

## survey educational interventions provided in health promotion schools in Iran: a systematic review

### ABSTRACT

**Background and Object:** Healthy children achieve better educational outcomes, which in turn is associated with improved health later in life. Health promotion schools The World Health Organization is a comprehensive research to promote health and academic achievement in schools. The purpose of this study was to evaluate the effect of education provided in health promotion schools on various aspects of students' health.

**Materials and Methods:** The present study was a systematic review. Four international databases, Scopus, Web of Science, PubMed, and domestic Magi ran and SID databases, as well as the Google Scholar search engine, were searched using various keywords related to health-promoting schools. The risk of bias was reduced with the participation of two authors who assessed the quality of the study and the eligibility of the articles included.

**Results:** After searching the databases, a total of 1213 articles were found. The age of the students ranged from 5 to 18 years, all studies reported the age and sex of the participants. No studies had long-term follow-up (more than 24 months). Among the studies, 6 studies received positive and significant results from the educational interventions provided in health promotion schools, and 2 studies from the educational intervention did not receive their expected results.

**Conclusion:** According to the results of this systematic review, studies in the field of health promotion schools do not have the necessary quantity and quality. Considering the importance of health promotion schools, it is necessary to conduct more quality studies and support measures from related organizations in this field.

**Keywords:** Students, Health Promoting Schools, Iran

**Paper Type:** systematic review.

► **Citation (Vancouver):** Ahangari H, Peyman N, Pourtaheri A. survey educational interventions provided in health promotion schools in Iran: a systematic review. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Spring 2023); 11(1): 94-104.

► **Citation (APA):** Ahangari H., Peyman N., Pourtaheri A. (Spring 2023). survey educational interventions provided in health promotion schools in Iran: a systematic review. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 11(1), 94-104.

### Hamideh Ahangari

Ph.D. Candidate of Health Education & Health Promotion, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

### Nooshin Peyman

\*Social Determinants of Health Research Center. Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran. (Corresponding author):

Peymann@mums.ac.ir

Department of Health Education and Health Promotion, school of Health, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran.

### Asma Pourtaheri

Ph.D. Candidate of Health Education & Health Promotion, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

Received: 2022/07/15

Accepted: 2022/11/27

Doi: 10.52547/ijhep.11.1.94

## بررسی مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران: یک مرور نظام مند

### چکیده

**زمینه و هدف:** کودکان سالم به نتایج آموزشی بهتری دست می‌یابند که با بهبود سلامت در مراحل بعدی زندگی همراه است. چارچوب مدارس ارتقاء دهنده سلامت سازمان جهانی بهداشت، رویکردی جامع برای ارتقای سلامت و پیشرفت تحصیلی در مدرسه است. هدف این مطالعه تعیین تاثیر آموزش‌های ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت بر روی جنبه‌های مختلف سلامتی دانش آموزان بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع مرور نظام مند بود. ۴ پایگاه اطلاعاتی بین المللی Scopus, Web of Science, PubMed و پایگاه‌های داخلی Magiran و SID و همچنین موتور جستجو google scholar با استفاده از کلید واژه‌های مختلف مرتبط با مدارس مروج سلامت جستجو انجام شد. خطر سوگیری با مشارکت دو نویسنده به صورت کاملاً مستقل که کیفیت مطالعه و واجد شرایط بودن مقالات گنجانده شده را ارزیابی می‌کردند، کاهش یافت.

**نتایج:** پس از انجام جستجو در پایگاه‌های داده، در مجموع تعداد ۱۲۱۳ مقاله به دست آمد. سن دانش آموزان از ۵ تا ۱۸ سال متغیر بود، همه مطالعات سن و جنس شرکت کنندگان را گزارش کردند. هیچ مطالعه ای پیگیری طولانی مدت (بیش از ۲۴ ماه) نداشت. در بین مطالعات انجام شده ۶ مطالعه نتایج مثبت و معنی داری از مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت دریافت کردند و لی ۲ مطالعه از مداخله آموزشی نتایج مورد انتظار خود را دریافت نکردند.

**نتیجه گیری:** طبق نتایج این مرور نظام مند مطالعات حوزه مدارس ارتقاء دهنده سلامت از کمیت و کیفیت لازم برخوردار نیستند. با توجه به اهمیت موضوع مدارس ارتقاء دهنده سلامت، انجام مطالعات با کیفیت تر و اقدامات حمایتی بیشتر از سوی سازمان‌های مرتبط در این حوزه ضروری است.

**کلیدواژه:** دانش آموزان، مدارس ارتقاء دهنده سلامت، ایران

### حمیده آهنگری

دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

### نوشین پیمان\* ۲ و ۳.

\* مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول):

Peymann@mums.ac.ir

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

### اسماء پورطاهری

دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۶

◀ **استناد (ونکوور):** آهنگری، ح. پیمان، ن. پورطاهری، ا. بررسی مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران: یک مرور نظام مند. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۴۰۲؛ ۱۱(۱): ۹۴-۱۰۴.

◀ **استناد (APA):** آهنگری، حمیده؛ پیمان، نوشین؛ پورطاهری، اسماء. (بهار ۱۴۰۲). بررسی مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران: یک مرور نظام مند. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱۱(۱): ۹۴-۱۰۴.

## مقدمه

دوران کودکی و نوجوانی از منظر سلامت عمومی بسیار مهم است. این سال ها دوره کلیدی تغییرات بیولوژیکی و اجتماعی هستند که پایه و اساس سلامت آینده بزرگسالان و رفاه اقتصادی را ایجاد می کنند. تأثیر تجربیات دوران کودکی، بر سلامتی مراحل بعدی زندگی به خوبی اثبات شده است. ایجاد تجربیات مثبت اولیه دوران کودکی در زمینه بهداشت و آموزش توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان کلیدی برای کاهش نابرابری های بهداشت جهانی مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که تقریباً همه کودکان چند سال تحصیل می کنند، ارتقای سلامت در مدارس می تواند نابرابری های بهداشتی را کاهش دهد. داشتن یک بدن سالم و شاد برای دانش آموزان نیز جهت یادگیری مهم است، کودکان سالم به نتایج تربیتی بهتری دست می یابند که به نوبه خود با بهبود سلامت در مراحل بعدی زندگی همراه است (۱).

