آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در ایران: گذشته، حال و آینده

نسترن کشاورز محمدی[۱]، فاطمه زارعی[۲]، سعید پارسی نیا[۳]

۱. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. کارشناس ارشد بازنشسته دفتر آموزش بهداشت وزارت بهداشت و درمان

دریافت: ۹۲/۷/۲
پذیرش: ۹۲/۷/۱۴

مقدمه

چگونگی رویکرد بشر به سلامت و درک عوامل موثر بر آن در طول زمان تغییر نموده است. انسان درابتدا با رویکرد غیر علمی به مقوله سلامت و بیماری می نگریست و خرافات، ارواح و سایر دلایل ماوراء طبیعه را در ایجاد بیماری دخیل می دانست. با پیشرفت علم و بخصوص با اختراع میکروسکوپ و رشد علوم زیست شناسی، موجودات جاندار ریز قابل رویت خصوصا میکروب‌ها به عنوان عامل بیماری زا کشف و معرفی شدند و بدین‌گونه رویکردهای علمی به سلامت امکان ظهور یافت.

با پیشرفت علم و تکنولوژی، درک موجود از بیماری و سلامت و رویکرد متخصصین به آن دچار دگرگونی شد، لذا علوم بهداشتی نیز دچار تغییرات تکمیلی و تطابقی مهمی گردیدند که از آن‌ها به عنوان انقلاب‌های علم بهداشت یاد می‌شود. در کشورهای پیشرفته این تغییر جهت، ابتدا از رویکرد خرافی به بیماری به رویکرد پزشکی (انقلاب اول بهداشت عمومی)، و سپس به رویکرد روانشناختی (انقلاب دوم بهداشت عمومی) متبلور شد(۱). گزارش لالوند در سال) ۲ (۱۹۷۴و متعاقب آن انتشار اعلامیه آلما آتا در سال ۱۹۷۸(۳) با ارائه رویکرد جدید جامعه شناسانه به سلامت، به عنوان نقاط عطف انقلاب سوم بهداشت عمومی و موج اول علم ارتقاء سلامت مطرح شدند (۱). انتشار "منشور اتاوا" در سال ۱۹۸۶ در اختتامیه اولین کنفرانس ارتقاء سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت در کانادا برگزار شد، به عنوان تاریخ رسمی تولد این علم محسوب می‌شود (۴).

سازمان جهانی بهداشت در منشور اتاوا ارتقاء سلامت را "فرایند قادر سازی افراد برای کنترل عوامل موثر بر سلامت خود و نهایتا **سلامت خود**" تعریف می‌کند(۵). منشور اتاوا شش استراتژی توسعه سیاستهای سالم بهداشتی، ایجاد محیط‌های حامی سلامت، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی، و بازنگری در سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی را به عنوان جهت‌های اصلی مداخلات ارتقاء سلامت تعریف نموده است(۴). ارتقاء سلامت در سطوح مختلف فردی، گروهی و سازمانی، جامعه و سیاست‌گذاری (غالبا بطور همزمان) مداخله می نماید. شواهد بدست آمده از تجارب جهانی در دو دهه اخیر متخصصین را به سمت رویکردی متمایل نموده است که سلامت افراد را در بستری که در آن زندگی، تحصیل، تفریح و یا کار می‌کنند، اوقات فراغت خود را می گذرانند و یا خدمات سلامت را دریافت می‌کنند مورد توجه قرار می دهد. لذا چند سال بعد از منشور اتاوا مفاهیم شهر سالم، روستای سالم، جامعه سالم، مدارس ارتقاء دهنده سلامت، بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت، دانشگاه، محل بازی و حتی زندان‌های

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

ارتقاء دهنده سلامت مطرح شدند. منشور بانکوک در سال ۲۰۰۵ ضمن تاکید بر منشور اتاوا چهار تعهد اصلی برای ارتقاء سلامت را به شرح زیر پیشنهاد نموده است(۶):

- تبدیل ارتقاء سلامت به محور توسعه
- تبدیل ارتقاء سلامت به مسئولیت همه دولتها
- تبدیل ارتقاء سلامت به مسئله مورد تمرکز جوامع و انجمن‌های مدنی
- تبدیل ارتقاء سلامت به پیش نیاز فعالیت‌های مسئولانه اقتصادی و تجاری

