Volume 23, Issue 3 (May- June 2024)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Evolution of understanding the concept of health: An introduction for designing strategies to improve public health in Iran

Nastaran Keshavarz Mohammadi [1*], Ali Montazeri [2]

1. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Received: 24 April 2024
Accepted for publication: 24 April 2024
[EPub a head of print-25 April 2024]
Payesh: 2024; 23(3): 337- 352

Abstract

The first step in designing any program, including national health promotion strategies, is a deep understanding of health and disease. It requires the acquisition of up-to-date and comprehensive knowledge of health by studying the history and evolutionary revolutions of scientific and experimental knowledge in the field of defining health, understanding the factors and processes that lead to the formation of health, the risks that threaten health and ultimately create disease. This article is the first article in a series of articles related to the development of Iran's national health promotion strategies. It reviews the history related to health, public health and health promotion, and provides a summary of the latest contemporary vital knowledge related to health, which we believe, all students, professionals, researchers, managers and policy makers pay health should be equipped with.

Keywords: health, public health, health promotion

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

[*] Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: n_keshavars@yahoo.com

سلسله مقالات تدوین راهبردهای ملی ارتقای سلامت: مروری بر تحولات مفهوم سلامت در گذر زمان و درس هایی برای طراحی راهکارهای ارتقای سلامت همگانی ایران

نسترن کشاورز محمدی[1*]، علی منتظری[2]

۱. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ اردیبهشت ۱۴۰۳]

نشریه پایش: ۳۵۲- ۳۳۷ :(۳)۲۳؛ ۱۴۰۳

چکیده

اولین قدم طراحی هر برنامه ای از جمله راهبردهای ملی ارتقای سلامت، درک عمیق سلامت و بیماری است. این قدم مستلزم کسب دانش به روز و جامع از سلامت از طریق مطالعه و مرور تاریخچه و سیر تحولات علمی و تجربی در زمینه تعریف سلامت و درک عوامل و فرایندهایی است که به شکل گیری سلامت، خطرات تهدید کننده سلامت و نهایتا بیماری منجر می شود. این مقاله که اولین مقاله ار سلسله مقالات مرتبط با تدوین راهبردهای ملی ارتقای سلامت ایران است، ضمن مرور تاریخچه مرتبط با سلامت، سلامت همگانی و ارتقای سلامت، خلاصه ای از آخرین دانش معاصر مرتبط با سلامت که درک آن برای دانشجویان، کارشناسان، محققین، مدیران و سیاستگذاران سلامت حیاتی است می پردازد.

کلیدواژه ها: سلامت، سلامت همگانی، ارتقای سلامت

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

E-mail: n_keshavars@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

مقدمه

گرچه همه دولت ها در راستای تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه خود تلاش می کنند، اما میزان موفقیت آنها بنا بر شاخصهای مرتبط با سلامت بسیار متفاوت است. از عوامل مهم موثر بر میزان موفقیت و یا شکست احتمالی برنامه ها می توان به جامعیت، درستی و به روز بودن درک مدیران سلامت و اتخاذ راهبردهای موثر ارتقای سلامت و به عبارتی نوع مدل و چارچوب مفهومی راهبر برنامه یا مدل ذهنی هدایت کننده برنامه و راهبردهای آن است. مدل مفهومی سلامت، منعکس کننده چگونکی درک ما از سلامت، فرایند، شرایط و عوامل شکل دهنده و یا تهدید کننده سلامت است. برای تدوین این مدل مفهومی لازم است اطمینان حاصل شود که دانش و اطلاعات ما از پیشرفت های علمی و عملی مرتبط با سلامت و روشهای ارتقای سلامت به روز باشد. این نوشتار بخشی از یک پروژه جامع تدوین راهبردهای ارتقای سلامت دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با حمایت مالی دفتر یونیسف در ایران است. این نوشتارکه در واقع نتایج یک مرحله مطالعاتی تدوین مدل مفهومی سلامت است، با مروری بر تحولات علمی، مدیریتی و تجارب گذشته، حال و جهت گیری های آینده نگر در حوزه سلامت همگانی، تصویر جامع و خلاصه ای از تعیین کننده ها و عوامل موثر بر شگل گیری سلامت و نیز نوع رابطه بین این عوامل که لازمه تدوین مدل مفهومی جامع و به روز از سلامت است را ارایه میدهد. مدل مفهومی طراحی شده بعد از نهایی شدن در فرایند مشاوره با ذیربطان کلیدی در نوشتار بعدی منتشر خواهد شد.

سیر تکاملی درک از سلامت و بیماری

درک بشر از بیماری و سلامت شامل مفهوم، علل، علائم، مکانیسم و فرایندها و مداخلات مرتبط با آن مانند هر پدیده دیگری در گذر زمان دچار تحول و تکامل شده است. این تحولات هم در به روز کردن روش های حفظ و بهبود سلامت فردی یا شخصی (Individual or personal health) یعنی پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است و هم روشهای حفظ و بهبود سلامت همگانی (Public Health) را تحت تاثیر قرار داده است.

روش های مختلفی برای طبقه بندی این تحولات و نقاط عطف در حوزه سلامت وجود دارد. مثلا در ادبیات سلامت همگانی بر اساس راهکارهای بهبود سلامت دوره های گندزدایی (Sanitation)، پاکیزگی و یا بهداشت فردی Hygien، سلامت همگانی Public Health شامل ایمن سازی و سلامت همگانی جدید (New Public Health) شامل آموزش و مشارکت داوطلبانه افراد در دهه ۷۰ میلادی و ارتقای سلامت (Health promotion) در دهه ۸۰ و سپس تعیین کننده های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health) قابل تشخیص است [۱]. اما برخی این تحولات در حوزه سلامت را در قالب سه دوره یا انقلاب سلامت همگانی [۲] و برخی در چهار دوره یا انقلاب [۳] طبقه بندی نموده اند که در اینجا به آن می پردازیم.

انقلاب اول: از رویکرد غیر علمی به رویکرد علمی زیست شناسی-پزشکی (بیومدیکال)

بشر اولیه بیماری را به عوامل ماورایی چون ناخشنودی نیاکان، طبیعت، خدایان، و یا شیاطین و یا تقدیر الهی نسبت می دادند و به عبارتی رویکردی خرافی به سلامت داشتند. با ظهور ادیان سازمان یافته از جمله ادیان ابراهیمی، برخی بیماری را ناشی از خواست و تقدیر و آزمایش الهی و حتی مجازات گناه می پنداشتند. به عبارتی دلایلی ماوراء طبیعت برای بیماری مطرح می نمودند [۴]. گروه های دیگری معتقد بودند بیماری امری کاملا مطابق با طبیعت فرایند رشد و تکامل گونه انسان است [۴]. البته این دیگاهها هم اکنون در قرن ۲۱ نیز طرفدارانی دارد. اولین عوامل شناخته شده مسئول مرگ، بیماری و ناتوانی بشر در ابعاد وسیع، بیماریهای عفونی واگیرداری چون طاعون، وبا، حصبه و نیز بیماری منقله جنسی چون سفلیس بود. در نتیجه تلاشها بیشتر متمرکز بر درک علل این بیماری ها و یافتن راهکار مقابله با آن شدند. اما نکته جالب توجه این است که محرک مدیریت کردن بیماریهای کشنده واگیر، الزاما توجه به سلامت افراد جامعه نبود بلکه بسیار فراتر از سلامت همگانی، مسئله ساماندهی اجتماع و تدوام دولت ها بود. دولتمردان به علت تاثیرات اقتصادی و اجتماعی شامل تجارت، مالیات، امنیت و نظم شهرها به خصوص توانایی مردان به عنوان نیروی کار یا سربازان جنگ و یا رفاه قشر ثروتمند و برخوردار جامعه علاقمند به انجام اقداماتی برای کنترل بودند [۴]. صرف نظر از انگیزه، نوع درک از علت ایجاد یا روش انتقال آن به دیگران (حتی دلایل کاذب و غیر واقعی) از مهمترین مبانی طراحی و پیاده سازی راهکار های علمی و غیر علمی بود. مثلا در قرن ۱۴ در طی همه گیری طاعون معروف به مرگ سیاه که باعث از بین رفتن یک سوم جمعیت اروپا شد، حتی قبل ازتوسعه علم زیست شناسی، ضدعفونی محیط و سطوح، قرنطینه بیماران و افراد مشکوک به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

عنوان ناقلین بیماری اجرا می شد. البته گاهی افراد به دلایلی چون توطئه پزشکان، ثروتمندان، دولت یا گروهی از جامعه شامل یهودیان در بیمار کردن عمدی افرادی از جامعه مثلا از طریق آلوده کردن منابع آبی باور داشتند که نه تنها باعث بی اعتمادی به دولت و دست اندرکاران سلامت می شد بلکه حتی باعث قتل عام افراد متهم نیز می شد [۴].