سازمان جهانی بهداشت چارچوب مدارس ارتقاء دهنده سلامت را جهت حمایت از مدارس، به عنوان بخشی از منشور اتاوا برای ایجاد یک محیط بهداشتی مثبت ایجاد کرد. اگرچه تعاریف متفاوت است، سه ویژگی اصلی یک مدرسه ارتقاء دهنده سلامت در سه حوزه بیشتر اهمیت دارد: ۱- برنامه آموزشی مدرسه: موضوعات آموزش بهداشت از طریق برنامه درسی رسمی مدرسه ترویج می شود. ۲- اخلاق و محیط زیست: سلامت و رفاه دانش آموزان از طریق برنامه درسی "پنهان" یا "غیررسمی" ارتقا می یابد که شامل ارزشها و نگرش هایی است که در مدرسه و محیط فیزیکی و محیط مدرسه ترویج می شود. ۳- خانواده ها و یا جوامع: مدارس به دنبال اهمیت سایر حوزه های تأثیرگذار بر سلامت کودکان با خانواده ها، سازمان های خارج و جامعه وسیع تر هستند (۲).

برنامه مدارس ارتقاء دهنده سلامت در سطح مدیترانه شرقی ابزار مناسبی برای یافتن الویت ها، تثبیت برنامه ها و تامین منابع کافی برای برنامه های نوجوانان، جوانان و مدارس بود و امکان تبادل نظر بین کشورهای مختلف جهان را فراهم کرد (۳). بسیاری از کشورها چارچوب مدارس ارتقاء دهنده سلامت را متناسب با شرایط کشور

خود تطبیق داده اند (۲). در ایران نیز این طرح طی امضاء تفاهم نامه ای بین وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش با ادغام برنامه کشوری "استقرار و نگهداری سیستم مدیریت سلامت در مدارس و رتبه بندی و اعطای ستاره به مدارس کشور" و با بومی کردن نظام مدارس ارتقاء دهنده سلامت در حال اجرا است (۴).

فرآیند ارزیابی و اعطای نشان به مدارس بدین صورت است که بعد از انتخاب مدارس، چک لیست ممیزی داخلی در اختیار مدرسه قرار داده خواهد شد. این چک لیست توسط تیم ممیزی مدرسه تکمیل و نتیجه به کمیته شهرستانی / منطقه ای اطلاع داده میشود. این کمیته موظف است چک لیست را بررسی و اولین ممیزی خارجی را با استفاده از چک لیست های مربوطه انجام و به مدرسه فرصت دهد تا برای رفع مشکلات اقدام نماید. پس از آن مجدداً ممیزی خارجی انجام خواهد شد. پس از انجام ممیزی خارجی نهایی و در صورت کسب امتیاز لازم (حداقل ۵۵ امتیاز از ۱۰۰ امتیاز کل)، مدرسه به عنوان مروج سلامت شناخته شده و رتبه بندی خواهد شد. چک لیست استاندارد ارزیابی ۱۰۰ امتیازی مدارس مروج سلامت ۸ آیتم زیر را بررسی می کند: ۱. برنامه جامع آموزش سلامت ۲. ارائه خدمات بالینی در مدرسه ۳. سلامت محیط در مدرسه ۴. بهبود تغذیه در مدرسه ۵. تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی در مدرسه ۶. ارتقای سلامت کارکنان مدرسه ۷. خدمات سلامت روان و مشاوره ای در مدرسه ۸. مشارکت والدین و جامعه در برنامه های سلامت در مدرسه و شبکه داوطلبان سلامت دانش آموزان (۵).

پژوهش های مختلفی در زمینه تاثیر طرح مدارس ارتقاء دهنده سلامت انجام شده است، که هر کدام از منظر خاصی به این موضوع پرداخته اند. با توجه به اهمیت مدارس ارتقاء دهنده سلامت در سلامت کودکان و نوجوانان کشور، لزوم ارزیابی و بررسی اثربخشی آموزش هایی که در این مدارس ارائه می گردد، ضروری به نظر میرسد. لذا ما در این بررسی سیستماتیک روی مطالعات نیمه تجربی انجام گرفته در مدارس ارتقاء دهنده سلامت متمرکز شدیم، تا میزان تاثیر آموزش های ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت بر روی جنبه های مختلف سلامتی دانش آموزان را ارزیابی کنیم.

