاية الروحية للمرضى الذين على فراش الموت، والأمراض المزمنة، وأنماط الحياة الصحية ورأس المال الاجتماعي، والرعاية الذاتية.

النتيجة: من أجل تصميم مدونة المساجد المعززة للصحة، من الضروري إجراء دراسة تجريبية، لأن ما تم تفسيره من المواقع الدينية في الدراسات الأجنبية يختلف عن ما في بلدنا من حيث المحتوى الثقافي والاعتقادي. ومن ناحية أخرى، فإن إنشاء لجنة مشتركة بين وزارة الصحة والمؤسسات الأخرى ذات الصلة بالمساجد يمكن أن يجدي نفعاً كبيراً.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Hosseinzadeh K, Fanayi Nematsara H. The Outlook of Health Promoting Mosques (HPM): A Review Study. J Res Relig Health. 2017; 3(4): 103-116.

چشم‌اندازی بر مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت: مطالعه‌ی مروری

کاظم حسین‌زاده^{۱*}، هادی فنایی نعمت‌سرا^۲

۱- گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

۲- گروه معارف اسلامی، دانشکده‌ی علوم و تحقیقات اسلامی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای کاظم حسین‌زاده؛ پست الکترونیک: khz@qums.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۱ اسفند ۹۵

دریافت متن نهایی: ۱ خرداد ۹۶

پذیرش: ۳۰ تیر ۹۶

نشر الکترونیکی: ۱۵ شهریور ۹۶

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش‌های متعدد نشان داده که اماکن مذهبی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته باشد. از این رو، پژوهش حاضر به بررسی نقش اماکن مذهبی در ارتقای سلامت جامعه و پیشنهاد راهکار آزمایشی برای تدوین نظام‌نامه‌ی جامع مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت پرداخته است.

روش کار: این پژوهش مروری بر اساس دیاگرام پریزما و با جستجوی علمی در پایگاه‌های اطلاعاتی مانند پابمد و ساینس دایرکت صورت گرفته است. بدین صورت که تعداد ۲۰ مقاله‌ی علمی مربوط به ده سال اخیر بررسی شد و همه‌ی اطلاعات مورد نیاز بر اساس اهداف پژوهشی در جدول مناسبی وارد و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

واژگان کلیدی:

ارتقای سلامت

دین

مسجد

یافته‌ها: با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی، پژوهشی مرتبط با مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت به زبان فارسی یافت نشد. همه‌ی مطالعات یافت شده به زبان انگلیسی بود که در کشورهای هلند، آمریکا، آفریقا، کنیا و کنگو صورت گرفته بود. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده در این مطالعات، اماکن مذهبی و روحانیون نقش مهمی در اعتلای همه‌جانبه‌ی سلامت داشتند. محور اصلی همه‌ی این مطالعات ارتقای سلامت بود که در شاخه‌های مختلفی از جمله توسعه‌ی سلامت معنوی، پیشگیری از انواع سرطان‌ها، ترویج فعالیت بدنی و ورزش، بهداشت فردی، سلامت خانواده، اهدای عضو، ارتقای سلامت اجتماعی، بهداشت تغذیه و مواد غذایی، سلامت مردان و زنان، مراقبت معنوی از بیماران در حال مرگ، بیماری‌های مزمن، سبک زندگی سالم، سرمایه‌های اجتماعی و خودمراقبتی انجام شده بود.

نتیجه‌گیری: به‌منظور طراحی نظام‌نامه‌ی مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت، انجام مطالعه‌ی مقدماتی (پایلوت) ضروری است؛ زیرا آنچه در مطالعات خارجی از آن به اماکن مذهبی تعبیر شده، از نظر محتوای فرهنگی و اعتقادی با کشور ما متفاوت است. از سویی دیگر ایجاد کمیته‌ی مشترک بین وزارت بهداشت و دیگر نهادهای مرتبط با مساجد نیز می‌تواند بسیار راهگشا باشد.

مقدمه

ارتقای سلامت^۱ به معنی فرآیند توانمندسازی مردم برای کنترل و مدیریت عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامتی است. از این نظر، سلامتی چیزی نیست که مردم در صدد باشند تا بعدها به آن دست یابند، بلکه باید لحظه لحظه‌ی زندگی خود را بر اساس مفهوم سلامت برنامه‌ریزی کنند و به پیش روند (۱) - (۳). بر اساس تعریف سازمان سلامت جهانی^۲، سلامتی دارای ابعاد متعدد جسمی، روحی، روانی و عاطفی است و همواره بر توسعه‌ی همه‌جانبه‌ی آن نیز تأکید شده است. همچنین، رساندن مردم به بالاترین سطح سلامتی، فقط بر عهده‌ی سازمان‌ها و بخش‌های سلامت جامعه نیست، بلکه باید با ایجاد ائتلاف و توسعه‌ی مشارکت بین‌بخشی^۳ به هدف متعالی سلامت دست پیدا کرد. از سویی دیگر ارتقای سلامت بر پنج راهکار عمده‌ی ذیل متمرکز است: سیاست‌گذاری سلامت مبتنی بر جامعه^۴، ایجاد محیط‌های حمایتی، تقویت اقدامات جامعه، توسعه‌ی مهارت‌های فردی و بازنگری در خدمت‌رسانی سلامت؛ در جهت این راهکارها، توجه به سه دسته از عوامل قادرساز، میانجی‌گر؛ و حمایت‌گر بسیار مهم و اساسی است (۲) - (۵).

بر این اساس و با توجه به نقشی که برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در توسعه‌ی همه‌جانبه‌ی سلامت جوامع دارد، طرح‌های متنوعی از ارتقای سلامت مانند مدارس ارتقادهنده‌ی سلامت، اماکن مذهبی ارتقادهنده‌ی سلامت و بیمارستان‌های ارتقادهنده‌ی سلامت در کشورها و جوامع مختلف راه‌اندازی شده که نتایج شگرفی در ارتقای سلامت داشته است (۶ و ۷). هدف مشترک همه‌ی این طرح‌ها، توجه به ابعاد سلامت و ایجاد رفتار بهداشتی در زمینه‌ی وسیع از عوامل اجتماعی، زیستی و فرهنگی است که در اصطلاح به آن الگوی اجتماعی - زیست بومی^۵ گفته می‌شود. این طرح‌ها به‌طور عمده بر اساس همان پنج راهکار اصلی ارتقای سلامت بنا شده است و مطالعات پژوهشگر نشان می‌دهد که این روند همچنان در حال توسعه و افزایش در کشورها است.