مهمترین پیشرفت های علمی و فن اوری که باعث شروع رویکردهای علمی به سلامت بود، اختراع میکروسکوپ و توسعه علوم زیست شناسی به خصوص "نظریه میکروب ها" در نیمه قرن نوزده و نیز توسعه دانش و فن اوری ایمنی شناسی و همه گیری شناسی و علوم آزمایشگاهی بود. با توجه به تداوم رواج همه گیری های بیماریهای عفونی مرگ بار، تلاش برای مبارزه با این بیماری ها باعث پیشرفت های علمی میکروب شناسی شد که منجر به موفقیت در مهار این بیماری ها به عنوان مهمترین عامل مرگ در بسیاری کشورها در آن دوران گردید. این موفقیت به عنوان اولین انقلاب سلامت همگانی معروف شد [۲]. سلامت همگانی تا ۱۹۷۰ این مدل پزشکی یا زیستی و تئوری های آن را به عنوان چارچوب مفهومی سلامت برای برنامه ریزی و اقدام جهت محافظت و ارتقای سلامت مردم که عمدتا بوسیله بیماری های عفونی تهدید می شد را دنبال نمود و به موفقیت های بزرگی نیز رسید [۵] .در این دوران علاوه بر تجارب سنتی، دانش افزاینده ای در مورد نقش آب های آلوده به مدفوع انسان، هوای آلوده شهرها و کارخانجات صنعتی و مملو از جمعیت، تغذیه نامناسب، ارتباطات نزدیک شامل رابطه جنسی، بهداشت نامناسب فردی، آلودگی منزل و محله در ایجاد و انتقال بیماری دسترس قرار گرفت [۱]. بنابراین با ممکن شدن اجتناب از بیماری، توجهات از درمان بیماری ها به پیشگیری از آنها معطوف شد). استراتژی ها ی این مدل مفهومی سلامت عمدتا شامل دارو های ضد میکروبی و کاهش آسیب پذیری افراد از طریق ایمن سازی بود [۶]. البته برای پیاده سازی این رویکرد، قوانینی در برخی کشورها وضع شد مثلا اجباری شدن ایمن سازی بر علیه برخی بیماری ها توسط همه افراد جامعه یا گروههای در خطر ابتلاء یا انتقال. این موفقیت ها باعث کاهش مرگ، افزایش طول عمر و تغییر الگوی بیماری در کشورهایی که به این دانش دسترسی داشتند، به خصوص قاره اروپا و شمال قاره آمریکا، و مداخلات پزشکی مناسبی را اجرا نمودند شد. البته این دیگاه و مداخلات مبتنی بر آن به خصوص در کشورهای غربی، مخالفانی داشته و دارد. مخالفان استدلال می نمایند که اقدامت همه گانی و اجباری شامل واکسناسیون، ازمایش دادن و یا محدود کردن حضور و فعالیت اجتماعی ناقلین بالقوه بیماری های واگیر یا مبتلایان و افراد مشکوک ناقض حق آزادی و حریم خصوصی افراد و یا خلاف ارزشها و فرهنگ افراداست، بنابراین اجباری کردن این اقدامات، نوعی سوء استفاده از قدرت دولت ها بر اعمال فشار بر مردم است [۴].

با توجه به اینکه هنوز بیماری های واگیر نو پدید و بازپدید یکی از چالش های سلامت قرن ۲۱ است، برخی معتقدند این انقلاب هنوز ادامه دارد [۶]. ضمن اینکه امروز تهدیدات تشعشعات مضر برای سلامت و آلودگی های شیمیایی مجددا نقش محیط زیست بر سلامت را پر رنگ می نماید با این تفاوت که دیگر افراد مقصر الوده کردن محیط نیستند بلکه شرکت ها و دولت ها مقصرند [۴]. امروزه درک زیست شناسانه یا پزشکی از سلامت به این معنی است که تمرکز توضیح بیماری عمدتا بر اختلال در زیست شناسی بدن به واسطه حضور یک موجود زنده بیماری زا مثلا شامل میکروب، ویروس، انگل و یا اختلالات فیزیولوژی، آناتومی و ژنتیک و یا یک آلودگی زیست محیطی متمرکز است و لذا استراتژی های مبارزه با آن عمدتا حول محور تامین واکسن دارو، و جراحی یعنی مداخلات پیشگیری، درمان یا توانبخشی با استفاده از محصولات، فن آوری زیستی، پزشکی است.

انقلاب دوم: از رویکرد زیست شناسی- پزشکی به رویکرد روانشناختی

در نتیجه موفقیت انقلاب اول سلامت همگانی و نیز صنعتی تر شدن برخی کشورها، در قرن بیستم این کشورها با تغییر الگوی مرگ و میر و بیماری و چالش های جدید سلامت شامل بیماری های مزمن، حوادث و رفتارهای پرخطری چون مصرف بالای دخانیات، الکل، رفتارهای جنسی پرخطر، و رانندگی های پرخطر مواجه شدند. بنابر این به تدریج تمرکز سلامت همگانی از بیماری های عفونی به سمت بیماری های مزمن و از میکروب به عنوان علت بیماری به رفتار ها و عوامل خطر مرتبط با آن تغییر یافت [۲]. البته این تغییر جهت در همه کشورها اتفاق نیفتاد چون در برخی کشورها هنوز چالش بیماری های عفونی حل نشده بود [۵]. برای مواجهه و حل این چالش جدید یعنی بیماری های مزمن، دیگر پزشکان و مدل مفهومی پزشکی یا زیست شناسی درک سلامت و استراتژی های پزشکی ناشی ازآن هیچیک موثر نبود و نیاز به مدل ها و استراتژی های جدید واضح بود. این شرایط باعث ظهور

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

رویکرد روانشناختی به سلامت شد که بیماری را علاوه بر عوامل زیستی، نتیجه عوامل روانشناختی مانند لذت جویی ،نگرش های نامناسب به سلامت و نبود دانش کافی که منجر به رفتارها و انتخاب های غیر سالم و ایجاد کننده بیماری می دانست. می دانست [۵]. این دوران را انقلاب دوم سلامت همگانی نامیدند. طبیعتا مداخلات پیشنهادی عمدتا شامل مداخلات آموزش بهداشتی برای توانمندسازی جهت مراقبت از سلامت خود بود. این راهبردها منجر به موفقیت هایی در جهت افزایش آنچه امروزه سواد سلامت می نامیم در جوامع هدف شد و همچنین به کاهش میزان های متفاوتی از ابتلاء و مرگ و میر هم منجر شد [۷, ۸].

البته مداخلات آموزشی سابقه در گذشته دور هم دارد ولی شاید تحت تاثیر برخی عوامل از جمله ظهور مجدد لیبرالیسم برجسته تر شد [۴]. در این دوره افراد مسئول سلامت کنترل وضع سلامت خود با استفاده از خدمات بهداشتی درمانی و اتخاذ سبک زندگی سالم بودند.

انقلاب سوم: از رویکرد روانشناختی به رویکرد اجتماعی

علیرغم موفقیت دو رویکرد زیستی- پزشکی و روانشناختی، تداوم برخی چالش های سلامت چه درارتباط با بیماری های واگیر و به خصوص در بیماری های مزمن زمینه را برای انقلاب سوم فراهم نمود [۹]. یکی از این چالش ها، توضیح تفاوت قابل توجه سطح سلامت افراد بود. در اواخر قرن بیستم یعنی در سال ۱۹۷۴ لالوند، وزیر بهداشت وقت کانادا گزارشی از وضعیت سلامت مردم کانادا منتشر کرد که بعدها به نام گزارش لالوند معروف شد که بسیار مورد توجه قرار گرفت و باعث تاثیر در سلامت همگانی در کانادا و جهان شد [۱۰]. گزارش لالوند به جای تمرکز بر بیماری، رویکرد مثبتی به سلامت داشت. انتشاراین گزارش به عنوان "موج اول ارتقای سلامت مدرن" شناخته شده است [۲]. این بدان معناست که رویکردهای قبلی به عنوان رویکردهای سنتی ارتقای سلامت درنظر گرفته می شوند. این گزارش الهام بخش نشست WHO و اعلامیه آلما آتا بود که در آن از یک رویکرد جامع به سلامت با تأکید بر عوامل تعیین‌کننده سلامت که خارج از بخش سلامت هستند، حمایت نمود [۱۱].

اولین کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت در سال ۱۹۸۶ اعلامیه معروفی را به نام "منشور اتاوا" [۱۲] ارائه کرد. منشور اتاوا یک تغییر بنیادی در درک سلامت را به صورت تغییر جهت از دیدگاه فردگرایانه به دیدگاه جمع گرایانه که بر نقش بافت اجتماعی و محیط تاکید دارد، پایه ریزی و تثبت نمود. همانطور که [۱۳] استدلال می کند، توسعه مفاهیم و اصول ارتقاء سلامت، تا حدی، پاسخی بود به یک رویکرد بسیار ساده انگارانه، فردگرا و تقلیل گرایانه به سلامت که در مداخلات سلامت همگانی در دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰ غالب بود. این منشور ثابت کرد که در تکامل عملکرد سلامت همگانی و ظهور "حوزه چند تخصصی جدید ارتقاء سلامت" بسیار تأثیرگذار است. پس از آن، برخی از نویسندگان آن را موج دوم ارتقای سلامت مدرن [۲] و انقلاب سوم سلامت همگانی نامیدند. راهبردهای سنتی تغییر رفتار مانند آموزش بهداشت (با تاکید عمده بر دلایل فردی رفتار و غفلت از دلایل اجتماعی رفتار) تنها بخشی از مجموعه پیچیده تری از ابزارها برای ارتقای سلامت هستند [۱۴]. به عبارت دیگر حالا با شناسایی نقش عوامل اجتماعی در تولید بیماری نیاز به ایجاد تغییرات اجتماعی بود که استفاده از مدل های زیست شناختی-پزشکی سلامت و یا رفتاری سلامت نمیتوانست تاثیر چندانی داشته باشد لذا مدل های اجتماعی و بعدها مدل های محیطی (اکولوژیک) سلامت مطرح شد [۱۵]. منشور اتاوا با تاکید مجدد بر پیش نیازهای اجتماعی سلامت که در اعلامیه آلماآتا اعلام شد، ارتقای سلامت را به عنوان" فرآیندی که افراد را قادر می سازد تا کنترل خود رابر شرایط زندگی افزایش دهند و بدین وسیله سلامت خود را بهبود بخشند" تعریف نمود و پنج حوزه اقدام کلیدی و به عبارتی راهبردهای های کلیدی را برای ارتقای سلامت جامعه و سه اقدام کلیدی پیشنهاد کرده است [۱۲] که در ادامه ارایه خواهد شد.