## مواد و روش ها

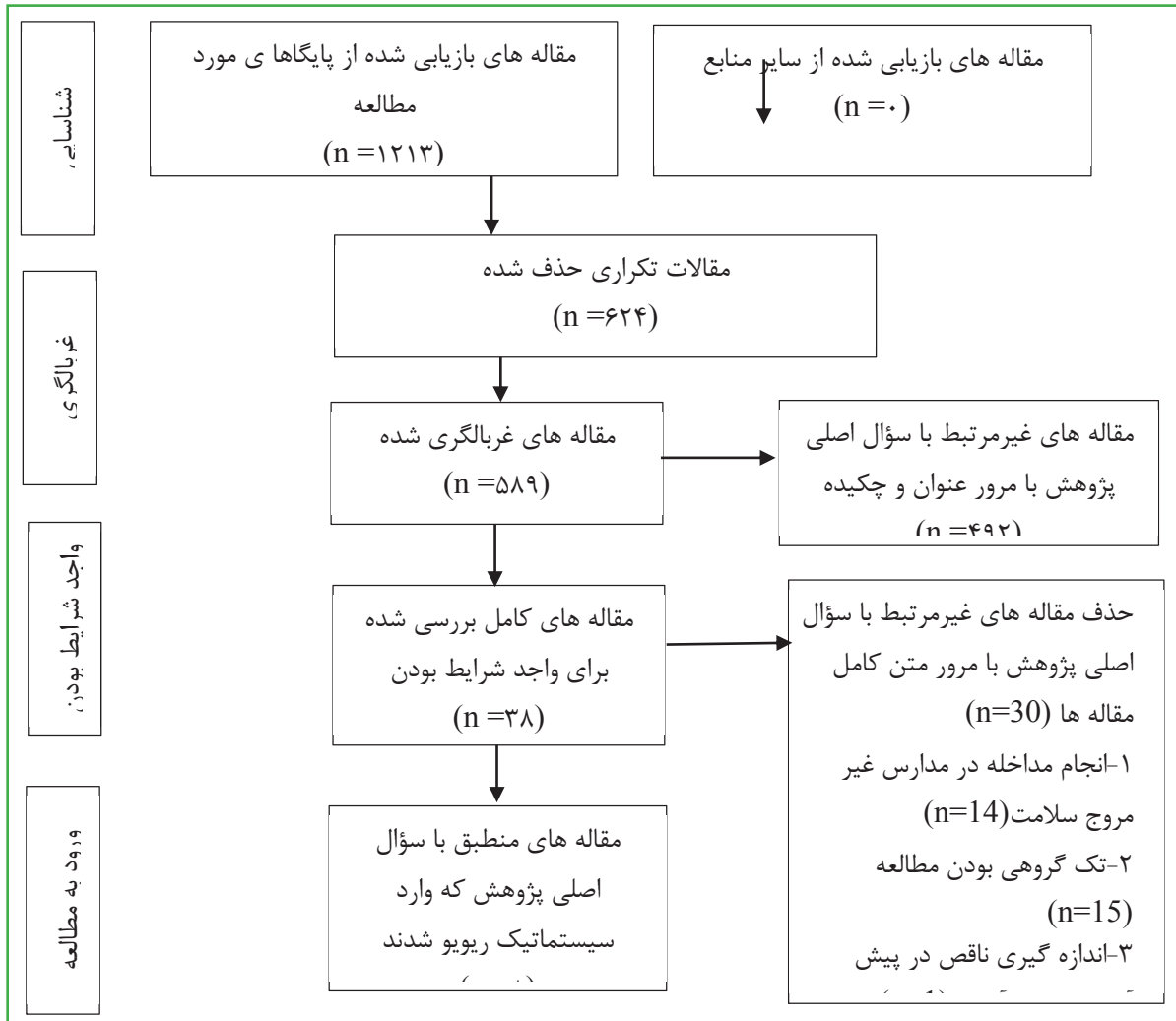
این مرور سیستماتیک مطابق با دستورالعمل مرورهای سیستماتیک و متآنالیز (PRISMA) برنامه‌ریزی شده است تا به سؤال‌های پژوهشی زیر پاسخ دهد: وضعیت مداخلات آموزشی در مدارس ارتقاء دهنده سلامت چگونه است؟ آیا تعداد مداخلات آموزشی ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت متناسب با تعداد این مدارس می‌باشد؟ جستجوی سیستماتیک برای بازیابی مقالات الکترونیک فارسی و انگلیسی مرتبط با مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی Scopus, Web of Science, PubMed, پایگاه‌های داخلی agiran و SID و موتور جستجوی google scholar در باز زمانی ۱۰ ژوئن ۲۰۲۱ تا ۲۶ ژوئن ۲۰۲۱ انجام شد. استراتژی جستجو با استفاده از اصطلاحنامه عنوان موضوعی پزشکی (MeSH) و کلیدواژه‌های مرتبط (Iran, student Health promotion schools, ) عملگر "AND" و "OR" ترکیب شدند. برای حفظ تمامی داده‌های موجود از نظر بعد زمانی و زبانی محدودیتی اعمال نشد. به منظور جامعیت بخشیدن به جستجوی انجام شده، منابع تمام مقالاتی که به مرحله ارزیابی کیفیت رسیدند، جهت ورود به مطالعه بررسی شدند. معیار ورود شامل: ۱- مطالعاتی که به زبان انگلیسی و فارسی نگارش شده بودند. ۲- مطالعات مداخله‌ای، که دارای گروه آزمون و کنترل بودند. ۳- مطالعاتی با گروه هدف دانش آموزان دختر و پسر کلیه مقاطع تحصیلی مدارس ارتقاء دهنده سلامت. ۴- مطالعاتی که از ابزار معتبر برای ارزشیابی مداخلات استفاده کرده باشند. ۵- مطالعاتی که متن کامل آنها در دسترس بود. معیار خروج شامل: ۱- مطالعات توصیفی، کیفی، مرور سیستماتیک و متآنالیز و نامه به سردبیر ۲- کتاب‌ها ۳- مطالعاتی که مداخله غیر آموزشی ارائه داده بودند. بررسی عنوان، چکیده و متن کامل مقاله‌ها از نظر معیارهای ورود و خروج و همچنین ارزیابی کیفیت و اعتبارسنجی مقاله‌های انتخاب شده با استفاده از ابزار ارزیابی سوگیری کاکرین<sup>۱</sup> (دسته بندی مطالعات بر اساس خطر سوگیری پایین، بالا و نامشخص)

انجام شد و پس از انجام ارزیابی با این ابزار، مطالعات واجد شرایط برای ورود به مطالعه مروری، انتخاب شدند (جدول ۲). بعد از جستجو، تمام مطالعات یافت شده وارد نرم افزار اندنوت گردید. پس از ورود مقالات جستجو شده به نرم افزار اندنوت و خارج نمودن موارد تکراری، فرآیند غربالگری با بررسی عنوان و چکیده مقاله‌ها انجام شد. سپس متن کامل مقالات توسط دو محقق بطور جداگانه بر اساس معیارهای ورود و خروج بررسی گردید. در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت با تبادل نظر برطرف میشد. در این مرحله فرم استخراج داده‌ها طراحی شد. دو محقق به طور مستقل مطالعات را بررسی کرده و پس از استخراج داده‌ها و رسیدن به اجماع نظر، آنها را در فرم استخراج داده‌ها ثبت می‌نمودند. فرم استخراج داده‌ها مواردی از قبیل: نویسنده اول، سال انتشار، جمعیت مورد پژوهش و ویژگی‌های آنها، نوع مطالعه، طول مدت پیگیری مطالعات را شامل می‌شد.

## نتایج

از جستجو پایگاه‌های داده در مجموع ۱۲۱۳ مقاله به دست آمد. از این تعداد ۷۴ مطالعه در مرحله بررسی عنوان و چکیده حذف شد و ۳۸ مطالعه وارد مرحله بررسی دقیق شد. با مطالعه متن کامل مطالعات به دست آمده و با استفاده از چک لیست کاکرین (جدول ۱) ۸ مقاله که حائز شرایط ورود به این مطالعه مرور نظامند بودند شناسایی شد (شکل ۱).

جدول یک ارزیابی کیفیت مقاله‌ها با استفاده از ابزار ارزیابی سوگیری کاکرین را بیان کرده است. در قسمت تورش عملکرد، اکثر مطالعات نحوه تورش انتخاب را بیان کرده بودند، در حالی که فقط ۳ مطالعه (۷، ۱۲، ۱۳) روش کورسازی پیامد مطالعه را مشخص کرده بودند. جدول دو مشخصات مطالعات را توضیح می‌دهد. نحوه گزارش دهی حجم نمونه در مطالعات مختلف، متفاوت بود. در مطالعاتی که که از تعداد مدارس به عنوان حجم نمونه استفاده کرده بودند (۶، ۷، ۹)، حجم نمونه بین ۱ تا ۱۰۴۲ مدرسه متفاوت بود. در مطالعاتی که از تعداد دانش آموزان برای بیان حجم نمونه استفاده کرده بودند (۱۳-۸، ۱۰) حجم نمونه بین ۴۰ تا ۴۰۰ نفر متغییر بود.