مطالعات مشابه متعددی در این حوزه و با محوریت ارتقای سلامت در خارج از کشور صورت گرفته است که در ذیل به آنها اشاره می‌شود.

باروث^۶ و همکارانش در سال ۲۰۱۱ به مطالعه‌ی در زمینه‌ی نقش اماکن مذهبی در ارتقای سلامت و بهداشت مردم پرداختند. بررسی ارتباط بین حمایت محیطی درک‌شده در اماکن مذهبی^۷ با تغذیه‌ی سالم و مصرف سبزیجات و دیگر رفتارهای مرتبط با مصرف چربی و فیبر از اهداف مطالعه‌ی آنان بود. بدین منظور، آنان طی مطالعه‌ی مقطعی پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی وضعیت تغذیه و نیز حمایت محیطی اماکن مذهبی را در اختیار نمونه‌ی پژوهشی قرار دادند و قبل از مداخله اطلاعات مورد نظر را جمع‌آوری کردند. در این پژوهش حجم نمونه‌ی ۱۱۳۵ نفری به‌صورت خوشه‌ی تصادفی از ۴ منطقه در کارولینای شمالی انتخاب شد و ارتباط بین جنسیت، مصرف میوه و سبزی، حمایت اماکن مذهبی و رفتار تغذیه‌ی در آنان بررسی شد. در این مطالعه حمایت اماکن مذهبی در ساختارهایی مانند حمایت تام^۸، اطلاعات نوشتاری^۹، اطلاعات شفاهی^{۱۰} و همچنین حمایت ابزاری^{۱۱} و ارتباط هرکدام از آنها با شاخص‌های تغذیه جداگانه بررسی شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داده که بین افزایش مصرف میوه و سبزی و بهبود شرایط تغذیه‌ی سالم با سه ساختار حمایت تام، نوشتاری و نیز شفاهی ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ در مقابل میزان حمایت تام و نوشتاری فقط با رفتارهای کنترل مصرف چربی ارتباط داشت. علاوه‌براین، حمایت ابزاری اماکن مذهبی نیز با مصرف میوه و سبزی ارتباط معنی‌داری داشت. باوجوداین، از نظر جنسیت هیچ تفاوت معنی‌داری بین ساختارها وجود نداشت. بر این اساس باروث نتیجه می‌گیرد که حمایت‌های فیزیکی و اجتماعی اماکن مذهبی عامل مهم مؤثر بر رفتارهای تغذیه‌ی است و بر ضرورت تحقیقات بیشتر در این زمینه تأکید می‌کند (۸). هرچند در پژوهش باروث به اجزای اصلی برنامه‌ی ارتقای سلامت اماکن مذهبی اشاره‌ی نشده، ولی نقش اماکن مذهبی را به‌صورت فرصتی مناسب برای آموزش سلامت برجسته کرده

⁶ Baruth Meghan⁷ perceived environmental church support⁸ total church support⁹ written informational church support¹⁰ spoken informational church support¹¹ instrumental church support¹ health promotion² world health organization³ inter-sectoral participation⁴ build healthy public policy⁵ socio-ecologic model

است.

سالیوان^۱ و همکارانش بر نقش اماکن مذهبی در رفتارهای بهداشتی مردم به‌ویژه سالمندان تأکید می‌کنند و اشاره دارند که اماکن مذهبی نقش مهمی در سلامت معنوی و اجتماعی مردم دارد. آنان طی پژوهشی در آمریکای شمالی به بررسی عوامل مؤثر در پوشش ایمن‌سازی فصلی افراد سالمندی که به اماکن مذهبی می‌رفتند، پرداختند. مطالعه‌ی آنان به‌صورت مقطعی و روی ۲۰۸ نفر صورت گرفت که ۴۵ درصد آنان در برابر آنفلوانزا واکسینه شده بودند. عرضه‌ی خدمات آموزش سلامت در اماکن مذهبی توانست میزان پوشش ایمن‌سازی را به‌طور قابل ملاحظه‌ی افزایش دهد (۷). در این مطالعه نیز بر نقش اماکن مذهبی فقط به‌صورت فرصتی برای خدمت‌رسانی بهداشتی تأکید شده، ولی به اجزای ارتقای سلامت در اماکن مذهبی اشاره‌ی نشده است (۹).

نقش اماکن مذهبی در ارتقای سلامت به‌طور برجسته در پژوهش زیولک^۲ بیان شده است. زیولک در مطالعه‌ی خود به‌منظور پی‌ریزی اصول مرتبط با اماکن مذهبی ارتقادهنده‌ی سلامت، موارد ذیل را متذکر می‌شود؛ سلامت معنوی، بهداشت سالمندی، تغذیه، بهداشت زنان، فعالیت بدنی، خواب و استراحت و سبک زندگی سالم (۱۰). وی در مطالعه‌ی خود اصولی را مطرح می‌کند که در توسعه‌ی سبک زندگی سالم بسیار مهم است و تأکید می‌کند که اجتماع اماکن مذهبی فرصت مناسبی برای توسعه و ارتقای سلامت جامعه است.