در سال ۱۹۸۷، یک سال پس از اینکه منشور اتاوا بر اهمیت محیط زیست در تلاش‌های ارتقای سلامت تاکید کرد، سازمان بهداشت جهانی ابتکار "شهرهای سالم" را به عنوان شروع "رویکرد مکانی" برای ارتقای سلامت راه‌اندازی کرد [۱۶]. به دنبال ابتکار شهرهای سالم که رویکردی موفق در اروپا و آمریکا تلقی می‌شد، دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای اروپا رویکردهای مکان محور دیگری از جمله "مدارس ارتقاء سلامت" را توسعه داد. سازمان جهانی بهداشت همچنین اجلاس ۴۲ ام خود در سال ۱۹۸۹و اجلاس۵۱ام در سال ۱۹۹۸ را به ارتقای سلامت اختصاص داد و قطعنامه های WHA42.44 وWHA 51.12 در زمینه ارتقای سلامت را منتشر نمود. این توجه ویژه به ارتقای سلامت در سال های بعد هم ادامه یافت، مثلا در سال ۲۰۰۰ که یکی از موضوعات مورد بحث ارتقای سلام بود [۱۸ , ۱۷].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

انقلاب چهارم: رویکرد پیچیدگی

گرچه رویکرد ارتقای سلامت اثر بخشی خود را نشان داده است [۱۹]، با این حال، در عمل، ارتقای سلامت همچنان بر رویکرد فردی متمرکز شد و رویکرد سیستمی مورد نظر ارتقای سلامت خیلی نهادینه نشد [۲۰]. در ضمن مشکلات جدیدی در حال ظهور است و برخی از مسائل هنوز حل نشده است. در نتیجه یک اجماع در حال شکل گیری در مورد نیاز به استفاده از یک رویکرد سیستماتیک و جامع برای ارتقای سلامت شکل گرفت که شامل یک دیدگاه کل نگر به مشکلات و جمعیت های هدف است [۲۱, ۱۴]. شاید بتوان ادعا نمود که این شرایط زمینه را برای انقلاب بعدی یعنی انقلاب چهارم که رویکرد مبتنی بر پیچیدگی به سلامت آماده نمود. گرین در سال ۲۰۰۶ از متخصصین علوم سیستم ها از جمله سیستم های پیچیده در خواست نمود تا به کمک سلامت همگانی بیایند تا بتوانند تجارب موجود را تبدیل به شواهد علمی نمایند تا بر مشکلات و چالشهای پیچیده سلامت همگانی در قرن ۲۱ فایق آیند [۲۲]. از ابتدای قرن ۲۱ استفاده از علم سیستم های پیچیده در سلامت همگانی و ارتقای سلامت شروع شده است [۲۳, ۳]. از این دیدگاه سلامت، افراد، سازمان ها و جامعه سیستم های پیچیده ای تعریف می شوند که متشکل از اجزای به هم متصل در یک شبکه ای از ارتباطات چند سطحی هستند. در این سیستم ها علت و معلول رابطه غیر خطی دارند بنابراین رفتار کلی سیستم از قبل قابل پیشبینی نیست. انچه مهم است شناخت این پیچیدگی ها برای تشخیص بهتر نقاطی از سیستم که به احتمال بیشتری منجر به تغییر کل سیستم خواهد شد می باشد. از این دیدگاه سلامت یک محصول پیچیده از تعامل عوامل مختلف است. برای مطالعه بیشتر به [۲۴] مراجعه نمایید.

تحول در تعریف سلامت یا بیماری

در طی زمان، تعاریف متعددی از سلامت نیز توسط افراد، انجمن ها و سازمانها ارایه شده است. نگاهی به ادبیات مرتبط با تعریف سلامت، نشان می دهد که اجماعی جهانی وجود دارد که سلامت چیزی فراتر از فقدان بیماری و ناتوانی است. همچنین امروزه سلامت طیفی تعریف می شود که از سلامتی و عملکرد بهینه در هر جنبه ای از زندگی در یک انتها، تا حداکثر ناتوانی در عملکرد منجر به مرگ را شامل می شود. علیرغم این تفاوت های مهمی در انواع تعاریف و درک از سلامت وجود دارد که شاید مهمترین تفاوت آنها از نظر تمرکز بر سلامت یا بیماری، نیز ایستایی یا پویایی سلامت، دیدگاه متخصصین یا مردم، پزشکی یا اجتماعی است که در این بخش مختصرا به آنها می پردازیم.

قدیمی ترین تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت در سال ۱۹۴۶ در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به صورت "خوب بودن کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تصویب و در سال ۱۹۴۸ ابلاغ شد که از ان زمان تغییری نکرده است [۲۵]. در این تعریف سلامت یک برون داد تعریف شده است. از نقد های وارده به این تعریف آرمانی بودن، کلی بودن و ابهام آن، عدم جامعیت، و ایستایی آن بود. در سال ۱۹۷۷، سازمان جهانی بهداشت به طور غیرمستقیم تعریف عملیاتی تر" توانایی داشتن یک زندگی مولد اجتماعی و اقتصادی" را در اعلامیه آلماآتا به عنوان هدف راهبردی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰" ارایه نمود [۲۶]. به عبارتی حداقل از زمان اعلامیه آلماآتا در شعار سلامت برای همه تا سال ۲۰۰، سلامت خوب، سطحی از سلامت تعریف شده است که انسان ها بتوانند برای خود و دیگران فرد مفید و سازنده ای باشند. این نگاه به حداکثر ظرفیت فرد برای خودسازی و شکوفایی و مفید بودن اشاره دارد. در سال ۱۹۸۰، گروه دوستان زمین تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت را به صورت "سلامتی حالتی از خوب بودن کامل جسمی، روانی، اجتماعی و زیست محیطی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی- سلامت شخصی مستلزم سلامت سیاره ای" گسترش داد [۲۷].

به طور سنتی، سلامت و بیماری دو روی یک سکه درک شده است. شاید به همین علت بر حسب اینکه تمرکز بر کدام روی سکه قرار گرفته است دو مکتب فکری یا رویکرد شکل گرفته است. هرمکتب شامل انواع تئوری ها ومدل ها است. اولی رویکرد سنتی "منفی- گرایانه بیماری زایی (Phatogenesis)" و دومی رویکرد مدرن "مثبت گرای سلامت زایی (Salutogenesis)" وجود دارد. رویکرد بیماریزایی در تعاریف، برنامه ریزی، ارایه خدمات و سیاستها بر چگونگی ایجاد بیماری و عامل خطر ایجاد و لذا چگونگی پیشگیری تشخیص و درمان بیماری تاکید میکند ولی در مکتب سلامت زایی، بر چگونگی شکل گیری و خلق سلامت و عوامل حامی سلامت و لذا نحوه مراقبت و ارتقای سطح سلامت و خوب بودن مورد توجه قرار می‌گیرد [۲۸]. انقلاب سوم سلامت همگانی که منجر به ظهور ارتقای سلامت شد، رویکرد سلامت زایی را ترویج نمود. در سال ۱۹۸۶ در منشور اتاوا تعریف جدید سلامت به صورت "سلامت مفهوم مثبتی است که بر منابع اجتماعی و شخصی و نیز ظرفیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

های فیزیکی تاکید می نماید" ارایه شد [۱۲]. در منشور اتاوا سازمان جهانی بهداشت با ارایه درک پویا و تعاملی از سلامت، تعریف کامل تر "سلامت در زمینه زندگی روزمره و محیطی ایجاد می شود، جایی که مردم زندگی می کنند، عشق می ورزند، کار می کنند و بازی می کنند" را ارایه نمود. در چارچوب دیدگاه ارتقای سلامت، سلامت به عنوان منبعی در نظر گرفته می‌شود که افراد را قادر می‌سازد تا زندگی فردی، اجتماعی و اقتصادی مولدی داشته باشند.

سلامت پدیده ای اجتماعی است نه پزشکی

طبق مستندات، حداقل از سال ۱۹۵۰ سلامت به عنوان یک "پدیده اجتماعی" و نه پزشکی مطرح شده است [۲۹]. در اعلامیه آلماآتا در ۱۹۷۸نیز سلامت یک پدیده اجتماعی تعریف شده است [۲۶]. در سال ۲۰۰۵، تشکیل کمیسیون مولفه های اجتماعی سلامت گامی دیگر جهت کمک به درک اجتماعی از سلامت و اقدام بر اساس این درک بود. چارچوب مفهومی تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) نشان می‌دهد که چگونه عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و زیست محیطی مانند درآمد، تحصیلات، شغل، جنسیت، نژاد و قومیت بر موقعیت اجتماعی-اقتصادی افراد و در تعیین نتایج سلامتی نقش دارد [۳۰]. اما به دلایلی از جمله عدم درک کامل، سلامت در عمل به عنوان یک پدیده پزشکی در نظر گرفته شده است و شکاف بین دانش، درک و عملکرد هنوز پابرجاست. در نتیجه، درک پزشکی از سلامت هنوز غالب است. به عنوان مثال، بیش از ۷ تریلیون دلار هرساله صرف سلامت در سطح جهان می شود، اما ۴ درصد آن صرف پیشگیری می شود [۳۱].