شکل ۱. روند ورود مطالعه ها به پژوهش بر اساس بیانیه PRISMA

مدارس مروج سلامت مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورش استفاده کردند (۶،۷،۹). در جدول ۳ مشخصات مداخله آموزشی مطالعات ذکر شده است، ۴ مطالعه به زبان فارسی (۱۲-۱۰، ۶) و ۴ مطالعه به زبان انگلیسی منتشر شده بود (۷-۹، ۱۳). اکثر مداخلات آموزشی در حوزه بهداشت روانی بودند، بدین صورت که دو مطالعه در حیطه سلامت عمومی دانش آموزان انجام شده اند (۱۲، ۱۳)، پنج مطالعه در حوزه های استرس تحصیلی، مهارت های زندگی، رفتارهای پرخطر، اعتیاد و مصرف مواد بودند (۱۲-۹، ۷، ۶) و یک مطالعه (۸) در رابطه با رفتارهای بهداشتی دهان و دندان بود. در اکثر مطالعات ارائه آموزش

در مطالعات گزارش بسیار محدودی از ساختار یا سازمان مدارس وجود داشت. سن دانش آموزان از ۵ تا ۱۸ سال متغیر بود، همه مطالعات سن و جنس شرکت کنندگان را گزارش کردند. هیچ مطالعه ای پیگیری طولانی مدت (بیش از ۲۴ ماه) نداشت، ۲ مطالعه (۷، ۹) دوره پیگیری متوسط (۱۲-۲۴ ماه) و ۶ مطالعه (۱۳-۱۰، ۸، ۶) پیگیری کوتاه مدت انجام دادند (۱۲ ماه یا کمتر). در بین مطالعات انجام شده ۶ مطالعه (۱۳-۱۰، ۶) نتایج مثبت و معنی داری را از مداخله آموزشی دریافت کردند ولی ۲ مطالعه از مداخله آموزشی نتایج مثبت دریافت نکردند (۱۲، ۱۱). ۳ مطالعه از این مطالعات از ابزار اندازه گیری چک لیست استاندارد ارزیابی ۱۰۰ امتیازی

ها توسط کارشناسان مراکز بهداشت انجام شده بود (۶،۷،۹،۱۲). هیچ کدام مطالعات وارد شده به مرور سیستماتیک به وضعیت اقتصادی و اجتماعی دانش آموزان و اولیاء مدرسه اشاره ای نکرده بودند، فقط دو مطالعه سطح تحصیلات والدین دانش آموزان را ذکر کرده بودند (۸،۱۰). مطالعه ی بابازاده و همکاران (۷) مداخله را

### جدول ۱. ارزیابی کیفیت مقاله ها با استفاده از ابزار ارزیابی سوگیری کاکرین<sup>۱</sup>

Cochrane Risk of Bias Tool (انواع تورش)							نویسندگان سال
سایر انواع تورش	تورش ریزش	تورش گزارش	تورش عملکرد		تورش انتخاب		
			کورسازی پیامد	کورسازی نمونه	تولید توالی تصادفی	پنهان سازی تصادفی	
نامشخص	پایین	پایین	نامشخص	پایین	پایین	پایین	رمضانی و همکاران (۶) ۱۳۹۲
نامشخص	پایین	پایین	پایین	پایین	پایین	پایین	بابازاده و همکاران (۷) ۱۳۹۰
نامشخص	پایین	پایین	نامشخص	پایین	پایین	نامشخص	شیرزاد و همکاران (۸) ۱۳۹۴
نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	پایین	پایین	زارع پور و همکاران (۹) ۱۳۹۵
نامشخص	پایین	پایین	نامشخص	پایین	پایین	پایین	بهادری و همکاران (۱۰) ۱۳۹۵
نامشخص	نامشخص	پایین	نامشخص	پایین	پایین	پایین	احمدی و همکاران (۱۱) ۱۳۹۳
نامشخص	پایین	پایین	پایین	نامشخص	پایین	پایین	کوچکی و همکاران (۱۲) ۱۳۸۸
نامشخص	نامشخص	پایین	پایین	نامشخص	پایین	پایین	مقدم و همکاران (۱۳) ۲۰۱۴

### بحث و نتیجه گیری

بهرتر است از تعداد دانش آموزان برای محاسبه حجم نمونه استفاده شود. ۲- مطالعات وارد شده در مرور سیستماتیک بیشتر در حوزه های بهداشت روان ورود پیدا کرده بودند و به دیگر جنبه های سلامتی دانش آموزان کم تر پرداخته شده بود. ۳- در ارائه مداخلات آموزشی از مدل های تغییر رفتار به ندرت استفاده شده بود. ۳- مطالعات بسیار کمی در خصوص اثربخشی و یا ارتقاء مدارس ارتقاء دهنده سلامت در ایران منتشر شده بود.

ابزار اندازه گیری ۳ مقاله از مقالاتی که وارد مرور سیستماتیک شدند، چک لیست استاندارد ارزیابی ۱۰۰ امتیازی مدارس مروج سلامت بود (۶، ۷ و ۹). یکی از مطالعاتی که از این

هدف از این بررسی، تعیین تعداد و وضعیت آموزش های ارائه شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت است. این مرور سیستماتیک شامل ۸ مطالعه می باشد. با بررسی مطالعاتی که به این مرور نظام مند وارد شدند و مقایسه آنها با مطالعاتی (۱، ۲ و ۱۴) که در خارج از ایران در حوزه ی مدارس ارتقاء دهنده سلامت انجام شدند، به شکاف ها و کمبودهای زیادی در مطالعات انجام شده در حوزه ی مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران پی بردیم. یافته های ما نواقص زیر را در مطالعات انجام شده در ایران نشان داد: ۱- بعضی از مطالعات (۶، ۷، ۹)، برای محاسبه حجم نمونه از تعداد مدارس استفاده کرده بودند، درحالی که