از زمان انتشار منشور اتاوا در سال ۱۹۸۶ تاکنون تغییرات مهمی در ساختار و عملکرد سلامت و توسعه در سازمان‌های بین‌المللی چون سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل و نیز در کشورهای جهان به خصوص کشورهای توسعه یافته ایجاد شده است. انجمن‌های تخصصی ملی و بین‌المللی ارتقاء سلامت دربسیاری از کشورها تاسیس شده است. کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی ارتقاء سلامت و نیز مراکز تحقیقاتی ارتقاء سلامت در بسیاری ازکشورها شکل گرفته اند. در دهها دانشگاه، ارتقاء سلامت در مقاطع لیسانس، فوق لیسانس و دکتری به تربیت نیروی انسانی متخصص می پردازند. اما در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران این روند پیشرفت بسیار کندی داشته است. در این مقاله به اختصار به چگونگی ظهور این علم در ایران و تغییرات ناشی از آن در ساختاراجرایی، آموزشی و تحقیقاتی مرتبط با سلامت در کشور پرداخته می‌شود.

تاریخچه ظهور رویکرد ارتقاء سلامت در ایران

با اینکه در سالهای اخیر شاهد استفاده روز افزون از واژه «ارتقاء سلامت» در ایران هستیم اما با توجه به جدید بودن این مفهوم، یا به عبارت بهتر جدید بودن این «رویکرد» به سلامت که به نوعی یک تخصص جدید در علوم بهداشتی محسوب می‌شود، کمتر معنای علمی واژه مد نظر بوده است. بسیاری از افراد،واژه ارتقاء سلامت را به معنای سنتی «بهبود سلامت» در نظر می گیرند. ارتقاء سلامت در ایران به مفهوم آکادمیک در مراحل اولیه رشد است. به نظر می‌رسد در ایران هنوز رویکرد پزشکی به سلامت غالب ترین رویکرد است، اما انقلاب دوم بهداشت عمومی یعنی رویکرد روانشناختی به سلامت که مهمترین استراتژی مداخله ای آن آموزش بهداشت بخصوص در سطح فردی است بیش از چند دهه است که شروع شده، وسعت و تکامل یافته است. رویکرد جامعه شناسانه به سلامت و به عبارتی رویکرد ارتقاء سلا مت با تاخیر بسیار فقط در چند سال اخیر مورد توجه قرار گرفته است. در اینجا ذکر تغییرات در سه ساختار معاونت بهداشتی، معاونت آموزشی و وزارت بهداشت شامل دانشگاه‌ها، بورد تخصصی و انجمن علمی ضروری بنظر می‌رسد.