کارولین^۳ و همکاران نیز درباره‌ی نقش اماکن مذهبی در ارتقای سلامت، مطالعه‌ی کارآزمایی تصادفی انجام دادند. هدف آنان این بود که نقش اماکن مذهبی را در برنامه‌های بهداشتی با محوریت بازاریابی اجتماعی در آموزش‌های جامع سالمندان بالای ۶۰ سال به‌منظور مشارکت آنان در پیشگیری از بیماری نشان دهند. بدین منظور، آنان در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ تعداد ۵۱ مکان مذهبی (با ۷۱۰۱ عضو بالای ۶۰ سال) را به‌طور تصادفی در دو گروه الف (بدون مداخله؛ در ۲۵ مکان مذهبی) و ب (مداخله بر اساس الگوی بازاریابی اجتماعی؛ در ۲۶ مکان مذهبی) قرار دادند. متولیان اماکن مذهبی و بهداشت‌کاران این برنامه‌ی مداخله‌ی را به‌صورت صحبت چهره به چهره، استفاده از مواد آموزشی و نیز در قالب محتوای گفتاری کشیش برای گروه مداخله اجرا کردند. نتایج مداخله در گروه آزمون با گروه شاهد در ضمن آزمون‌های

غیرپارامتری^۴ مقایسه و مشخص شد که میانگین رفتارهای پیشگیرانه در گروه مداخله بسیار بیشتر از گروه شاهد بوده است. از طرفی دیگر، مداخله‌ی آموزشی در اماکن مذهبی روی همه‌ی جنبه‌های پیشگیری از بیماری و سبک زندگی اثر مثبت گذاشته بود. بر همین اساس کارولین و همکارانش تأکید می‌کنند که اماکن مذهبی نقش مهمی در انتشار پیام‌های بهداشتی و نیز ارتقای رفتارهای سالم و بهداشتی دارد (۱۱).

وینت^۵ و همکاران نیز بر اساس نظریه‌ی شناخت اجتماعی باندورا^۶ به‌منظور تدوین برنامه‌ی ارتقای سلامت رفتاری در اماکن مذهبی مطالعه‌ی انجام دادند. آنان در بررسی‌های جمعیت‌شناختی خود دریافتند که عواملی مانند مصرف دخانیات و الکل، سبک زندگی غیرفعال و نیز رژیم غذایی نامناسب از عوامل مهم ابتلا و مرگ زودرس در جوامع است. بر این اساس آنان گروه‌های پرخطر موجود در جامعه را شناسایی کردند و سپس بر اساس نظریه‌ی شناخت اجتماعی به تدوین برنامه‌ی مناسب با محوریت اماکن مذهبی به‌منظور کاستن از خطرهای رفتارهای غیربهداشتی آنان اقدام کردند. این دو تمامی برنامه‌های مداخله‌ی خود را در قالب اماکن مذهبی و دیگر گروه‌های کوچک مذهبی معرفی کردند. وینت در مطالعه‌ی خود به نقش مهم اماکن مذهبی در ارتقای همه‌جانبه‌ی سلامت اجتماعی به‌ویژه در گروه‌های پرخطر تأکید می‌کند (۱۲).

مطالعات متعدد دیگری در این حوزه در خارج از کشور انجام شده است که همگی به‌طور کلی بر نقش مهم برنامه‌ریزی مبتنی بر اماکن مذهبی در ارتقای همه‌جانبه‌ی سطح سلامت تأکید دارد (۱۳ - ۱۹). پژوهشگر در جستجوهای علمی خود به مطالعه‌ی درباره‌ی طراحی مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت در ایران و نیز دیگر کشورهای اسلامی برخورد نکرده است. در واقع می‌توان گفت بر اساس یافته‌های حاصل از جستجوهای علمی، هنوز در کشور ما و دیگر کشورهای اسلامی از اجتماع بزرگ مسجد به‌صورت فرصتی برای ارتقای همه‌جانبه‌ی سلامت استفاده نشده است. با این حال نگاهی اجمالی به مطالعات وسیعی که در حوزه‌ی ارتقای سلامت در اماکن مذهبی در خارج از ایران انجام شده، ضرورت انجام طرح مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت را مشخص می‌کند. این مطالعه‌ی مروری کوشیده است تا راهکاری مناسب برای توسعه‌ی مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت پیشنهاد دهد. معرفی این طرح و

^۴ Non parametric tests

^۵ Winnet

^۶ social cognitive theory of Banduea

^۱ sullivan

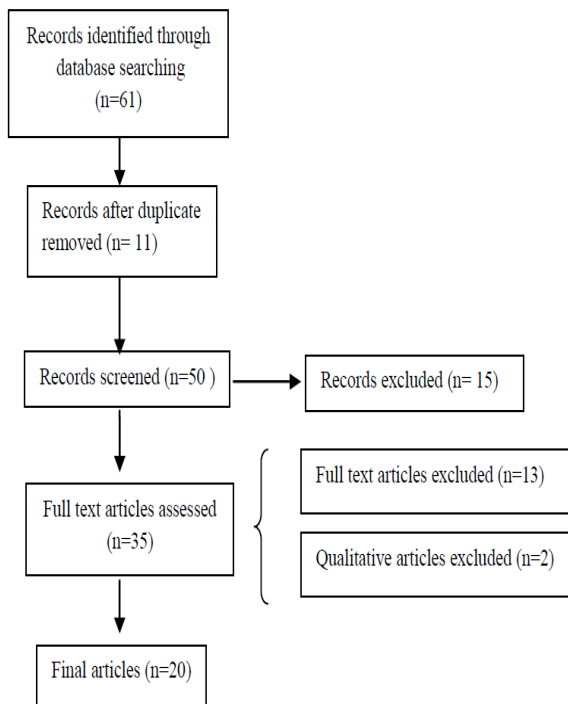
^۲ Chase-Ziolek, M.

^۳ Carolyn

اجرای آزمایشی آن می‌تواند به‌طور چشمگیری در ارتقای همه‌جانبه‌ی سلامت در کشور مؤثر باشد و الگویی نوین از نقش‌ی‌بدیل مساجد در کشورهای اسلامی به‌دست دهد.