1. Risk of Bias Tool Cochrane

## جدول ۲- ویژگی‌های مطالعات وارد شده به مرور سیستماتیک

شماره	نویسنده و سال	مکان مطالعه	حجم نمونه	نوع نمونه	نوع مطالعه	ابزار مورد استفاده	هدف مطالعه	ویژگی‌های همگرا/لیک نمونه
۱	رضایی و همکاران (۹) ۱۳۹۲	تهران	۶۳	مدرسه	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	چک لیست استاندارد	تعیین درصد ارتقای اجرای برنامه مدارس مروج سلامت در مدارس تحت پوشش شهرستان بابل	از مجموع ۶۳ مدرسه مورد بررسی در مطالعه، ۳۳ مدرسه دخترانه و مابقی پسرانه بودند. ۴۱ مدرسه در نواحی شهری و ۲۲مدرسه در نواحی روستایی بودند. ۲۴ مدرسه مقطع ابتدایی ۱۷ مدرسه مقطع راهنمایی و ۲۲مدرسه مقطع دبیرستان بودند.
۲	باباآزاد و همکاران (۷) ۱۳۹۰	استان آذربایجان شرقی	۱۰۶۷ مدرسه	مدرسه	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	چک لیست استاندارد	امکان سنجی اجرای یک برنامه حمایتی جامع (برنامه حمایتی جامع) برای غلبه بر موانع و مشکلات مرتبط با اجرای برنامه‌های بهداشت مدارس بر اساس چارچوب مدارس ارتقاء دهنده سلامت.	از مجموع ۱۰۶۷ مدرسه مورد بررسی در مطالعه، ۱۴ مدرسه در نواحی روستایی و بقیه مدارس در نواحی شهری بودند. ۵۷۲ مدرسه مقطع ابتدایی ۳۹مدرسه مقطع راهنمایی و ۱۸۰ مدرسه مقطع دبیرستان بودند.
۳	شیرزاد و همکاران (۸) ۱۳۹۴	تهران	۱۲۰	دانش آموز	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	چک لیست استاندارد	تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر مدل مدارس ارتقای سلامت آلبانیایی بر رفتارهای بهداشت دهان و دندان گروهی از کودکان دختر پیش دبستانی (۶-۵ ساله) ایرانی.	میانگین سن والدین ۳۶ سال و میانگین میزان معلمان مدرسه ۳۷ سال بود. سطح تحصیلات ۴۰٪ از مادران بالای دبلم و ۴۰ درصد زیر دبلم است. سطح تحصیلات ۵۴٪ از پدران بالای دبلم و ۴۶٪ درصد زیر دبلم است. اگر خانواده ها ماهانه بین ۳۰۰ تا ۶۰۰ دلار درآمد داشتند، اکثر مادران خانه دار بودند. ۲۶٪ از پدران کارمند و ۵۰٪ از پدران خود اشتغال و ۵٪ در سایر مشاغل بودند.
۴	زابع پور و همکاران (۹) ۱۳۹۵	ارومیه	۱۵۵	مدرسه	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	چک لیست استاندارد	تعیین تأثیر مدارس مروج سلامت در ارتقای وضعیت سلامت مدارس شهر ارومیه در شمال غرب ایران	از مجموع ۱۵۵ مدرسه مورد بررسی در مطالعه، ۸۰ مدرسه دخترانه و مابقی پسرانه بودند. ۱۴ مدرسه در نواحی روستایی و بقیه مدارس در نواحی شهری بودند. ۷۷ مدرسه مقطع ابتدایی ۶۸ مدرسه مقطع راهنمایی و ۱۰ مدرسه مقطع دبیرستان بودند.
۵	بهادری و همکاران (۱۰) ۱۳۹۵	تبریز	۶۰	دانش آموز	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	بررسینامه‌های استریس تحصیلی، مهارت‌های زندگی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان بود.	انظر خصوصیات جمعیت شناختی میزان تحصیلات پدران دانش آموزان ۱۶ پدران پسران، ۴۱٪ ابتدایی، ۱۵ درصد ۵/۴ درصد دبیرستان و ۱۲ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین سطح تحصیلات مادران دانش آموزان ۸۲٪ پسران ۲۱٪ ابتدایی، ۳۶ درصد متوسطه اول، ۲۲درصد دبیرستان و ۱۳/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند.	
۶	احمدی و همکاران (۱۱) ۱۳۹۳	قم	۴۰۰	دانش آموز	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	۱- پرسشنامه سنجش آمادگی اعتماد ۲- گزینش سنج محقق دانش آموزان نسبت به مصرف مواد مخدر	تعیین میزان اثر بخشی برنامه آموزش مدارس مروج سلامت در پیشگیری اولیه از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه استان قم	ذکر نشده بود.
۷	کوحکی و همکاران (۱۲) ۱۳۸۸	استان گلستان	۴۰۰	دانش آموز	مداخله ای قبل و بعد شاهد دار	پرسشنامه های استاندارد سلامت عمومی، پرسشنامه عزت نفس، پرسشنامه مهارت‌های زندگی و پرسشنامه رفتارهای پرخطر	ارزایی اثر بخشی طرح مدارس ارتقاءدهنده سلامت در افزایش ویژگی های سلامت روانی دانش آموزان شرکت کننده در این طرح	ذکر نشده بود.
۸	مقدم و همکاران (۱۳) ۲۰۱۴	تهران	۴۰ نفر	دانش آموز	مداخله آموزشی	برنامه آموزشی ارتقای برنامه سلامت عمومی و (برسشنامه رفتارهای پرخطر)	مداخله آموزشی بر تغییر نگرش نسبت به سیگار کشیدن، سوه مصرف مواد مخدر و مصرف الکل در دانش آموزان پیش دانشگاهی تأثیر گذار بود.	ذکر نشده بود