درک مبتنی بر پیچیدگی سلامت

به طور فزاینده ای، توجه به پویایی و پیچیدگی ماهیت سلامت و اینکه نتیجه یک سری شرایط است بروز بیشتر مورد توجه قرار می گیرد. شاید بتوان گفت تفکر سیستمی و علم پیچیدگی بیشترین نقش را در روشن کردن زوایای این پیچیدگی و پویایی بر عهده داشت. از جمله، از جدیدترین تعاریف و یا به عبارتی توصیف سلامت، تعریف مبتنی بر علم پیچیدگی به شرح زیر است: "سلامت، برایند تعامل پیچیده عوامل متعدد فردی و محیطی شامل عوامل زیستی، روانشناختی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، زیست محیطی و فن آورانه است [۳]. امروزه به طور فزاینده ای تئوری های علم پیچیدگی در مطالعات سلامت عمومی به کار می رود [۳۲].

تحول در دانش تعیین کننده های سلامت یا بیماری

پیشرفت های علمی هر یک از دوران هایی که نقاط عطف آنها در بالا به اختصار اشاره شد، بر حسب نوع رویکرد اتخاذ شده باعث شناسایی یک دسته از عوامل موثر بر شکل گیری سلامت یا عمدتا ایجاد بیماری و نیز فرایند اثر گذاری آنها گردید. به عنوان مثال، تحقیقات مبتنی بر رویکرد پزشکی عمدتا منجر به شناسایی عوامل زیستی مثل ژنتیک، وضعیت فیزیولوژی و آناتومی بدن و نیز ویروسها، باکتری ها، و انگل ها شد. در حالیکه در تحقیقات مبتنی بر رویکرد روانشناختی نقش عوامل روانشناختی مثل سبک زندگی، آگاهی، نگرش، و رفتار شناسایی و پررنگ شد. مشابها در تحقیقات مبتنی بر رویکرد اجتماعی و ارتقای سلامت نقش عوامل اجتماعی شامل شرایط زندگی، عدالت اجتماعی که از طریق ساختار های سیستمی فرد را به سمت انتخاب ها و رفتار های حامی یا تهدید کننده سلامت و نهایتا سلامت یا بیماری و حادثه هدایت می کند پر رنگ شد. برای تقویت توجه به نقش این عوامل غیرفردی و غیر پزشکی موثر بر برون داد سلامت یعنی سطح سلامت، سازمان جهانی بهداشت اقدام به تاسیس کمیسیون مولفه های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۰۵ نمود [۳۰]. اعلامیه آلماآتا ومنشور اوتاوا بر تعیین کننده های غیر فردی در قالب پیش‌نیازهای سلامت شامل صلح، منابع اقتصادی کافی، غذا و مسکن، آموزش و عدالت اجتماعی و یک اکوسیستم پایدار و استفاده پایدار از منابع تأکید می‌کند [۲۶, ۱۲]. به علاوه با توجه به اینکه امروزه تغییرات اقلیم بزرگترین تهدید در حال وخامت سلامت بشر تعریف می شود، توجه به عوامل محیط زیستی و اقلیمی در دسته عوامل اجتماعی بسیار بیشتر از قبل مورد توجه قرار میگیرد. تحقیقات سلامت مبتنی بر رویکرد سیستم های پویای پیچیده، ضمن تایید نقش همه این عوامل پیشنهاد می کند که به جای توجه به آنها به صورت مجزا باید آنها را به صورت شبکه ای از عوامل متصل به هم در نظر گرفت [۳]. امروزه تحقیقات رو به افزایشی با این درک در حال انجام است [۳۳].



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

اهمیت نوع درک سلامت یا بیماری در طراحی استراتژی

از آنجا که نوع درک ما از مشکل و عوامل شکل دهنده آن، تعیین کننده نوع راه حل است، نوع و کیفیت درک ما از سلامت و عوامل شکل دهنده آن راهنمای نوع راهبردها و راهکارهای ما برای حفظ و ارتقای سلامت افراد است. بنابر این انواع متفاوتی از نگاه به سلامت (تمرکز بر بیماری یا سلامت)، و تحلیل علل مختلف شکل دهنده بیماری یا سلامت، و منتج به راهکارهای مختلفی خواهد شد. به عنوان مثال اگر یک سوال مانند چه چیزی باعث بیماری قلبی می شود و راهکار مبارزه با آن چیست را مطرح کنیم، بسته به این که چه کسی سوال را پاسخ خواهد داد و معتقد و پیرو کدام رویکرد، مکتب یا مدل فکری در مورد سلامت است احتمالا پاسخ های متفاوتی ارایه خواهد شد.مثلا اگر علت را از پزشک یا فردی با مدل ذهنی پزشکی از سلامت سوال کنیم، پاسخ احتمالا وجود فشارخون، سابقه فامیلی و یا چربی خون خواهد بود. اما اگر از یک کارشناس آموزش بهداشت سوال کنیم، پاسخ های احتمالی رفتارهای پرخطر مثل مصرف سیگار، تغذیه نامناسب خواهد بود و نهایتا اگر از یک متخصص ارتقای سلامت و یا متخصص سلامت همگانی یا فردی با دیدگاه و تجربه اجتماعی سوال کنیم پاسخ می تواند شامل فقر، بیکاری، و تبعیض باشد. بنابراین انتخاب رویکرد یا مدل مفهومی سلامت درنوع سوالات، نحوه بررسی مشکل و تفسیر و تحلیل آن، و راهکارهای پیشنهادی شامل سیاستهاها و مداخلات تاثیر به سزایی دارد.

> از آنجا که نوع درک ما از مشکل تعیین کننده نوع راه حل است، بنابراین نوع و کیفیت درک ما از سلامت و عوامل شکل دهنده آن، راهنمای نوع راهبردها و راهکارهای ما برای حفظ و ارتقای سلامت افراد است.

ارتقای سلامت: تعریف

واژه ارتقای سلامت امروزه در ادبیات سلامت ایران به صورت روزافزونی مشاهده می شود. گرچه این مفهوم برای برخی به معنای عام "بهبود سلامت" و لذا یک هدف است اما به عنوان یک رویکرد، در منشور اتاوای ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت اینگونه تعریف شده است: " قادرسازی فرد، گروه واجتماع برای شناسایی و کنترل تعیین کننده های شرایط زندگی خود و لذا بهبود سلامت خود و دیگران" [۱۲]. این واژه در واقع نماینده یک رویکرد مدرن به سلامت در مقایسه با رویکرد های سنتی تر پزشکی و آموزش بهداشت است. توجه به این پیش‌نیازها، بر ارتباط بین شرایط اجتماعی و اقتصادی، محیط فیزیکی– کالبدی (Physical environment) و اجتماعی، رفتارهای سلامت فردی و مهارت‌های سلامتی و سلامت تأکید می‌کند. این ارتباطات، کلیدی برای درک جامع سلامت هستند که برای تعریف ارتقای سلامت و راهبردها و اقدامات اساسی است. آموزش بهداشت در مورد ایجاد انتخاب های آگاهانه است در حالی که ارتقای سلامت به معنای تبدیل انتخاب سالم تر به انتخاب آسان تر است.

نگاهی نو و اقدامی نو برای بهبود شرایط زندگی روزمره برای قادرسازی افراد و گروهها برای کنترل شرایط زندگی خود برای انتخاب ها و سبک زندگی سالم ⟵ برای اجتناب از خطر و بهره بردن از عوامل محافظتی ⟵ برای پیشگیری از بیماری و محافظت و ارتقای سلامت ⟵ برای کاهش بار بیماری ها، افزایش امید زندگی، افزایش سطح سلامت، کاهش مرگ و میر، افزایش رضایت از زندگی

راهبردهای کلیدی ارتقای سلامت

از منظر ارتقای سلامت بر اساس منشور اتاوا راهبردهای ارتقای سلامت در راستای بهبود شرایط محیطی به شرح زیر است:

- وضع سیاست های عمومی سالم Building public health policy
- ایجاد محیط های حمایت کننده Creating supportive environment
- تقویت اقدام جمعی Strengthening community action
- توسعه مهارتهای فردی Developing individual skills
- بازجهت دهی خدمات و سیستم ارائه خدمات بهداشتی Reorienting health services and systems

این بیانیه همچنین سه اقدام مهم ارتقای سلامت یعنی تبلیغ و حمایت طلبی (برای تقویت و شکوفا کردن عوامل تولید کننده یا حامی سلامت)، قادرسازی (اجازه دادن به همه مردم برای دستیابی به عدالت) و میانجیگری (از طریق همکاری در همه بخش‌ها) را تعریف نمود.