روش کار

این پژوهش از نوع مروری است که با هدف بررسی الگوهای جهانی اماکن مذهبی ارتقادهنده‌ی سلامت و همچنین پیشنهاد راهکار مناسب به‌منظور تدوین برنامه‌ی جامع مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت در کشور انجام شده است. جستجوی علمی با کلیدواژه‌ی «مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت» در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان نتیجه‌ی در بر نداشت. جستجوی علمی در پایگاه‌های اطلاعاتی پابمد^۱ و ساینس دایرکت^۲ با کلیدواژه‌های ترکیبی Health, Promotion, Spiritual, Mosque, Religion, Church و صورت گرفت که در مرحله‌ی نخست، در مجموع ۶۱ مقاله‌ی علمی (۲۳ مقاله از پابمد و بقیه از ساینس دایرکت) به‌دست آمد. ویژگی‌های ورودی برای انتخاب مقالات مناسب شامل موارد ذیل بود: زمان انجام مطالعه مربوط به ده سال اخیر باشد و همچنین امکان دسترسی مقالات به‌صورت متن کامل وجود داشته باشد. ابتدا تمامی مقالات استخراج شده بر اساس الگوی پریزما^۳ بررسی شد. در مرحله‌ی بعد با بررسی عنوان مقالات و مرور سریع خلاصه‌ی آنها تعداد ۴۱ مقاله به‌دلیل همسو نبودن با هدف پژوهش حاضر از روند بررسی کنار گذاشته شد و تعداد ۲۰ مقاله که به‌طور جامع‌تری به بیان مسئله و تبیین راه‌حل‌های مرتبط با آن پرداخته بود، انتخاب شد. روند انتخاب مقالات مورد نظر در نمودار شماره‌ی ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱. دیاگرام پریزما به‌کار رفته در این مطالعه

برای بررسی هر یک از این مقالات، جدولی مناسب شامل اطلاعاتی چون عنوان مطالعه، نویسندگان، زمان و مکان انجام مطالعه و همچنین اهداف برنامه‌ی ارتقای سلامت تهیه شد؛ و اطلاعات حاصل از بررسی هر مقاله به‌طور جداگانه در آن وارد شد (جدول شماره‌ی ۱). دیگر اطلاعات حاصل از بررسی مقالات مانند یافته‌ها و پیشنهادها پس از حذف هم‌پوشانی‌ها به‌صورت فایل متنی تهیه شد.

^۱ PubMed

^۲ Science Direct

^۳ PRISMA

جدول ۱. ویژگی‌های مقالات بررسی شده در این مطالعه

ردیف	عنوان مقاله	نویسندگان	زمان و مکان مطالعه	اهداف برنامه‌ی ارتقای سلامت
۱	Fe en Accion/Faith in Action: Design and implementation of a church-based randomized trial to promote physical activity and cancer screening among churchgoing Latinas (20)	Elva M. Arredondo, Jessica Haughton, Guadalupe X. Ayala, et al.	San Diego, USA 2015	۱- برنامه‌ی کاهش سرطان در زنان ۲- برنامه‌ی ترویج فعالیت بدنی و ورزش
۲	A Multi-Level Approach for Promoting HIV Testing Within African American Church Settings (21)	Jennifer M. Stewart	Africa, 2015	۱- برنامه‌ی آموزش پیشگیری از ایدز ۲- برنامه‌ی سلامت خانواده
۳	Attitudes of Members of the Baptist Church Toward Organ Transplantation (22)	Kobus G, Piotrowska J, Malyszko J, Bachorzewska-Gajewska H, Malyszko J.	Poland, 2014	۱- بررسی آگاهی و اعتقاد مردم نسبت به اهدای عضو ۲- برنامه‌ریزی برای افزایش مشارکت مردم در اهدای عضو
۴	Understanding Women's Health Promotion and the Rural Church (23)	Robyn Plunkett, Beverly Leipert, Joanne K. Olson, and Susan L. Ray	Ontario, 2014	۱- ارتقای سلامت زنان روستایی ۲- ارتقای فعالیت بدنی و ورزش ۳- ارتقای سلامت روحی و معنوی
۵	Women's Health Promotion in the Rural Church: A Canadian Perspective (24)	Plunkett R, Leipert BD.	Canada, 2013	۱- ارتقای فعالیت بدنی و ورزش ۲- ارتقای سلامت اجتماعی ۳- ارتقای سلامت معنوی و مذهبی ۴- ارتقای سلامت روان
۶	Perceived environmental church support is associated with dietary practices among African-American adults (8)	Baruth M, Wilcox S, Condrasky MD.	South Carolina, 2011	۱- آموزش عمومی تغذیه‌ی سالم ۲- آموزش مصرف میوه و سبزی ۳- آموزش در زمینه‌ی مصرف چربی و فیبر
۷	A church-based intervention to promote informed decision making for prostate cancer screening among African American men (25)	Drake BF, Shelton RC, Gilligan T, Allen JD.	USA, 2010	۱- ارتقای سلامت مردان ۲- آموزش در زمینه‌ی سرطان پروستات ۳- برنامه‌ی غربالگری سرطان پروستات
۸	Feasibility and efficacy of a church-based intervention to promote physical activity in children (26)	Trost SG, Tang R, Loprinzi PD.	Kansas, USA, 2009	۱- ارتقای سلامت بدنی کودکان ۲- تقویت ارتباط فرزند با خانواده ۳- ترویج فعالیت بدنی و ورزش خانوادگی
۹	Utility of a congregational health assessment to identify and direct health promotion opportunities in churches (16)	Melicia C. Whitt-Glover, Amber T. Porter, Michelle M. Yore, Jamehl L. Demons	USA, 2014	۱- ترویج فعالیت بدنی و ورزش ۲- برنامه‌های کاهش وزن و تناسب اندام ۳- آموزش تغذیه‌ی سالم ۴- بررسی و ترویج سبک زندگی سالم
۱۰	A church-based intervention for families to promote mental health and prevent HIV among adolescents in rural Kenya: Results of a randomized trial (27)	Puffer ES, Green EP, Sikkema KJ, Broverman SA, Ogwang-Odhiambo RA, Pian J	Kenya, 2016	۱- توسعه‌ی روابط خانوادگی ۲- آموزش پیشگیری از ایدز و بیماری‌های مقاربتی ۳- ارتقای سلامت معنوی و روانی
۱۱	Church-Based Health Promotion Focused on Advance Care Planning and End-of-Life Care at Black Baptist Churches: A Cross-Sectional Survey (28)	Hendricks Sloan D, Peters T, Johnson KS, Bowie JV, Ting Y, Aslakson R	USA, 2015	برنامه‌ی مراقبت از بیماران در حال احتضار با تأکید بر مراقبت معنوی و