جدول ۳. مشخصات مداخلات آموزشی مطالعات

شماره	نویسنده و سال	زبان مطالعه	نحوه ارائه مداخله	ابزار و یا روش استفاده شده برای مداخله	افراد آموزش دهنده	پیامد	گروه هدف	زمان آموزش	مدت مطالعه
۱	رمضانی و همکاران (۶) ۱۳۹۲	فارسی	گفتگو و مشاوره با مدیران و مراقبین سلامت	چک لیست	کارشناسان مرکز بهداشت	بنیاد میانگین کل نمرات چک لیست بود. میانگین امتیازات از ۱۰۰±۱۱/۹۹ تا ۶۶/۸۵± بوده که بعد از مداخله به ۷۱/۷۹± ارتقا یافت. (P<۰.۰۵)	مدارس مقاطع ابتدایی راهنمایی و دبیرستان	ذکر نشده	یک ماه
۲	بابازاده و همکاران (۷) ۱۳۹۰	انگلیسی	مداخله آموزشی در دو مرحله انجام شد. مرحله اول شناسایی سیاست‌های حمایتی و افراد کلیدی و تصمیم گیر و مرحله دوم اجرای برنامه جامع بود.	تحلیل سیاست ها، توسعه استراتژی برای برنامه حمایتی جامع. نهایی کردن استراتژی برنامه حمایتی جامع. اجرای برنامه	کارکنان مرکز بهداشت با همکاری اساتید دانشکده بهداشت	یافته‌های مطالعه نشان داد که برنامه حمایتی جامع اجرا شده، میانگین نمره تمام ابعاد مدارس مروج سلامت را در گروه مداخله بهبود بخشیده است. تغییر مشاهده شده در نمره پیش و پس آزمون در گروه مداخله معنی دار بود. (P<۰/۰۵) این مداخله همچنین در تشویق به ارضای نیازها و تقویت ای بین سازمان‌های شرکت کننده برای متعهد شدن به دنبال کردن سیاست‌های اتخاذ شده در تسهیل پیشرفت به سوی اجرای کامل پروژه مدارس ارتقاء دهنده سلامت محلی موفق بود.	مدارس مقاطع ابتدایی راهنمایی و دبیرستان	ذکر نشده	دوسال
۳	شیرزاد و همکاران (۸) ۱۳۹۴	انگلیسی	بر اساس ارزیابی تشخیصی اولیه، یک مداخله آموزشی برای کودکان والدین و معلمان مدرسه در گروه مداخله طراحی و اجرا گردید.	برای کودکان از شیوه هلی مانند شعرو داستان گوئی، گفتگو، بحث مشارکتی، ایفای نقش بازی و سرگرمی و فیلم و انیمیشن استفاده شد. برای والدین و معلمان از روش‌های سخنرانی و بحث و گفتگو استفاده شد.	ذکر نشده بود.	پس از مداخله، تفاوت معناداری در رفتارهای بهداشت دهان و دندان کودکان گروه مداخله مشاهده شد (P<۰/۰۵) و P<۰/۰۵) نگرش، رفتارهای بهداشت دهان و دندان، خودکار آمدی و مولع درک شده والدین و معلمان مدرسه (P>۰/۰۵)	مدارس مقاطع ابتدایی راهنمایی و دبیرستان	ذکر نشده بود	یک سال
۴	زارع پور و همکاران (۹) ۱۳۹۵	انگلیسی	موارد عدم انطباق با دستورالعمل به مدیران ارائه گردید و آموزش‌های لازم به ایشان داده شد.	چک لیست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کارشناسان سلامت خانواده و سلامت عمومی بهداشت	میانگین امتیازات قبل از مداخله ۱۳/۲۲ + ۵۹/۳۵ و بعد از مداخله ۶۲/۹۴ + ۱۲/۸۱ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۵)	مدارس مقاطع ابتدایی راهنمایی و دبیرستان	ذکر نشده بود	یک سال
۵	بهادری و همکاران (۱۰) ۱۳۹۵	فارسی	مداخله بر اساس دستورالعمل اجرایی برنامه آموزش مروج سلامت برگزار گردید.	ذکر نشده بود.	ذکر نشده بود.	نتایج پژوهش نشان داد برنامه آموزش مروج سلامت بر استرس تحصیلی، مهارت‌های زندگی و رفتارهای پرخطر تأثیر دارد (P<۰/۰۵) و در واقع برنامه آموزش مروج سلامت باعث افزایش مهارت‌های زندگی و کاهش استرس تحصیلی و رفتارهای پرخطر در دانش آموزان میشود.	دانش آموزان دختر دوره متوسطه	۸ جلسه	ذکر نشده بود.
۶	احمدی و همکاران (۱۱) ۱۳۹۳	فارسی	برنامه آموزش مدرسه مروج سلامت برای گروه آزمایش به اجرا در آمد.	ذکر نشده بود.	ذکر نشده بود.	در بررسی جداگانه اثر بخشی مداخله بر گروه‌های دختر و پسر، نتایج نشان داد آموزش برنامه مروج سلامت در کاهش گرایش به سوء مصرف مواد گرایش قبال و گرایش منفعل در دانش آموزان دختر موثر بوده است. در حالی که در دانش آموزان پسر موثر نبوده است. همچنین این برنامه در ایجاد نگرش منفی دانش آموزان دختر نسبت به مصرف مواد موثر بوده است در حالی که در دانش آموزان پسر موثر نبوده است (P<۰/۰۵).	دانش آموزان دختر و پسر متوسطه	۱۰ جلسه ۲ ساعته	ذکر نشده بود.
۷	کوچی و همکاران (۱۲) ۱۳۸۸	فارسی	گروه مداخله آموزش های مدرسه مروج سلامت را دریافت کردند	جزوه های خود آموز و تمرین در گروه‌های کوچک	مربیان آموزش داده	بین میانگین نمرات سطح سلامت عمومی، عزت نفس، شادکامی و رضایت از زندگی گروه آزمایش و گروه مقایسه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشت ولی بین میانگین نمرات عملکرد تحصیلی گروه آزمایش و گروه مقایسه از لحاظ آماری تفاوت معنادار مشاهده شد (P = ۰/۰۰۵)	دانش آموزان دختر	۱۰ هفته	ذکر نشده بود
۸	مقدم و همکاران (۱۳) ۲۰۱۴	انگلیسی	برنامه ارتقاء سلامت آموزش داده شد	آموزش عملی و تمرین برای آموزش‌های ارائه شده	ذکر نشده بود	آموزش طرح مدارس ارتقاء دهنده سلامت می تواند در افزایش سلامت روان دانش آموزان پیش دانشگاهی موثر باشد. (P = ۰/۰۰۱)	دانش آموزان دختر ۱۲ ساله	جلسه ۲ ساعته	ذکر نشده بود



چک لیست استفاده کرده بود، مطالعه ی رضائی و همکاران (۶) بود. در این مطالعه (۶) برنامه آموزشی جامعی ارائه نشده بلکه فقط موارد عدم انطباق با استاندارد ها به مدیر و مراقب بهداشت مدرسه، اعلام و آموزش های هدفمند بر اساس دستورالعمل راهنمای این برنامه در خصوص مواردی که نیاز به ارتقا دارند داده شد. با این که در این مطالعه برنامه آموزشی دقیقی ارائه نشد ولی نتایج آن نشان دهنده ی ایجاد تغییرات مثبت در هر ۸ بعد این چک لیست شده بود. از آنجا که مدارس، محیط هایی با ظرفیت بالا برای پذیرش نواقص خود هستند، در نتیجه بازدهی های مستمر از مدارس و ارائه راهکار به اولیاء و مربیان می تواند نتایج زود بازدهی جهت ارتقاء کیفیت مدارس داشته باشد، اگر در ضمن بازدهی های کارشناسان مرکز بهداشت از مدرسه، مداخلاتی جهت ارتقاء سلامت دانش آموزان برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی گردد وضعیت سلامت دانش آموزان بهبود خواهد یافت.

مطالعه ی دیگری که از چک لیست استاندارد استفاده کرده بود، مطالعه ی بابا زاده و همکاران (۷) بود. مداخله ای که برای این مطالعه در نظر گرفته شده شامل برنامه کاملی بود که در دو مرحله انجام گرفت. برای انجام فعالیت های مرحله اول، اسناد خط مشی در مقیاس محلی و ملی بررسی شد، افراد مسئول اصلی در سازمان های محلی، تصمیم گیرندگان و کسانی که توانایی و شانس لابی گری در این سیاست گذاران و سایر مقامات مهم راداشتند، مشخص شدند. سپس با افراد شناسایی شده تماس گرفته شد تا ایده پشت برنامه مدارس ارتقاء دهنده سلامت را اعلام کنند. مرحله دوم شامل برنامه ریزی برای برنامه جامع حمایتی بود. فعالیت های این مرحله شامل: تجزیه و تحلیل سیاست ها، تدوین استراتژی های برنامه حمایتی جامع، تصمیم گیری در مورد مناسب ترین استراتژی ها و اجرای برنامه. یافته های این مطالعه نشان داد این مداخله آموزشی باعث بهبود میانگین نمرات در هر ۸ آیتم چک لیست استاندارد شده است (۷). همانطور که در بالا شرح داده شد، مطالعه ی بابا زاده دارای یک مداخله خوب طرح ریزی شده و چند سطحی بود که به نتایج مثبت و معنی داری دست پیدا کرد. نقطه قوت این مطالعه