تحولات ارتقای سلامت در جهان

سازمان جهانی بهداشت از زمان اعلان رسمی رویکرد ارتقای سلامت هر سه الی پنج سال یکبار با برگزاری نشست های جهانی و دعوت از متخصصان و بعضا وزاری بهداشت کشورها، ضمن به اشتراک گذاری تجارب و درسهای آموخته شده جهانی؛ نقشه راه سال‌های آتی ارتقای سلامت را نیز در قالب بیانیه رسمی کنفرانس منتشر می

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

نماید. بیانیه های برگزاری ۱۰ کنفرانس جهانی ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت به ترتیب زمانی در کادر زیر شرح داده می شوند [۳۵, ۳۴].

جنبش ارتقای سلامت که خود هم متاثر از جنبشهای زیست محیطی و هم تاثیر گذار بر آن بود زمینه را برای ظهور مدلهای مختلف سلامت با نگاه جامع تر اجتماعی یا محیطی مانند اکولوژیک، سالوتژنیک و تعیین کننده های اجتماعی سلامت فراهم نمود که در بخش های بعد به آن خواهیم پرداخت.

سایر تحولات اصلی مرتبط و حامی ارتقای سلامت

توجه ویژه به رابطه مهم سلامت با توسعه: سلامت در دستور کار توسعه

شاید بتوان گفت توجه به رابطه توسعه با سلامت در حوزه سلامت به خصوص توسط سازمان جهانی بهداشت، از سالها قبل حداقل از سال ۱۹۷۷ (۱۳۵۶شمسی) در اعلامیه آلما آتا برای خدمات اولیه بهداشتی (PHC)، قابل مشاهده است. در این اعلامیه توسعه به صورت دسترسی به آب مسکن سالم و صلح و... به عنوان پیشنیاز سلامت مطرح شد. همچنین همانطور که در بالا ذکر شد موضوع کنفرانس نایروبی در سال ۲۰۰۹ (شمسی ۱۳۸۸) نیز سلامت و توسعه بود [۳۶].

یکی از دیگر از تحولات مهم مرتبط با سلامت که از سوی دیگر این رابطه یعنی تاثیر سلامت بر توسعه و به عبارتی درک سلامت به عنوان پیشنیاز و یا نوعی شاخص توسعه را مورد توجه قرا داد و به رسمیت شناخت، انتشاراعلامیه اهداف توسعه هزاره سازمان ملل در سال ۲۰۰۰بود (۳۷). در این اعلامیه که سازمان جهانی بهداشت هم از سازمان های درگیر در تهیه آن بود، ۸ هدف تا سال ۲۰۱۵ تعیین شد که به امضای رهبران کشورهای عضو سازمان ملل رسید. اعلامیه هزاره سازمان ملل متحد رهبران جهان را متعهد به مبارزه با فقر، گرسنگی، بیماری، بی سوادی، تخریب محیط زیست و تبعیض علیه زنان می کند. بسیاری از این موارد مستقیماً و بقیه غیر مستقیم با سلامتی مرتبط هستن [۳۸]. در ادامه این حرکت و با پایان رسیدن بازه زمانی هدف، اهداف توسعه پایدار برای بازه زمانی ۱۵ سال بعد یعنی ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ در قالب ۱۷ هدف توسعه پایدار (SDGs) تعیین شد. اهداف توسعه پایدار یک فراخوان جهانی برای اقدام برای پایان دادن به فقر، حفاظت از کره زمین و تضمین اینکه تا سال ۲۰۳۰ همه مردم از صلح و رفاه برخوردار خواهند بود محسوب می شود [۳۹].



همچنین نهمین کنفرانس جهانی [۴۰]، با عنوان «ارتقای سلامت در اهداف توسعه پایدار: سلامت برای همه و همه برای سلامت»، پیوندهای مهم بین ارتقای سلامت و دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار را برجسته کرد. اعلامیه شانگهای در حالی که خواستار مداخلات سیاسی جسورانه برای تسریع اقدامات کشور در زمینه اهداف توسعه پایدار است، چارچوبی را فراهم می کند که از طریق آن دولت ها می توانند از پتانسیل تحول آفرین ارتقای سلامت استفاده کنند.

توجه جدی تر به رابطه سلامت انسان و محیط زیست

از زمان انتشار منشور اتاوا نقش محیط شامل محیط شامل محیط اجتماعی، فیزیکی و زیستی یا طبیعی در ارتقای سلامت در قالب دومین استراتژی مهم ارتقای سلامت یعنی ایجاد محیط های حامی سلامت ار استراتژی های پنجگانه ارتقای سلامت، مورد توجه قرار گرفت. در این مفهوم بیشتر، تاثیر محیط زیست بر سلامت انسان مورد تاکید بوده است. اما با پیشرفت علوم به مرور آن سوی این رابطه دو طرفه انسان - محیط زیست یعنی تاثیر مخرب انسان بر محیط زیست که نهاتیا منجر به تاثیرات منفی این اقدامات بر سلامت انسان است مورد توجه قرار گرفت. بنابراین ، درک عمیق تراین پیوند ناگسستنی بین انسان و محیط که منعکس کننده نیاز به نگهداری متقابل، مراقبت از یکدیگر، اجتماعات و محیط طبیعی‌مان است، توسعه یافت. شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهد که سلامت بشریت به طور ذاتی با سلامت محیط زیست مرتبط است، اما بشریت با اقدامات خود اکنون سیستم‌های حیاتی کلیدی زمین را بی‌ثبات می‌کند [۴۱]. گرچه بشر دستاوردهای بسیاری در سلامت و توسعه داشته است اما این دستاوردها در سلامت انسان بهای گزافی را به همراه داشته است، به طوری که تخریب سیستم های اکولوژیکی طبیعت در مقیاسی که هرگز در تاریخ بشر دیده نشده است. شواهد علمی رابطه هر گونه شرایط نامطلوب محیطی با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

بیماری مرتبط با آن موجود است. آلودگی و خطرات زیست محیطی باعث تقریباً یک چهارم بار بیماری در سراسر جهان است [۴۲].
انتشاراعلامیه ریو در سال ۱۹۹۲ در مورد محیط زیست و توسعه با عنوان دستور کار ۲۱ نتیجه کنفرانس سازمان ملل متحد "اجلاس زمین" با حضور ۱۷۸ کشوردر ریودوژانیرو، برزیلبود. این کنفرانس و اعلامیه اختتامیه آن، یک اقدام مهم جهت جلب توجه نسبت به تاثیرات انسان در محیط زیست به خصوص کره زمین بود. این اعلامیه به عنوان یک برنامه اقدام جامع چند سطحی سازمان‌های زیر مجموعه سازمان ملل متحد، دولت‌ها و گروه‌های ذیربط محیط زیست نقش مهمی در مسیر تدوین اهداف توسعه پایدار و نیز توجه به تغییرات آب و هوایی ناشی از عملکرد های نامناسب انسان که خود تهدیدی برای سلامت انسان است داشته است [۴۳].
اصطلاح "سلامت سیاره ای"از جنبش های بهداشتی محیطی و کل نگر دهه ۱۹۷۰-۱۹۸۰ پدیدار شد و عبارت معروف"سلامت شخصی مستلزم سلامت سیاره ای است." مطرح شد [۲۷]. اما این مفهوم در سال ۲۰۱۵ مورد توجه بسیاری قرار گرفت. مثلا ائتلاف سلامت سیاره ای در دسامبر ۲۰۱۵ در دانشگاه هاروارد به همراه انجمن حفاظت از حیات وحش و سایر سازمان ها تاسیس شد [۴۱]. در سال ۲۰۱۵، بنیاد راکفلر و لانست کمیسیون بنیاد راکفلر- لانست سلامت سیاره ای راه اندازی کرد [۴۴].
این مفهوم بر اساس درک این موضوع استوار است که سلامت انسان وحتی تمدن انسانی بستگی به بقا و شکوفایی سیستم‌های طبیعی و حفظ هوشمندانه آن سیستم‌های طبیعی دارد. مفهوم سلامت سیاره‌ای مستقیما با اهداف توسعه پایدار هم‌راستا است. این مفهوم چارچوبی برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار از طریق گردهم آوردن طیف وسیعی از حوزه‌های مختلف از جمله بهداشت، محیط زیست و اقتصاد برای حل مشکلات جهانی با رویکردی جامع نگر را فراهم می‌نماید. این مفهوم سلامت فردی را مستلزم سلامت سیاره ای می داند. تاکید کمیسیون سلامت سیاره ای بر جدایی ناپذیری سلامت انسان و سلامت سیاره تاکید می کند. این کمیسیون همچنین اعلام نموده است که ما به این نتیجه رسیدیم که تخریب مداوم سیستم‌های طبیعی، دستاوردهای سلامتی را که در قرن گذشته دیده شده است را معکوس می کند [۲۷]. در سال ۲۰۱۷بنیاد راکفلر و دبیرخانه UNFCCC پروژه سه ساله جدیدی را راه‌اندازی کردند که ، راه حل‌هایی را برای متعادل کردن نیاز به سلامت انسان و یک سیاره سالم ارایه می‌کند. واژه سلامت سیاره ای در سال ۲۰۲۱ به فرهنگ لغات ارتقای سلامت با تعریف زیر اضافه شد:تحقق بالاترین سطح قابل دستیابی سلامت، خوب بودن و عدالت در سراسر جهان، از طریق توجه مدبرانه به سیستم‌های انسانی - سیاسی، اقتصادی و اجتماعی - که آینده بشر را شکل می‌دهند و سیستم‌های طبیعی زمین که حد مطمئن زیست محیطی را که در آن بشر می‌تواند شکوفا شود [۴۱].