روحی				
۱- بررسی مفهوم سلامت روان ۲- بررسی نگرش و باور مردم در زمینه‌ی افسردگی و غم ۳- پیشنهاد راهکارهای مناسب توسعه‌ی سلامت روان	Michigan, USA, 2016	Wharton T, Watkins DC, Mitchell J, Kales H	Older, Church-Going African Americans' Attitudes and Expectations About Formal Depression Care (29)	۱۲
۱- آموزش بهداشت جنسی و زناشویی ۲- بررسی و اصلاح باورهای غلط رایج نسبت به سلامت و بهداشت جنسی	Baltimore City, 2017	Powell TW, Weeks FH, Illangasekare S, Rice E, Wilson J, Hickman D, Blum RW	Facilitators and Barriers to Implementing Church-Based Adolescent Sexual Health Programs in Baltimore City (30)	۱۳
۱- بهداشت جنسی زنان ۲- پیشگیری از سرطان‌های زنان ۳- برنامه‌ی غربالگری و بیماریابی	USA, 2016	Maness SB, Reitzel LR, Watkins KL, McNeill LH	HPV Awareness, Knowledge and Vaccination Attitudes among Church-going African-American Women (31)	۱۴
۱- بررسی شیوع دیابت ۲- بررسی شیوع فشارخون ۳- بررسی رابطه‌ی بین فشار خون، دیابت، سبک زندگی و متغیرهای دیگر	Congo, 2016	Houser N, Baiden P, Fuller-Thomson E	Diabetes and Hypertension in Congolese Church Personnel: An Emerging Epidemic? (32)	۱۵
۱- بررسی فشار خون ۲- بررسی دیابت ۳- بررسی سرطان‌های معده، روده، پروستات و پستان و رابطه‌ی آنها با سبک زندگی و عواملی مانند استعمال دخانیات و وضعیت تأهل	Kansas, 2016	Moore EW, Berkley-Patton JY, Berman M, Burleson C, Judah A	Physical Health Screening Among African-American Church and Community Members (33)	۱۶
برنامه‌های ارتقای سلامت قلبی - عروقی	USA, 2015	Schoenthaler A, Lancaster K, Midberry S, Nulty M, Ige E, Palfrey A, et al.	The FAITH Trial: Baseline Characteristics of a Church-based Trial to Improve Blood Pressure Control in Blacks (34)	۱۷
۱- بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ۲- بررسی سرمایه‌های اجتماعی ۳- بررسی نقش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سرمایه‌های اجتماعی در توسعه و ارتقای سلامت جامعه‌ی روستایی	USA, 2016	Plunkett R, Leipert B, Olson J	Exploring the Influence of Social Determinants, Social Capital, and Health Expertise on Health and the Rural Church (35)	۱۸
۱- ارتقای سلامت در افراد دیابتی ۲- آموزش خودمراقبتی در افراد دیابتی	Chicago, 2015	Baig AA, Benitez A, Locklin CA, Gao Y, Lee SM, Quinn MT	Picture Good Health: A Church-Based Self-Management Intervention Among Latino Adults with Diabetes (36)	۱۹
۱- بررسی رابطه‌ی بین احساس تنهایی و سطح سلامت ۲- ارتقای سلامت روحی - روانی	USA, 2014	Fisher FD, Reitzel LR, Nguyen N, Savoy EJ, Advani PS, Cuevas AG	Loneliness and self-rated health among church-attending African Americans (37)	۲۰

از مجموع ۲۰ مقاله‌ی بررسی شده، شش مقاله مربوط به سال ۲۰۱۶، پنج مقاله مربوط به سال ۲۰۱۵ و چهار مقاله مربوط به سال ۲۰۱۴ بود. برای هر یک از سال‌های ۲۰۰۹، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۷ نیز یک مقاله به‌دست آمد. این مطالعات در کشورهای هلند، آمریکا، کنگو، آفریقای شمالی و کنیا صورت

یادآوری این نکته لازم است که طی اجرای پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است.

یافته‌ها

مطالعات سطح بهداشت محیط را در مساجد بررسی شده در حد مطلوبی گزارش نکرده است (۳۹، ۴۰ و ۴۱).

از آنجایی که مذهب رسمی در ایران شیعه‌ی جعفری اثنی‌عشری است، مساجد و اماکن مذهبی جایگاه ویژه‌ی در زندگی مردم دارد. در ایران نزدیک به ۸۰ هزار مسجد ثبت شده است که برنامه‌های متنوع مذهبی، اعیاد، میلاد، سوگواری و اعتکاف در آنها برگزار می‌شود و اقشار مختلف و وسیعی از مردم در این مراسم شرکت می‌کنند. طرح‌های ویژه‌ی مانند طرح آرامش بهاری با محوریت سلامت معنوی، در اماکن مذهبی و مساجد برگزار می‌شود. مردم علاوه بر نمازهای روزانه، در ماه‌های محرم، صفر، رمضان و شعبان به‌طور ویژه مراسم اعتلای سلامت معنوی را برگزار می‌کنند. امروزه کانون‌های مساجد، که مراکز مهمی برای توسعه و ارتقای سلامت معنوی محسوب می‌شود، با نظارت روحانیون مشغول به فعالیت است و می‌توان از این فرصت برای اعتلای همه‌جانبه‌ی سلامت استفاده کرد و به ایجاد و توسعه‌ی رفتارهای سلامت‌محور در آنها پرداخت. از سوی دیگر همه‌ی برنامه‌های ارتقای سلامت که در مساجد برگزار می‌شود، به خانواده‌ها نیز انتقال خواهد یافت.

با این حال، هنوز برنامه‌ی ارتقای همه‌جانبه‌ی سلامت، با محوریت مساجد در ایران تدوین نشده است. این در حالی است که فراوانی مساجد در ایران و نیز انبوهی جمعیت حاضر در آن، فرصت مغتنمی برای توسعه‌ی سلامت است. این نکته را هم مد نظر داشته باشیم که در ایران تأثیر کلام روحانیون در تغییر رفتار بهداشتی مردم بسیار چشمگیرتر خواهد بود.