استفاده از همکاری بین بخشی برای ارتقاء سلامت دانش آموزان بود. انجام مطالعاتی با این رویکرد در حوزه ی مدارس می تواند انجام فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت در مدارس را تسهیل کند و به این فعالیت ها رسمیت بیشتری ببخشد، ولی متأسفانه با اینکه در دستورالعمل مدارس مروج سلامت به استفاده از همکاری ها و مشارکت های بین بخشی در سطح مدارس ارتقاء دهنده سلامت اشاره شده است، استفاده از این ظرفیت در ایران بسیار ضعیف می باشد. سومین مطالعه ای که از چک لیست استاندارد استفاده کرده است مطالعه ی زارع پور و همکاران (۳) بود. در این مطالعه مداخله به این صورت بود که عدم رعایت استانداردها به مدیران اطلاع داده شد و برخی از آموزش ها مطابق دستورالعمل برنامه مدرسه ارتقای سلامت، به مدیران مدرسه ارائه شد. این مطالعه یک سال به طول انجامید و طی آن سه بار پیگیری صورت گرفت. طبق نتایج این مطالعه در دو بعد ارائه خدمات بالینی و خدمات بهداشت روانی و مشاوره تغییرات مثبت معنی داری ایجاد نشد، ولی در پیگیری ۶ ماهه تغییرات مثبت و معنی داری در راستای سلامت دانش آموزان و محیط پیرامون آنها بدست آمد (۹). اگر طول مدت مطالعه مناسب باشد و پیگیری های بعد از مداخله در چند نوبت انجام شود، شاهد بهبود کیفیت مدارس خواهیم بود، اما در کنار این موضوع شناخت گروه هدف نیز بسیار مهم می باشد. در این مطالعه فقط مدیران مدارس مداخله آموزشی را دریافت کردند و سایر کادر مدرسه و مهم تر از آنها دانش آموزان در مداخله وارد نشدند، بنابراین همانطور که قابل پیش بینی هست همه حیطه ها به پیشرفت مثبتی نرسیده اند، چون رکن اصلی هر مدرسه دانش آموزان هستند و اگر در هنگام طراحی برنامه ها به این گروه هدف توجه نشود برنامه به اهداف مورد نظر خود نخواهد رسید.

طبق بررسی ما اکثر مداخلات آموزشی که در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران انجام شده اند، در حوزه بهداشت روانی بودند. دو مطالعه ی مقدم (۱۳) و مطالعه ی کوچکی (۱۵) در حیطه سلامت عمومی، سلامت روان و رفتارهای پرخطر دانش آموزان انجام شده اند و جالب توجه است که نتایج متفاوتی بدست آورده اند. در مطالعه

با تعداد بالای سوالات (بیشتر از ۳۰ سوال) استفاده شده است، در حالی که دانش آموزان توانایی پاسخگویی به این حجم از سوالات را ندارند، بنابراین احتمال خطا در پاسخگویی به سوالات از جانب دانش آموزان و در نتیجه عدم اطمینان به نتایج مطالعه افزایش می‌یابد.

محدودیت‌ها: طرح مدارس ارتقاء دهنده سلامت از سال ۱۳۸۵ در ایران اجرا شده و این سابقه کوتاه مدت باعث شده مطالعات زیادی در این زمینه انجام نشود، از طرفی بسیاری از مطالعاتی که در این زمینه انجام شده اند در قسمت روش کار و مخصوصاً ارائه مداخله، استانداردهای لازم برای ورود به این مرور سیستماتیک را نداشتند.

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های ما وضعیت مدارس ارتقاء دهنده سلامت در ایران به لحاظ تعداد این مدارس و کیفیت خدمات ارائه شده در آنها در مقایسه با مدارس ارتقاء دهنده سایر کشورهایی که مقالات سیستماتیک در این زمینه منتشر کرده بودند (۳-۱)، بسیار ضعیف می‌باشد. از آنجا که شالوده‌ی سلامت جسم و روان هر انسانی از کودکی و نوجوانی او شکل می‌گیرد، ضروری است تا اطمینان حاصل شود که کودکان فرصت و حمایت کافی برای پرورش رفتار سالم در محیط‌های حامی سلامت را دارند. باتوجه به اینکه هدف از گسترش مدارس ارتقاء دهنده سلامت نیز ترویج و استقرار مفاهیم ارتقای سلامت در بین دانش آموزان مدارس می‌باشد، انجام مطالعات با کیفیت و کمیت بیشتر در این حوزه می‌تواند نقاط قوت و ضعف این برنامه را به خوبی نمایان سازد. اکثر مطالعات انجام شده در ایران به بررسی وضعیت ظاهری و فیزیکی مدارس ارتقاء دهنده پرداختند، طبق بررسی‌های ما این مرور سیستماتیک اولین مطالعه‌ای بود که به بررسی مداخلات انجام شده در مدارس ارتقاء دهنده سلامت ایران پرداخت تا به نوعی کیفیت خدمات ارائه شده در این مدارس را بررسی نماید. با انجام مطالعه‌ی حاضر مشخص شد مفهوم مدارس ارتقاء دهنده سلامت در خود این مدارس نیز به خوبی تعریف نگردیده زیرا سطح آموزش‌هایی که در حوزه‌های مختلف در این مدارس ارائه گردیده بود از کیفیت لازم برخوردار نبود. بنابراین لازم است در راستای افزایش کیفیت مدارس ارتقاء دهنده سلامت و همچنین افزایش تعداد این

مقدم و همکاران مداخله آموزشی بر تغییر نگرش نسبت به سیگار کشیدن، اعتیاد، سوء مصرف مواد مخدر و مصرف الکل در دانش آموزان پیش‌دانشگاهی تأثیر تأثیر گذار بود، اما یافته‌های کلی پژوهش کوچکی و همکاران حاکی از عدم اثر بخشی آموزش‌های ارائه شده در بین دانش آموزان است. تفاوت عمده‌ای که بین روش کار این دو مطالعه وجود داشت تعداد حجم نمونه بود، حجم نمونه در مطالعه‌ی کوچکی ۴۰۰ نفر و در مطالعه مقدم ۴۰ نفر می‌باشد، به نظر می‌رسد انتخاب حجم نمونه بزرگ تر باعث شده تا مداخله آموزشی تأثیر مورد انتظار را نداشته باشد، بنابراین لازم است ارائه دهندگان آموزش در مواردی که حجم نمونه زیاد است بیشتر در ارائه آموزش دقت کنند. از طرفی محققان برای انجام مداخله در حوزه‌ی سلامت روان و رفتارهای پرخطر دانش آموزان باید شرایطی از جمله تأثیر همسالان، شرایط اقتصادی و اجتماعی و مشارکت والدین را در نظر بگیرند تا مداخلات به نتایج بهتری برسند.