معاونت بهداشتی

تاریخچه فعالیت‌های رسمی آموزش بهداشت در ایران به شصت سال پیش بر می گردد که تحت عنوان «اداره تبلیغات» در وزارت بهداری شروع به کار کرد (۷). ده سال پس از تاسیس اولین وزارتخانه بهداشت با عنوان «وزارت الصحه»، در شهریور ماه سال ۱۳۳۰ دفتر آموزش بهداشت همگانی با همت دکتر معارفی شروع به کار کرد و فعالیت‌های آموزش بهداشت در سطح محدودی آغاز شد(۸). بنیانگذار آموزش بهداشت و یا در حقیقت اولین مسئول و مدیر کل آموزش بهداشت در ایران آقای دکتر معارفی در شهریور ماه سال ۱۳۳۰ انتخاب گردیدند(۸). ایشان در سه دوره به عنوان مدیر کل مشغول کار بودند و در دهه پنجاه شمسی به عنوان مشاور و مدیر بخش آموزش بهداشت در دفتر سازمان جهانی بهداشت در ژنو انجام وظیفه نمودند. تا کنون ۲۰ نفر این مسئولیت را برای مدت‌های متفاوت بر عهده داشته‌اند. در ابتدا فعالیت‌های این دفتر متوجه مسایل ریشه کنی مالاریا گردید و به تدریج در طی سالهای بعد فعالیت‌هایی نظیر بهسازی محیط، تالیف مواد درسی و آموزشی، تهیه پوستر و بولتن را بر عهده گرفت. در آن زمان دوره‌های مقدماتی به مدت شش هفته برای شش نفر از کارکنان جهت آموزش مبارزه با مالاریا ترتیب داده شد، سپس این افراد به مناطق مختلف کشور اعزام شدند. در سال ۱۳۳۱ ده نفر دارای مدرک لیسانس برای آموزش بهداشت انتخاب شده و چهار ماه تحت آموزش‌های لازم قرار گرفتند(۷). مدتی بعد در سال ۱۳۴۰ دفتر آموزش بهداشت تحت نظر معاونت فنی وزارت بهداری قرار گرفت. این دفتر به تدریج توسعه یافت و در سال ۱۳۵۱ به اداره آموزش بهداشت عمومی تغییر یافت و فعالیت‌های آن نیز گسترده شد و عهده دار انجام رسالت‌های مربوط به آموزش بهداشت در سطح کشور گردید(۷). این اداره بارها به سطح دفتر تنزل و مجددا به اداره ارتقاء یافت. اولین منابع درسی آموزش بهداشت توسط دفتر آموزش بهداشت تحت عنوان «آموزش برای بهداشت» در سال ۱۳۶۴ چاپ و منتشر گردید(۹). از نیمه دهه هفتاد رویکرد ارتقاء سلامت در ایران شروع به ظهور نمود. شاید بتوان گفت بازگشت اولین دانش آموخته‌های ارتقاء سلامت به ایران مانند دکتر تقدیسی نقش

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

مهمی در مطرح شدن و ورود علم ارتقاء سلامت در ایران را ایفا نمود. در این زمان (۱۳۷۸-۱۳۷۸) کمیته‌های ارتقاء سلامت در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت تشکیل(۱۰) و اقدامات متعددی از جمله بازنگری متون کتب درسی دانش آموزان با دیدگاه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت انجام گردید. همچنین حضور برخی مسئولین آموزش بهداشت وزارتخانه در کنفرانس ارتقاء سلامت مکزیک در سال ۱۳۷۹ سر آغاز ترجمه اسناد و کتب مرتبط با ارتقاء سلامت در ایران از قبیل فرهنگ لغت ارتقاء سلامت، و اسناد اجلاس مکزیک بود که توسط دفتر آموزش بهداشت ترجمه و چاپ گردید و در حد وسیعی در درون سیستم بهداشتی کشور منتشر شد. متعاقب آن کارگاه‌های آموزشی برای کارشناسان آموزش بهداشت دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور برگزار گردید. سرانجام در سال ۱۳۸۸ با حمایت موثر معاونت بهداشتی وقت وزارت بهداشت، دفتر آموزش بهداشت به دفتر «آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت» تغییر نام پیدا کرد.

معاونت آموزشی

همزمان با تاسیس دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال۱۳۴۵ شمسی، تربیت مربی بهداشت نیزآغاز گردید و رشته آموزش بهداشت در مقطع کارشناسی ارشد با همت افرادی چون دکتر فروغ شفیعی در دانشکده بهداشت تاسیس شد. در این سال‌ها تا سال ۱۳۵۵ به موازات تربیت مربی بهداشت در داخل کشور، همه ساله چند نفر از مربیان بهداشت برای گذراندن دوره یک ساله فوق لیسانس آموزش بهداشت به کشورهای انگلیس و آمریکا اعزام گردیدند(۷). بعد از انقلاب اسلامی ایران تربیت دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت مجددا از سال ۱۳۶۰آغاز شد. سال‌ها پس از ایجاد مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و توسعه آن در ایران، از حدود سال ۱۳۶۵ تعدادی نیز برای تحصیل در مقطع دکترای آموزش بهداشت به سایر کشورها اعزام گردیدند(۱۱). چند سال بعد از شروع بازگشت دانش آموخته‌های دکترای آموزش بهداشت از خارج از کشور، دوره دکترای تخصصی رشته آموزش بهداشت ابتدا در سال تحصیلی ۷۱-۱۳۷۰ در دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس و سپس در سال تحصیلی ۷۸-۱۳۷۷ در دانشکده بهداشت علوم پزشکی تهران دایر شد.