برای طراحی نظام‌نامه‌ی مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت، انجام مطالعه‌ی مقدماتی (پایلوت)^۱ ضروری است. زیرا آنچه در مطالعات خارجی اماکن مذهبی تعریف شده، از نظر محتوای فرهنگی و اعتقادی با فرهنگ و باورهای کشور ما متفاوت است. از سویی دیگر ایجاد کمیته‌ی مشترک بین وزارت بهداشت و دیگر نهادهای مرتبط با مساجد نیز می‌تواند بسیار راهگشا باشد. پژوهشگر با توجه به مطالعه‌ی اولیه‌ی که انجام داده است، طراحی نظام‌نامه‌ی جامع مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت را با توجه به شرایط مساجد در ایران در چهار مرحله‌ی ذیل پیشنهاد می‌کند:

مرحله‌ی اول: جمع‌آوری پیشینه‌ی مطالعاتی مرتبط با حوزه‌ی ارتقای سلامت، دین و مذهب در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی و مصاحبه با کارشناسان دین و سلامت؛

مرحله‌ی دوم: تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مرتبط با سبک

گرفته بود و در آن حضور مردم در اماکن دینی و مذهبی فرصتی برای خدمات‌رسانی سلامت دانسته شده بود. جمعیت بررسی شده در این مطالعات همگی از گروه‌هایی بودند که به‌گونه‌ی با اماکن و مراکز مذهبی و دینی و نیز روحانیون در ارتباط بودند. بیشتر این مطالعات در جمعیت شهری صورت گرفته بود و دو مطالعه نیز مربوط به جمعیت روستایی بود. محور اصلی همه‌ی این مطالعات ارتقای سلامت است که در شاخه‌های مختلفی مانند توسعه‌ی سلامت معنوی، پیشگیری از انواع سرطان‌ها (ازجمله سرطان‌های پروستات، پستان و دستگاه گوارش)، ترویج فعالیت بدنی و ورزش، بهداشت فردی، سلامت خانواده، اهدای عضو، ارتقای سلامت اجتماعی، بهداشت تغذیه و مواد غذایی، سلامت زنان و مردان، مراقبت معنوی از بیماران در حال مرگ، بیماری‌های مزمن (دیابت، فشارخون و بیماری قلبی)، سبک زندگی سالم، سرمایه‌های اجتماعی و خودمراقبتی انجام شده است و نقش اماکن مذهبی و روحانیون در همه‌ی این مطالعات به چشم می‌خورد.

بحث و نتیجه‌گیری

در تمامی این مقالات بر نقش اماکن دینی و مذهبی و روحانیون در ارتقای همه‌جانبه‌ی سلامت جامعه تأکید شده است. این در حالی است که نقش این دو در زندگی مردم ایران به مراتب بسیار بیشتر از جمعیت‌های مورد مطالعه در این مقالات است. مطالعاتی که در حوزه‌ی بهداشت مساجد در کشور ما انجام شده، بیشتر به جنبه‌های بهداشت محیط مساجد پرداخته است. برای مثال، نجفی و همکاران در بررسی وضعیت بهداشت محیط مساجد شهر قم با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۴۴ سؤالی به بررسی سلامت محیط در ۱۱۴ مسجد پرداختند. در این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی، شاخص‌های متفرقه‌ی بررسی شده شامل استفاده‌ی نمازگزاران از چادر و سجاده‌ی مشترک، بردن کفش به داخل مسجد، دارا بودن تابلوی منع استعمال دخانیات و محل مناسب برای نصب آن، جعبه‌ی کمک‌های اولیه و همچنین مواد لازم در آن و برخی دیگر از موازین بهداشتی بود. از نظر رعایت بهداشت فردی، فقط نزدیک به ۱۶ درصد وضعیت مطلوبی داشتند. به‌طور کلی، وضعیت بهداشت فردی در مساجد، سطح پایینی داشت (۳۸). در همین زمینه هاشمی و همکاران، ززولی و همکاران و همچنین برجسته و همکاران نیز مطالعات مشابه دیگری انجام دادند که همگی در حوزه‌ی سلامت محیط مساجد بود و نتایج مشابهی در بر داشت. این

¹ Pilot study

ستادی مساجد لازم و ضروری است؛ چراکه مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت می‌توانند نقش بسزایی در توسعه‌ی همه‌جانبه‌ی سلامت در اقشار مختلف جامعه داشته باشند.

قدردانی

از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر ما بودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منفعی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Brown QL, Linton SL, Harrell PT, Mancha BE, Alexandre PK, Chen K-F, et al. The influence of religious attendance on smoking. Substance use & misuse. 2014; 49(11): 1392-9.
2. Hosseinzadeh K. The necessity to revision in the concept and scopes of health according to Islam perspective. Journal of Research on Religion & Health. 2017; 3(2).
3. Darviri C, Artemiadis A, Tigani X, Darvyri P, Gnardellis C. Religiosity as a predictor of mortality: A retrospective cohort study in 1519 rural citizens in Greece. Psychology & health. 2016; 31(9): 1080-90.
4. Wesevich A, Chipungu J, Mwale M, Bosomprah S, Chilengi R. Health Promotion Through Existing Community Structures: A Case of Churches' Roles in Promoting Rotavirus Vaccination in Rural Zambia. Journal of primary care & community health. 2016; 7(2): 81-7.
5. Hosseinzadeh K, Niknami S, Hidarnia A. SCHOOLING FEVER THREATS SCHOOLCHILDREN'S PHYSICAL ACTIVITY; A QUALITATIVE STUDY IN IRANIAN FAMILIES. 2014.
6. Lumpkins CY, Vanchy P, Baker TA, Daley C, Ndikum-Moffer F, Greiner KA. Marketing a healthy mind, body, and soul: An analysis of how African American men view the church as a social marketer and health promoter of colorectal cancer risk and prevention. Health Education & Behavior. 2016; 43(4): 452-60.
7. Johnson CM, Rostila M, Svensson AC, Engström K. The role of social capital in explaining mental health inequalities between immigrants and Swedish-born: a