مطالعه‌ی بهادری و همکاران (۱۰) و مطالعه احمدی و همکاران (۱۱) در حیطه‌ی رفتارهای پرخطر دانش آموزان انجام شدند. مطالعه‌ی بهادری به بررسی تأثیر مداخله آموزشی در سه حیطه استرس تحصیلی، مهارت‌های زندگی و رفتارهای پرخطر پرداخت، مداخله‌ی آموزشی این پژوهش بر اساس دستورالعمل اجرایی برنامه آموزش مروج سلامت بود که در ۸ جلسه برگزار گردید. نتایج این مطالعه نشان داد در هر سه حیطه مورد نظر بهبود حاصل شد. در مقابل مطالعه‌ی احمدی (۱۱) که نگرش دانش آموزان را نسبت به اعتیاد و مصرف مواد را مورد هدف قرار داده بود، نتوانست تأثیر مثبتی در راستای کاهش گرایش به سوء مصرف مواد، کاهش گرایش منفعل به سوء مصرف مواد، کاهش گرایش فعال به سوء مصرف مواد و ایجاد نگرش منفی دانش آموزان نسبت به مصرف مواد در پسران ایجاد کند. تفاوت قابل ملاحظه‌ای که در این دو مطالعه نیز مشاهده شد تفاوت در حجم نمونه بود که باعث افت کیفیت و در نتیجه عدم تأثیر گذاری مداخلات آموزشی در پسران در مطالعه‌ی احمدی شد، از دیگر نواقصی که در این دو مطالعه مشاهده شد تعداد ابزارهای استفاده شده است. در هر کدام از این مطالعات چندین پرسشنامه

افزونگی و غیره) به طور کامل توسط نویسندگان رعایت شده است. **تضاد منافع:** نویسندگان اعلام می کنند که هیچ تضاد منافع وجود ندارد **سهم نویسندگان:** نوشین پیمان: طراحی مطالعه و نگارش مقاله، حمیده آهنگری: مشارکت در اجرای طرح و نگارش مقاله. اسماء پورطاهری: مشارکت در جمع آوری اطلاعات

مدارس اقدامات حمایتی از طرف وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران صورت پذیرد. **تقدیر و تشکر:** بدینوسیله از تمامی کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری و حمایت کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم. **ملاحظات اخلاقی:** مسائل اخلاقی (شامل سرقت ادبی، رضایت آگاهانه، سوء رفتار، جعل داده ها و/یا جعل، انتشار و/یا ارسال مضاعف،

## References

- Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC public health. 2015;15:130. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y> PMID:25886385 PMCID:PMC4339015
- McHugh C, Hurst A, Bethel A, Lloyd J, Logan S, Wyatt K. The impact of the World Health Organization Health Promoting Schools framework approach on diet and physical activity behaviours of adolescents in secondary schools: a systematic review. Public Health. 2020;182:114-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.02.006> PMID:32259722
- Khodayari-Zarnaq R, Sadegh Tabrizi J, Jalilian H, Khezme H, Jafari H, Sajadi MK. Assessment of Schools Health Activities and Programs in the Field of Healthy Diet and Nutrition in Tabriz City in 2017. Management Strategies in Health System. 2017;2(3):181-92.
- Fathi B, Allahverdi-pour H, Shaghghi A, Kousha A, Jannati A. Challenges in developing health promoting schools' project: application of global traits in local realm. Health Promot Perspect. 2014;4(1):9-17.
- M IMMCM-RS-DM-AT-AG-T. Health promoting schools in the Islamic Republic of Iran. K N, editor1390.
- Nikbakht H-A, Nasrollapour Shirvani SD, Kh A. Effect of Health Promoting School Program in Schools of the City of Babol :2013. 2015;6:547-56.
- Babazadeh T, Fathi B, Shaghghi A, Allahverdi-pour H. Lessons learnt from pilot field test of a comprehensive advocacy program to support health promoting schools' project in Iran. Health Promot Perspect. 2016;7(1):14-21. <https://doi.org/10.15171/hpp.2017.04> PMID:28058237 PMCID:PMC5209645
- Shirzad M, Taghdisi MH, Dehdari T, Abolghasemi J. Oral health education program among pre-school children: an application of health-promoting schools approach. Health promotion perspectives. 2016;6(3):164. <https://doi.org/10.15171/hpp.2016.26> PMID:27579261 PMCID:PMC5002884
- Zareipour M, Sadaghianifar A, Valizadeh R, Alinejad M, Noorani S, Ghelichi Ghogh M. The effect of health promoting schools programs in improving the health status of schools in Urmia, North West of Iran. 2017;5(43):19-27.
- Bahadori Khosroshahi J, Habibi Kaleybar R, Farid A. The effectiveness of promoting health education program on academic stress, life skills and risky behaviors among students. Educational strategies. 2017;10(1):64-73.
- Ahmadi N, Tale Pasand S, Mohammad Rezaei AS, Sarkshikzadeh P, Ghodsi A. The effectiveness of health promoter training program on primary prevention of addiction in high school students Cognitive analytical psychology.2015; 20 (21):1-15.
- Kochaki G, Kochaki A, Charkazi A, Bayani A, Esmaeili A, Shahnazi H. Investigating the Effect of Implementing the School Based Health Promotion Program on Students' Mental Health. 2011;5(4):14-19
- Moghadam BF, Daramadi PS. Evaluation of effect of training the health promoting school plan on changing attitude towards reduction of high-risk behaviors (smoking, alcohol consumption, drug abuse) and increase in mental health of students. 2016; 6 (S2): 295-303
- Langford R, Bonell C, Jones H, Campbell R. Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. The international journal of behavioral nutrition and physical activity. 2015;12(15):2-17 <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0167-7> PMID:25885800 PMCID:PMC4330926
- Shirkarami J, Sharifi Darvazeh M, Khodadadi Q. Iranian society and new lifestyle challenges. Journal of New Achievements in Humanities Studies. 2018;1 (1): 17-61
- Johan P. The rise and fall of diseases: reflections on the history of population health in Europe since ca. 1700. European Journal of Epidemiology. 2021;36(12):1199-1205 <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00719-7> PMID:33611677 PMCID:PMC7896827
- Firouzpour K. Achievements of International law in fulfillment of right to health in disabled children. Journal of Legal Research. 2021;20(46): 325-346