سلامت واحد یا یکتایی سلامت

اگرچه اصطلاح سلامت واحد یا یکتایی سلامت «One Health» نسبتاً جدید است، این مفهوم ریشه در صدها سال قبل دارد. از دهه ۱۸۰۰، دانشمندان به شباهت در فرآیندهای بیماری در بین حیوانات و انسان ها اشاره کردند، اما پزشکی انسان و حیوان تا قرن بیستم به طور جداگانه انجام می شد. در قرن ۲۱ به خصوص بعد از همه گیریهای آنفلوانزای H5N1 در اوایل و اواسط دهه ۲۰۰۰ و نیز همه گیری کرونا درسال‌های اخیر، مفهوم سلامت واحد در جوامع بهداشت عمومی، پزشکی و دامپزشکی مجددا مورد توجه خاصی قرار گرفت [۴۶, ۴۵]. رویکرد سلامت واحد یک رویکرد یکپارچه و متحد بخش های بهداشت عمومی، دامپزشکی، سلامت همگانی و محیط زیست برای تعادل و بهینه سازی سلامت مردم، حیوانات و محیط زیست است. این رویکرد به ویژه برای ایمنی غذا و آب، تغذیه، کنترل بیماری‌های مشترک انسان وحیوان (مانند آنفولانزا، هاری)، مدیریت آلودگی، و مبارزه با میکروب هایی که به درمان آنتی بیوتیکی مقاوم هستند، طراحی شد [۴۷].
در سال ۲۰۰۷ انجمن پزشکی دامپزشکی آمریکا با همکاری انجمن پزشکی و انجمن سلامت همگانی امریکا یک کارگروه برای سلامت واحد ایجاد کرد و در سال ۲۰۰۸ با انتشار قطعنامه ای این رویکرد را برای ترویج مشارکت بین سازمان های پزشکی، دامپزشکی و انسانی برای پاسخ به شیوع بیماری های جهانی توصیه نمود [۴۸]. فعالیت های این این گروه سایر سازمان های مهم امریکا مانند مرکز مبارزه با بیماری های واگیر، وزارت کشاورزی و برخی دانشگاههای امریکا را نیز در برگرفت. در سال ۲۰۰۸ ائتلاف سه جانبه سازمان غذا و کشاورزی (FAO)، سازمان جهانی بهداشت حیوانات (OIE) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، سازمان ملل متحد و بانک جهانی گرد هم آمدند تا چارچوبی راهبردی برای کاهش خطرات بیماری های عفونی در رابط حیوان-انسان-اکوسیستم تحت عنوان "کمک به یک جهان، یک سلامت" تهیه نمایند [۴۸, ۴۵]. در سال ۲۰۰۹،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

مرکز مبارزه با بیماری واگیر دفتر اختصاصی برای سلامت واحد تاسیس نمود تا هم در سطح ملی و هم بین المللی برای تقویت جنبش سلامت واحد و آگاهی افزایی و توانمندسازی جهت اقدام در این راستا کمک نماید [۴۵]. سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد (فائو) در سال ۲۰۱۱ یک برنامه اقدام راهبردی با هدف تقویت امنیت غذایی از طریق بهبود سیستم های تولید دام و خدمات دامپزشکی تهیه نمود و خواستار اقدام در جهت بهبود همکاری بین بخش شد [۴۹].

سازمان جهانی بهداشت ابتکار سلامت واحد را برای ادغام کار بر روی سلامت انسان، حیوانات و محیط زیست و ترویج رویکردهای چند بخشی برای کاهش تهدیدات سلامت در رابط انسان-حیوان-اکوسیستم است در قالب یک ابتکار ۴ جانبه با شراکت سازمان غذا و کشاورزی سازمان ملل متحد (FAO)، سازمان برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد (UNEP) و سازمان جهانی بهداشت حیوانات (WOAH) تشکیل داد. در سال ۲۰۱۹ FAO، OIE و WHOراهنمای جدیدی را برای مدیریت بیماری مشترک بین انسان و دام با چارچوب سلامت واحد منتشر کردند [۵۰]. در سال ۲۰۲۱گروه متخصصین برجسته سلامت واحد با نام (OHHLEP) برای مشاوره FAO، UNEP، WHO و WOAH در مورد مسائل سلامت واحد تشکیل شد. مشاوره ها شامل توصیه هایی برای تحقیق در مورد تهدیدات بیماری های نوظهور و توسعه یک برنامه اقدام جهانی بلند مدت برای جلوگیری از شیوع بیماری هایی مانند آنفولانزای مرغیH5N1، MERS، ابولا، زیکا، و احتمالاً کووید-۱۹ است که اقدام به تدوین یک برنامه اقدام ۵ ساله برای بازه زمانی ۲۰۲۲-۲۰۲۶ نموده است [۵۰]. این گروه همچنین نقشی در بررسی تأثیر فعالیت های انسانی بر محیط زیست و زیستگاه های حیات وحش خواهد داشت و اینکه چگونه این امر تهدیدات بیماری را به دنبال دارد. حوزه های بحرانی شامل تولید و توزیع مواد غذایی، توسعه شهرنشینی و زیرساخت ها، سفر و تجارت بین المللی، فعالیت هایی که منجر به از دست دادن تنوع زیستی و تغییرات آب و هوایی می شود، و مواردی که فشار بیشتری را بر منابع طبیعی وارد می کنند می باشد که همه می توانند منجر به پیدایش بیماری مشترک انسان و دام شوند. به علاوه در سال ۲۰۲۱ برای اولین بار سازمان جهانی بهداشت جهت با همکاری سایر سازمانهای زیر مجموعه سازمان ملل شامل UNDP، UNEP و یونیسف جهت جلب توجه بیشتر به رابطه بین سلامت و محیط زیست، وتوانمندسازی کشورها جهت اقدام، خلاصه ای از شواهد علمی و اسناد راهنما در مورد رابطه سلامت و محیط را منتشر نمود. این مجموعه شواهد شامل ارایه ۵۰۰ اقدام با هدف کاهش کاهش مرگ و میر و بیماری ها ناشی از عوامل محیطی و نجات جان انسان ها بود. محتوی بر اساس موضوع و نیز همچنین مکانهای اولویت دار جهت اقدام شامل شهرها، محیط کار، مراکز ارایه خدمات بهداشتی و با هدف اگاهی افزایی، ظرفیت سازی و راهنمایی سیاست ها و تسهیل اقدامات کشورها برای ایجاد محیط‌های سالم سازماندهی شده است [۵۱]. سازمان جهانی بهداشت همچنین در سال ۲۰۲۳ اولین کنفرانس جهانی با عنوان تنوع زیستی، دانش سنتی، سلامت و خوب بودن را برگزار نمود [۵۲].

سلامت و اقلیم

امروزه تغییرات اقلیم بزرگترین تهدید در حال وخامت سلامت بشر تعریف می شود [۵۳]. لذا عوامل محیط زیستی و اقلیمی به عنوان یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) بسیار بیشتر از قبل مورد توجه قرار میگیرد. یکی از دلایل این اهمیت تاثیر طولانی مدت تخریب محیط زیست بر بقا و سلامت انسان در ابعادی وسیع تر از ابتلاء به بیماری های انگلی و مشابه است. مطالعات سلامت و اقلیم، نقش تغییرت اقلیمی بر مولفه های محیطی و اجتماعی سلامت شامل دسترسی به هوا، آب سالم، و مسکن مناسب را نشان می دهد.

با افزایش مطالعات و مباحثات مربوط به تغییر اقلیم، بحث نقش انسان در تغییر اقلیم و نیزتاثیرات آن بر سلامت مثلا تاثیر تغییرات اقلیم در بیماریهای عفونی نوپدید یا بازپدید با ناقل حیوانی مثل مالاریا و تب دانگ بیشتر در ادبیات سلامت دیده می شود [۶]. سازمان جهانی بهداشت، روز جهانی بهداشت سال ۲۰۰۸ را با عنون "محافظت از سلامت در برابر عوارض تغییرات اقلیم" نامگذاری نمود تا سلامت را در مرکز مباحثات جهانی تغییرات اقلیم قرار دهد [۵۴]. همچنین این سازمان،در سال ۲۰۲۲ با همکاری دولت بریتانیا، یک منبع آنلاین در مورد اقلیم و سلامت راه اندازی نمود تا با ایجاد دسترسی آسان به اقدامات عملی برای ذیربطان به افزایش تلاش‌ها برای پیشگیری از بیماری های مرتبط با تغییرات اقلیم کمک کند [۵۵]. همچنین پلتفرمی برای آموزش و به اشتراک گذاری دانش در مورد رابطه اقلیم و سلامت به آدرس https://climahealth.info/ با همکاری سازمان بین اللمی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

هواشناسی ایجاد نمود. در سال ۲۰۲۳ رهبران جهان در مورد ارتباط بین سلامت و اقلیم نشستی تشکیل دادند [۵۶].