از سال ۱۳۷۶ با ورود اولین دانش آموخته‌های رشته ارتقاء سلامت از خارج از کشور مفاهیم ارتقاء سلامت نیز وارد فضای دانشگاهی گردید. در نتیجه بعد از یک دهه بازنگری در سر فصل آموزشی کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت در سال ۱۳۸۶، مقدماتی از مفاهیم ارتقاء سلامت نیز به متون آموزشی اضافه شد(۱۲) . در سال ۱۳۹۰ نام گروه‌های آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی به آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت تغییر یافت(۱۱). در حدود نیمه دوم سال هشتاد شمسی دو سرفصل پیشنهادی برای رشته دکترای ارتقاء سلامت از دانشگاه اصفهان و قزوین به معاونت آموزشی وزارت بهداشت پیشنهاد شد. نهایتا در طی یک دوره چند ساله و اتفاقات متعدد، درسال ۱۳۸۹ با ادغام سرفصل پیشنهادی قزوین و سرفصل بازنگری شده دکترای آموزش بهداشت، با محوریت ارتقاء سلامت تدوین شد، سرفصل جدید آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و اصلاحات نهایی آن در کمیته ای با مسئولیت نویسنده اول این مقاله(۱۳) و حضور افرادی شامل دکتر غفاری، دکتر تقدیسی، دکتر شجاعی زاده، دکتر هزاوه ای، دکتر شریفی راد، دکتر توکلی و دکتر رخشانی در طی جلسات متعدد نهایی گردید و با ابلاغ آن توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت، جذب دانشجوی دکترای آموزش بهداشت متوقف شده و رشته دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت جایگزین آن گردید(۱۴). بورد تخصصی آموزش بهداشت نیز در سال۱۳۸۹به بورد تخصصی «آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت» تغییر نام یافت.

انجمن علمی

انجمن تخصصی علمی آموزش بهداشت برای اولین بار با همت افرادی چون آقایان دکتر داوود شجاعی زاده، دکتر علی اکبر جعفری موسوی و دکتر محمد حسین تقدیسی در تاریخ ۱۳۷۷/۱۱/۲۰ پروانه فعالیت خود را از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران تحت عنوان «انجمن علمی آموزش بهداشت ایران» در یافت نمود(۱۵) و تاکنون پنج دوره انتخابات هیئت رئیسه برگزار شد. در سال ۱۳۹۰ این انجمن نیز همسو با تغییرات ذکر شده به انجمن آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت تغییر نام داد(۱۵).

استقبال با تاخیر از رویکرد ارتقاء سلامت

مروری بر روند تغییرات نشان می دهد که به خصوص در چند سال اخیر، هر چند با تاخیر، قدمهای مهمی در راستای تغییر جهت از توجه صرف به آموزش بهداشت که بر تغییر دانش، نگرش و رفتار فرد متمرکز است به رویکرد ارتقاء سلامت که بر تغییر مولفه‌های مختلف اجتماعی و محیطی موثر بر

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

سلامت در سطح جامعه تاکید دارد بر داشته شده است. البته این تغییر جهت ماهیت تکاملی دارد و لذا نه تنها از ارزش و جایگاه آموزش بهداشت به عنوان یک استراتژی محوری در استراتژی‌های پنجگانه ارتقاء سلامت نمی کاهد بلکه با تایید اهمیت آن، لزوم توجه به سایر استراتژی‌های ارتقاء سلامت را نیز مورد تاکید قرار می دهد که لازمه اثر بخشی و پایداری مداخلات آموزشی و غیر آموزشی ارتقاء سلامت می‌باشد.