زندگی و استخراج نیازهای آموزشی در جامعه‌ی مسجد (متولیان، نمازگزاران، همسایگان و ائمه‌ی جماعت)؛

برای دستیابی به این اهداف، می‌توان از پرسش‌نامه‌ی استاندارد استفاده کرد. این پرسش‌نامه شامل سه بخش اصلی آگاهی، نگرش و عملکرد مرتبط با سبک زندگی است. به‌منظور بررسی سبک زندگی، می‌توان از پرسش‌نامه‌ی استاندارد بررسی سبک زندگی^۱ استفاده کرد. آگاهی و نگرش نمونه‌ی پژوهش نیز با ابزار پرسش‌نامه‌ی استاندارد قابل بررسی است. پرسش‌نامه‌های مختلفی برای بررسی سبک زندگی وجود دارد که پژوهشگران به آنها توجه می‌کنند (۴۲ - ۴۸).

مرحله‌ی سوم: طراحی چارچوب مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت؛ در این مرحله، بر اساس یافته‌های مراحل قبل، می‌توان برای نیازهای سلامت که از قبل استخراج شده، برنامه‌ی عملیاتی تنظیم کرد. مبنای طرح مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت بر اساس راهکارهای پنج‌گانه‌ی ارتقای سلامت است که شرح آن در بخش مقدمه‌ی این طرح پیشنهادی آمده است. برنامه‌ریزی عملیاتی برای تحقق هر یک از اهداف، به‌صورت فرآیندی در نمودار نشان داده می‌شود. گروه متخصصان سلامت و جامعه‌ی مسجد؛ اهداف، شرایط، منابع و بازده هر یک از نیازها را تعیین می‌کنند. در این مرحله گروه متخصصان؛ روش‌ها و الگوهای آموزش سلامت، برنامه‌ی پیشنهادی برای تحقق هر یک از اهداف، زمان، مکان و مدت اجرای هر یک از برنامه‌ها را تعیین و پیش‌بینی می‌کنند.

مرحله‌ی چهارم: اجرای طرح مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت و ارزشیابی و بازنگری منظم در طرح؛

قبل از اجرای طرح، ابتدا چارچوب فرآیند ارزشیابی طرح تنظیم می‌شود. ارزشیابی در این طرح به دو صورت فرآیندی^۲ و برآیندی^۳ و با تأکید بر اهداف آنی، میان‌مدت و طولانی‌مدت صورت می‌گیرد. چارچوب ارزشیابی نیز به دو صورت عینی و ذهنی خواهد بود. برای بخش عینی از چک‌لیست مناسبی استفاده می‌شود که گروه متخصصان آن را تهیه می‌کنند. در بررسی ذهنی نیز دوباره از ابزارهای به‌کار رفته در بخش دوم استفاده خواهد شد.

با توجه به عمق اعتقادات دینی مردم، گستردگی مساجد در کشور و حجیت گفتار روحانیون برای مردم؛ تدوین نظام‌نامه‌ی جامع مساجد ارتقادهنده‌ی سلامت در کشور ضروری و مهم است. ازاین‌رو، همکاری بین‌بخشی وزارت بهداشت و متولیان

^۱ LSQ

^۲ Process evaluation

^۳ Outcome evaluation

Islamic healthy lifestyle HPP. 2015 1(5): 252.

20. Arredondo EM, Haughton J, Ayala GX, Slymen DJ, Sallis JF, Burke K, et al. Fe en Acción/Faith in Action: Design and implementation of a church-based randomized trial to promote physical activity and cancer screening among churchgoing Latinas. *Contemporary clinical trials*. 2015; 45: 404-15.

21. Stewart JM. A multi-level approach for promoting HIV testing within African American church settings. *AIDS patient care and STDs*. 2015; 29(2): 69-76.

22. Kobus G, Piotrowska J, Malyszko J, Bachorzewska-Gajewska H, Malyszko J, editors. Attitudes of members of the Baptist church toward organ transplantation. *Transplantation proceedings*; 2014: Elsevier.

23. Plunkett R, Leipert B, Olson JK, Ray SL. Understanding women's health promotion and the rural church. *Qualitative health research*. 2014; 24(12): 1721-31.

24. Plunkett R, Leipert BD. Women's health promotion in the rural church: A Canadian perspective. *Journal of religion and health*. 2013; 52(3): 877-89.

25. Drake BF, Shelton R, Gilligan T, Allen JD. A church-based intervention to promote informed decision-making for prostate cancer screening among African-American men. *Journal of the National Medical Association*. 2010; 102(3): 164.

26. Trost SG, Tang R, Loprinzi PD. Feasibility and efficacy of a church-based intervention to promote physical activity in children. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009; 6(6): 741-9.

27. Puffer ES, Green EP, Sikkema KJ, Broverman SA, Ogwang-Odhiambo RA, Pian J. A church-based intervention for families to promote mental health and prevent HIV among adolescents in rural Kenya: Results of a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016; 84(6): 511.

28. Hendricks Sloan D, Peters T, Johnson KS, Bowie JV, Ting Y, Aslakson R. Church-based health promotion focused on advance care planning and end-of-life care at Black Baptist churches: a cross-sectional survey. *Journal of palliative medicine*. 2016; 19(2): 190-4.

29. Wharton T, Watkins DC, Mitchell J, Kales H. Older, Church-Going African Americans' Attitudes and Expectations About Formal Depression Care. *Research on aging*. 2016; 0164027516675666.

30. Powell TW, Weeks FH, Illangasekare S, Rice E, Wilson J, Hickman D, et al. Facilitators and Barriers to Implementing Church-Based Adolescent Sexual Health Programs in Baltimore City. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 60(2): 169-75.

31. Maness SB, Reitzel LR, Watkins KL, McNeill LH. HPV Awareness, Knowledge and Vaccination Attitudes among Church-going African-American

population-based cross-sectional study. *BMC public health*. 2017; 17(1): 117.

8. Baruth M, Wilcox S, Condrasky MD. Perceived environmental church support is associated with dietary practices among African-American adults. *Journal of the American Dietetic Association*. 2011; 111(6): 889-93.