ارتقای سلامت در منطقه خاورمیانه

در سطح منطقه ای نیز مناطق ششگانه سازمان جهانی بهداشت اقدام به برگزاری نشستهای منطقه ای و انتشار نقشه راه های منطقه ای برای نهادینه کردن رویکرد ارتقای سلامت در کشورهای منطقه نموده اند گفتمان و رویکرد ارتقای سلامت با تاخیر نسبت به برخی مناطق، وارد منطقه خاورمیانه شد. یکی از نقاط عطف ارتقای سلامت، نشست عمان و بیانیه ارتقای سلامت ازطریق سبک زندگی سالم عمان در سال ۱۳۷۵بود [۵۷]. به علاوه در خاورمیانه، در سال ۲۰۰۳ رویکرد مداخلات اجتماع محور (CBI) شروع و گسترش یافت [۵۸]. در سال ۲۰۰۶ معادل ۱۳۸۵ شمسی، دفتر منطقه ای سندی به نام راهبردهای ارتقای سلامت خاورمیانه برای بازه زمانی ۲۰۰۶—۲۰۱۳" منتشر نمود [۵۹]. در چند دهه اخیر، اخیر به تدریج رویکرد محیط های حامی سلامت در مدارس، محیط های کاری، روستا و شهر و برخی محیط های دیگر شروع شده است.

ارتقای سلامت در ایران

در ایران تحت تاثیر تغییر و تحولات جهان و منطقه، از دهه هفتاد به خصوص اواخر آن یعنی از سال ۱۳۷۹ گفتمان ارتقای سلامت در وزارت بهداشت آغاز شد.حضور معاون بهداشت وقت وزارت بهداشت ایران در نشست ارتقای سلامت مکزیک نقطه عطفی در انتشار اسناد ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت در وزارتخانه و ترجمه آنها بود که منجر به تغییرات جهت‌گیری، ساختاری و عملکردی در وزارت بهداشت شد [۶۰]. راه اندازی رشته ارتقای سلامت در سال ۱۳۸۹ نقطه عطف دیگری در تربیت نیروی انسانی متخصص بود. برگزاری جشنواره مسئولیت پذیری و پاسخگویی اجتماعی برای سلامت در سال۱۳۹۵ و جشنواره سلامت، محیط زیست و پایداری توسط وزارت بهداشت در سال ۱۴۰۲قدم های مهم دیگری بودند که نشان دهنده تحولاتی در اتخاذ رویکرد اجتماعی و نیز زیست محیطی به سلامت در وزارت بهداشت بود. ایران هم از هداف توسعه هزاره و هم اهداف توسعه پایداراستقبال نموده است (۶۱-۶۳] و در هر دو مورد گزارش داوطلبانه وضعیت منتشر نموده است [۶۵, ۶۴].

با این حال، همچنان چالش‌هایی در جریان‌سازی و نهادینه کردن ارتقای سلامت در تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های بخش‌های مختلف وزارت بهداشت وجود دارد. یکی از دلایل بالقوه فقدان برنامه راهبردی ارتقای سلامت ملی به عنوان یک سند بالادستی و نقشه راه است.

جمع بندی

از امرور تحولات تاریخی مرتبط با سلامت که در بالا اشاره شد، چند الگوی کلی قابل استخراج است. یک الگوی مهم حرکت جمعی از جزء نگری به کل نگری در درک سلامت و عوامل موثر بر آن است. الگوی مهم دیگر، افزایش توجه به ابعاد اخلاقی و حقوق بشری سلامت می باشد. گرچه در ابتدا توجه به سلامت بیشتر دلایل اقتصادی، سیاسی و حفظ نظم و امنیت و آرامش جوامع داشت اما به مرور به ارزش و اهمیت ذاتی و اخلاقی سلامت و نیز به عنوان منبعی برای رشد و شکوفایی بشر توجه شد. همچنین توجه به در هم تنیدگی سلامت انسان با سایر اجزای اکوسیستم روز به روز افزایش یافت که البته فقط ناشی از پیشرفت های علمی نبود بلکه تخریب های وسیع محیط زیست و تغییرات اقلیمی قابل لمس توسط همه نقش مهمی داشت. و بلاخره نیاز به مهارت مواجهه با پیچیدگی تبدیل و ترجمه دانش سلامت همگانی با رویکرد ارتقای سلامت به عمل در بستر محلی و متفاوت کشور ها شامل محدودیت های اقتصادی و شرایط متفاوت و در حال تغییر دموگرافیک، اقلیمی، فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، ساختاری کشورهاست. بنابراین به خصوص کشورهایی با محدودیت منابع بیش از پیش لازم است با پرهیز از اقدامات سطحی و بدون پشتوانه علمی و تجربی، هوشمندانه و با دقت برنامه های ارتقای سلامت همگانی را بر مبنای درک جامع و به روز از سلامت استوار نمایند تا با هزینه اثر بخشی بیشتر و در زمان کمتری به اهداف مرتبط با سلامت و توسعه خود دست یابند.

در مجموع، از منظر درک جامع از سلامت، تمامی سیستم‌ها و ساختارهایی که تعیین کننده‌های سلامت را مدیریت می‌کنند، باید کارکرد فعالیت‌های خود در رابطه با تاثیر آن‌ها بر سلامت و احساس خوب بودن فردی و جمعی و سلامت محیط زیست محلی و حتی سلامت سیاره را در نظر بگیرند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

کادر ۱: زمینه های ظهور انقلاب های بهداشت عمومی

بیماری عفونی	← مدل پزشکی درک سلامت: انقلاب اول	
بیماری های مرمن	← مدل های رفتاری روانشناختی درک سلامت: انقلاب دوم	
بی عدالتی در سلامت	← مدل های جامعه شناختی درک سلامت: انقلاب سوم	
چالش ها و پیچیدگی های پیاده سازی ارتقای سلامت و کاهش بی عدالتی در سلامت	←	مدل های سیستم های پیچیده درک سلامت: انقلاب چهارم

کادر ۲: مقایسه تعریف سلامت یا شکل دهنده های سلامت از ۴ رویکرد مختلف به سلامت

رویکرد زیستی پزشکی سلامت را نبود بیماری در نظر میگیرد
رویکر روانشناختی سلامت را محصول انتخابهای سالم سبک زندگی می داند
رویکرد اجتمای سلامت را محصول تعیین کننده های اقتصادی اجتماعی و محیطی می داند که مشوق یا موانعی برای سلامت افراد و اجتماعات ایجاد می کنند.
رویکرد سیستم های پیچیده سلامت را محصول تعامل پیچیده و پویای همه این عوامل که نه تنها وابسته به هم هستند بلکه وابسته به زمان و مکان هم هستند می داند.

کادر ۳: بیانیه های کلیدی ارتقای سلامت در جهان

- گزارش لالوند ۱۹۷۴: شناسایی نقش مهم عوامل و شرایط اجتماعی در سطح سلامت مردم و موج اول ارتقای سلامت نوین
- بیانیه آلماآتا در ۱۹۷۸ (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۸): توصیه به تامین پیش نیازهای سلامت و ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه برای همه توسط دولتمردان
- منشور اوتاوا در ۱۹۸۶(سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۶): موج دوم جنبش ارتقای سلامت نوین و تعیین ۵ اقدام/استراتژی کلیدی ارتقای سلامت
- بیانیه کنفرانس آدلاید در مورد سیاست های عمومی سالم در سال ۱۹۸۸؛ تاکید برماهیت چند بخشی ارتقای سلامت و تاثیر اقدامات و سیاست ی بخش های غیر سلامت بر سلامت و لذا اهمیت پاسخگویی نسبت به سلامت در همه بخش ها و توصیه به وضع قوانین عمومی سالم در همه بخشها با همکاری بین بخشی جهت رفع نابرابری های اجتماعی و سلامت و نیز ایجاد محیط های حامی سلامت
- بیانیه کنفرانس ساندزوال در مورد محیط های حامی سلامت در سال ۱۹۹۱؛ تاکید بر اهمیت محیط در سلامت و توصیه به ایجاد محیط های حامی سلامت
- بیانیه کنفرانس جاکارتا درسال ۱۹۹۷؛ تاکید بر لزوم دسترسی افراد و اجتماع به حقوق، منابع و فرصتهای شروع و یا مشارکت در اقدامات ارتقای سلامت و توجه به نقش بخش خصوصی در مشارکت در ارتقای سلامت محیط کار
- بیانیه کنفرانس جهانی مکزیکو درباره ارتقای سلامت در سال ۲۰۰۰
- منشور بانکوک درباره وضع سلامت در دهکده جهانی درسال ۲۰۰۵
- فراخوان نیروبی ۲۰۰۹ برای پر کردن شکاف علم و اجرا در سلامت و توسعه از طریق ارتقای سلامت
- بیانیه هلسینکی ۲۰۱۳: چارچوبی برای اقدام کشور رویکرد چند رشته ای و بین بخشی سلامت در همه سیاست ها که از همه بخش‌ها می‌خواهد که به طور سیستماتیک پیامدهای سلامتی خود را در نظر بگیرند. سیاست های حامی سلامت، به دنبال هم افزایی و اجتناب از اثرات مضر سلامتی به منظور بهبود است
- اعلامیه شانگهای۲۰۱۶: ارتقای سلامت در اهداف توسعه پایدار: سلامت برای همه و همه برای سلامت، پیوندهای مهم بین ارتقای سلامت و دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار را برجسته کرد. این اعلامیه، سلامت و رفاه را برای دستیابی به توسعه پایدار ضروری می شناسد، و در حالی که خواستار مداخلات سیاسی جسورانه برای تسریع اقدامات کشور در زمینه اهداف توسعه پایدار است، چارچوبی را فراهم می کند که از طریق آن دولت ها می توانند از پتانسیل تحول آفرین ارتقای سلامت استفاده کنند.
- دهمین کنفرانس، مجازی در بستر اینترنت ۲۰۲۱: ارتقای سلامت برای سلامت وخوب بودن، عدالت و توسعه پایدار