این تغییرات تکاملی، با سختی‌ها و چالش‌هایی نیز همراه بوده و خواهد بود. شاید مهمترین چالشی که خوشبختانه تقریبا رفع شده است سوء تفاهم و برداشت اشتباه در مورد احتمال تقابل آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت بود که متاسفانه به نظر نویسنده، علت آن عمدتا دانش محدود و سطحی هم در مورد مفهوم آموزش بهداشت و هم ارتقاء سلامت بوده است. لذا جا دارد تاکید شود همانطور که منشور ارتقاء سلامت اتاوا و سازمان جهانی بهداشت تصریح می‌کنند آموزش بهداشت بخشی مهم، حیاتی و لاینفک ارتقاء سلامت و مداخلات آن در همه سطوح است.

بسترها و راه پیش رو

در حال حاضر،متعاقب تحولات ذکر شده، با وجود ساختارهایی چون دفتر آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، بورد تخصصی، انجمن تخصصی، دایر بودن مقاطع کارشناسی ارشد و دکترای آموزش بهداشت در بسیاری از دانشگاههای کشور، مجله تخصصی انجمن و مجلات مرتبط دیگر و نیز مراکز تحقیقاتی، به نظر می‌رسد بستر فیزیکی و انسا نی مناسبی برای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در ایران مهیا شده که باید از آن بهترین استفاده را نمود. اما به نظر می‌رسدکه بنا به دلایل متعدد، استفاده ناچیز یا ناکافی و کم اثر از این ظرفیت‌ها به عمل می آید.

شاید بتوان گفت که یک علت مهم، ضعف علمی موجود در مورد ارتقاء سلامت در ایران باشد. به نظر می‌رسد علیرغم اقدامات انجام شده، این مباحث هنوز در مرحله نظری و آن هم ناقص است. مروری بر پایان نامه‌های دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری آموزش بهداشت و مقالات ارائه شده در کنفرانس‌های کشوری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت نشان می دهد از استراتژی‌های شش گانه ارتقاء سلامت، اکثریت تحقیقات معطوف به استراتژی توسعه توانمندی‌های دانشی و فردی ارتقاء سلامت است. لذا در شرایطی که مبنای علمی مورد نیاز جهت طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات ارتقاء سلامت در میان متخصصین و دانش آموختگان بهداشت ناکافی است دور از انتظار است که چنین دانشی در میان پزشکان، مدیران بخش سلامت و سایر بخش‌ها وجود داشته و در عمل نیز مشهود باشد.

با توجه به آنچه که بیان شد و بر اساس تجارب موجود، به نظر می‌رسد از مهمترین مسائلی که در آینده باید بیش از پیش بر آنها تکیه نمود تقویت بنیه علمی نیروی انسانی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، توجه به کیفیت و استفاده از شواهد علمی و تجارب ملی و بین‌المللی در آموزش، تحقیقات، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های ارتقاء سلامت و تقویت همکاری‌های علمی بین محققین و نیز بین بدنه علمی و اجرایی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در کشور باشد.

منابع

1. Beaglehore, R., & Bonita, R. (1997). Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press.

2. Lalonde , Mv(1974).2) A New perspectives on health of Canadians, Ottawa, Canada

3. WHO(1978). Almata declaration

4. WHO(1986).Ottawa Charter

5. WHO (1998). Health promotion glossary. Geneva

6. WHO (2005). Bangkok Charter . Geneva

7. Deputy of Education. (2010). PhD in Health Education Curriculum

8. Azizi, M.H (2007). The Historical backgrounds of the Ministry of health foundation in Iran. Arch Iranian Med ; 10 (1):119-123

9. Moarefi, A. (1985) .Information and Education for health, Islamic republic of Iran, Assignment report for WHO.

10. Taghdisi, M.(2011). Phone interview by the first author

11. Shojaeezadeh, D. (2011). Phone interview by the second author

12. Deputy of Education (1999). Revised curriculum for Master degree of health education , Ministry of Health, Tehran

13. Deputy of Education (2010). Document no 523/155, Ministry of Health, Tehran

14. Deputy of Education (2010). Document no 5/500/2611, Ministry of Health, Tehran.

15. Deputy of Education (2009). Revised curriculum for Ph.D degree of health education , Ministry of Health, Tehran.

16. IHEPSA (2012). History of Iranian association of health education and promotion. Available at : http://www.ihepsa.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=61 Downloaded on 12/12/2012

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]