9. Boggavarapu S, Sullivan KM, Schamel JT, Frew PM. Factors associated with seasonal influenza immunization among church-going older African Americans. *Vaccine*. 2014; 32(52): 7085-90.

10. Chase-Ziolek M. (Re) Claiming the Church's Role in Promoting Health: A Practical Framework. *Journal of Christian Nursing*. 2015; 32(2):100-7.

11. DiGuseppi CG, Thoreson SR, Clark L, Goss CW, Marosits MJ, Currie DW, et al. Church-based social marketing to motivate older adults to take balance classes for fall prevention: Cluster randomized controlled trial. *Preventive medicine*. 2014; 67:75-81.

12. Winett RA, Anderson ES, Whiteley JA, Wojcik JR, Rovniak LS, Graves KD, et al. Church-based health behavior programs: Using social cognitive theory to formulate interventions for at-risk populations. *Applied and Preventive Psychology*. 1999; 8(2): 129-42.

13. Smith C, Brinkmann A, Schneiderman JU. Latino caregiver psychosocial factors and health care services for children involved in the child welfare system. *Children and youth services review*. 2015; 52: 97-102.

14. Teng EJ, Friedman LC. Increasing mental health awareness and appropriate service use in older Chinese Americans: A pilot intervention. *Patient Education and Counseling*. 2009; 76(1): 143-6.

15. Whitt-Glover MC, Goldmon MV, Karanja N, Heil DP, Gizlice Z. Learning and Developing Individual Exercise Skills (LADIES) for a better life: a physical activity intervention for black women. *Contemporary clinical trials*. 2012; 33(6): 1159-71.

16. Whitt-Glover MC, Porter AT, Yore MM, Demons JL, Goldmon MV. Utility of a congregational health assessment to identify and direct health promotion opportunities in churches. *Evaluation and program planning*. 2014; 44: 81-8.

17. Wilcox S, Parrott A, Baruth M, Laken M, Condrasky M, Saunders R, et al. The Faith, Activity, and Nutrition program: a randomized controlled trial in African-American churches. *American journal of preventive medicine*. 2013; 44(2): 122-31.

18. Williams LB, Sattin RW, Dias J, Garvin JT, Marion L, Joshua T, et al. Design of a cluster-randomized controlled trial of a diabetes prevention program within African-American churches: The Fit Body and Soul study. *Contemporary clinical trials*. 2013; 34(2): 336-47.

19. Hosseinzadeh k, Asgarighoncheh K. Health promoting mosques (HPM); A conceptual model for

holy places in Amol City, Iran in 2014. *Islam and Health Journal*. 2015; 2(1):7-12.

41. BARJASTEH AF, SALIMI J, DAVOUDI M, ANSARI S, BAGHAYI E, KHAHSAR B. INVESTIGATION OF THE ENVIRONMENTAL HEALTH STATUS OF MOSQUES IN TABAS IN 2015-2016. 2016.

42. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. The Relation between Health-Promoting Lifestyle and Quality of Life in Undergraduate Students at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *Research in Health System*. 2011; 7(4): 442-8.

43. Beckers L, Speth L, Rameckers E, Janssen-Potten Y. Cross-cultural Translation and Adaptation of the Lifestyle Assessment Questionnaire (LAQ-CP) Into Dutch: A Brief Report. *Pediatric Physical Therapy*. 2017; 29(3): 251-5.

44. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 21(1): 102-13.

45. Moradi A, Shojaezade D. A Survey on Healthy Lifestyle of Health Care Workers in Andimeshk. *TB*. 2016; 14(5): 38-49.

46. Moshki M, Torabi F-S. Lifestyle factors and their association with some relevant factors in adolescence using the theory of planned behavior. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 23(2): 117-26.

47. Ahmadnia E, Maleki A. Study of preventive lifestyle of osteoporosis among zanzanian girls' students. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2013; 21(2): 28-38.

48. Nouroozi F, Petrami A. A Survey on Life Style and Relevant Social Determinants in Students of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. *Social Welfare*. 2016; 16(62): 225-77.

Women. *American journal of health behavior*. 2016; 40(6): 771-8.

32. Houser N, Baiden P, Fuller-Thomson E. Diabetes and Hypertension in Congolese Church Personnel: An Emerging Epidemic? *Journal of community health*. 2017; 42(3): 453-60.

33. Moore EW, Berkley-Patton JY, Berman M, Burleson C, Judah A. Physical Health Screenings Among African-American Church and Community Members. *Journal of religion and health*. 2016; 55(5): 1786-99.

34. Schoenthaler A, Lancaster K, Midberry S, Nulty M, Ige E, Palfrey A, et al. The FAITH Trial: baseline characteristics of a church-based trial to improve blood pressure control in blacks. *Ethnicity & disease*. 2015; 25(3): 337.

35. Plunkett R, Leipert B, Olson J. Exploring the Influence of Social Determinants, Social Capital, and Health Expertise on Health and the Rural Church. *Journal of Holistic Nursing*. 2016; 34(3): 236-43.

36. Baig AA, Benitez A, Locklin CA, Gao Y, Lee SM, Quinn MT, et al. Picture Good Health: A Church-Based Self-Management Intervention Among Latino Adults with Diabetes. *Journal of general internal medicine*. 2015; 30(10): 1481-90.

37. Fisher FD, Reitzel LR, Nguyen N, Savoy EJ, Advani PS, Cuevas AG, et al. Loneliness and self-rated health among church-attending African Americans. *American journal of health behavior*. 2014; 38(4): 481-91.

38. Najafi M, Mohammadikhah Z, Mahmoudian MH. Evaluation of Environmental Health Status of Qom Mosques in 1387-1388. 13th national conference on environmental health 2010.

39. Hashemi S, Dareini F, Khamirchi RA, Akaberi A. A study of the hygiene of mosques at Sabzevar in 1386. *Beyhagh. Journal Of Sabzevar School Of Medical Sciences*. 2007; 16(3,4): 15-23.

40. Zazouli MA, Yousefi M, Alipour N. Investigation of the Environmental Health Status of Mosques and