سهم نویسندگان

نسترن کشاورز محمدی: انجام مطالعه و تدوین نسخه اولیه مقاله

علی منتظری: مشارکت در نهایی کردن نسخه نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

انجام پروژه طراحی راهبردهای ملی ارتقای سلامت ایران توسط نویسنده اول این مقاله، بدون حمایت بی دریغ آقای دکتر رضایی، ریاست محترم دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت وزارت بهداشت و حمایت مالی دفتر یونیسف در ایران ممکن نبود. نویسندگان همچنین از دکتر سمیرا محمدی به خاطر ایفای نقش در تنظیم مقاله تشکر می کنند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

منابع

1. Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. 4 th Edition, Oxford Textbook of Public Health: UK, 2006

2. Beaglehore R, Bonita R. Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects. 1st Edition, Cambridge: Cambridge University Press: UK, 1997

3. Keshavarz Mohammadi N. One step back toward the future of health promotion: Complexity-informed health promotion. Health Promotion International 2019;34:635-639

4. Hamlin C. The history and development of public health in developed countries; 2002. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. 4th Edition, Oxford Textbook of Public Health: UK, 2006

5. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning Education and Environment Approach. Institue of Health Promotion Research University of British Colombia, 1991

6. Novick LF. The continuing first revolution in public health: Infectious disease. Journal of Public Health Management and Practice 2008;14:418-419

7. Besnier E, Thomson K, Stonkute D, Mohammad T, Akhter N, Todd A, et al. Which public health interventions are effective in reducing morbidity, mortality and health inequalities from infectious diseases amongst children in low- and middle-income countries (LMICs): An umbrella review. PLoS One 2021;16:e0251905

8. Fortmann SP, Varady AN. Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality the Stanfort Five-City Project. American Journal of Epidemiology 2000;152:316-323

9. Keshavarz Mohammadi N. Social determinants of health. Health Promotion, and Sustainable Development Goals: Rising opportunities in Iran to address SDH and achieve SDGs. Social Behavior Research & Health 2017:1:1-2

10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. 1974. Available at https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

11. World Health Organization (WHO). Declaration of alma-ata. 1978. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347879/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. World Health Organization (WHO). Health Promotion. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.1986. Available at: WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677

13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000:15: 259-267

14. Baric L. Health Promotion and Health Education in Practice: The Organisational Model: Module 2. 1st Editiion, Barns Publications: UK, 1994

15. Dustin DL, Bricker KS, Schwab KA. People and nature: Toward an ecological model of health promotion. Leisure Sciences 2009;32:3-14

16. De Leeuw E. Healthy cities: urban social entrepreneurship for health. Health Promotion International 1999;14:261-270

17. World Health Organization (WHO). World Health Assembly Resolution: Health promotion, public information and education for health1998.. Available at: https://ldb.org/vl/top/wha51.htm

18. World Health Organization (WHO). World Health Assembly Resolution: Health promotion, public information and education for health1989. Available at: https://iris.who.int/handle/10665/172239

19. McQueen DV, Jones CM. Global perspectives on health promotion effectiveness: An introduction. InGlobal perspectives on health promotion effectiveness. 1st Edition, Springer: New York, 2007

20. Motalebi GM, Keshavarz Mohammadi N, Kuhn K, Ramezankhani A, Azari MR. How far are we from full implementation of health promoting workplace concepts? A review of implementation tools and frameworks in workplace interventions. Health promotion international 2018:33:488-504

21. Lynagh M, Perkins J, Schofiled M. An evidence-based approach to health promoting schools. The Journal of School Health 2002:72:300

22. Green LW. Public health asks of systems science: To advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence?. American Journal of Public Health 2006:96:406-409

23. Keshavarz Mohammadi N. Diffusion of complexity science into health promotion research and practice: foundations for a complex future. Health Promotion International 2021;36:1213-1218

24. Keshavarz Mohammadi NK. Complexity science, schools and health: Applications for management of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

change in schools to promote health and education. 1st Edition, Lap Lambert Academic Publishing: USA, 2010
25. World Health Organization (WHO). Constitution of the world health organization. 1948. Available at: http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/
26. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. 1978. Available at: WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471
27. Prescott SL, Logan AC. Planetary health: From the wellspring of holistic medicine to personal and public health imperative. Explore 2019;15:98-106
28. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996;11:11-18
29. Lewis A. Health as a social concept. The British Journal of Sociology 1953;4:109-124
30. WHO- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the commission on social determinants of health. 2008. Available at: https://www.endfgm.eu/resources/health/who-closing-the-gap-in-a-generation-health-equity-through-action-on-the-social-determinants-of-health-2008/
31. World Health Organization(WHO). The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 2008. Available at: https://iris.who.int/handle/10665/43949
32. Keshavarz Mohammadi N, Rezaei Z, Burggraf L, Pype P. Exploring settings as social complex adaptive systems in setting-based health research: A scoping review. Health Promotion International 2024;39:daae001
33. Frood S, Johnston LM, Matteson CL, Finegood DT. Obesity, complexity, and the role of the health system. Current Obesity Reports 3013;2:320-326
34. World Health Organization (WHO). Milestones in health promotion: Statements from global conferences. 2009. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01
35. Keshavarz Mohammadi N, Nilsaz M; Mazaheri, M, Ghasemi, S; Moazzami, A; Nouri, K. Milestones in health promotion. 2th Edition, Nokhbegane Danesh Gostar publication: Tehran, 2015
36. WHO/AFRO. Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion? 2009. Available at: https://www.afro.who.int/publications/nairobi-call-action
37. United Nations (UN). Millenium Development goals. 2015. Available at: https://www.un.org/millenniumgoals/
38. World Health Organization (WHO). Millennium Development Goals (MDGs). 2018. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)
39. United Nations (UN). Sustainable development goals: 17 targets to transform our world. 2015. Available at: available at http://www.un.org/sustainabledevelopment/
40. World Health Organization(WHO). Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. 2017. Available at: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-259183
41. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon A, de Souza Dias B et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. The Lancet 2015;386:1973 –2028
42. World Health Organization (WHO). Climate change and health. 2021. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health
43. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs: Sustainable Development. 1992. Available at: https://sdgs.un.org/publications/agenda21
44. Rockefeller Foundation. What is planetary health? Oxford: The Rockefeller Foundation Economic Council on Planetary Health. 2021. Available at: https://www.planetaryhealth.ox.ac.uk/planetary-health/.
45. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC's One Health Office: Who We Are. 2009. Available at: https://www.cdc.gov/onehealth/who-we-are/index.html
46. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). History of One Health. 2013. Available at: https://www.cdc.gov/onehealth/basics/history/index.html#:~:text=Although%20the%20term%20%E2%80%9COne%20Health,separately%20until%20the%2020th%20century

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]

47. World Health Organization (WHO). One health Initiatives. 2023. Available at: https://www.who.int/teams/one-health-initiative
48. Gibbs E. Paul J. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. Veterinary Record 2014;174: 85–91
49. Food and Agriculture Organization (FAO). One Health: Food and Agriculture Organization of the United Nations Strategic Action Plan. 2011. Available at: https://www.fao.org/3/al868e/al868e00.pdf
50. World Health Organization (WHO). One Health Joint Plan of Action. 2022. Available at: https://www.who.int/teams/one-health-initiative/quadripartite-secretariat-for-one-health/one-health-joint-plan-of-action
51. World Health Organization (WHO). Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment. 2022. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-ECH-EHD-21.02
52. World Health Organization (WHO). WHO to host first global workshop on biodiversity, traditional knowledge, health and well-being. 2023. Available at: https://www.who.int/news/item/25-07-2023-who-to-host-first-global-workshop-on-biodiversity--traditional-knowledge--health-and-well-being
53. Watts N, Adger WN, Ayeb-Karlsson S, Bai Y, Byass P, Campbell-Lendrum D, et al. The Lancet Countdown: tracking progress on health and climate change. The Lancet 2017;389:1151-1164
54. World Health Organization (WHO). World health day 2008. available on: https://www.emro.who.int/world-health-days/2008/#:~:text=World%20Health%20Day%20is%20celebrated,Protecting%20Health%20from%20Climate%20Change
55. World Health Organization(WHO). Health-climate alliance launched to help countries turn commitments into action. 2022. Available at: https://www.who.int/news/item/27-06-2022-health-climate-alliance-launched-to-help-countries-turn-commitments-into-action
56. World Health Organization (WHO). Leaders spotlight the critical intersection between health and climate ahead of COP-28 first-ever Health Day. 2023. Available at: https://www.who.int/news/item/18-09-2023-leaders-spotlight-the-critical-intersection-between-health-and-climate-ahead-of-cop-s-first-ever-health-day
57. World Health Organization (WHO). Health promotion through Islamic lifestyles: the Amman Declaration. 1996. Available at https://medarabic.com/wp-content/uploads/2015/07/05-2-Health-promotion-through-Islamic-lifestyles.pdf
58. World Health Organization (WHO). Concepts and methods of community-based initiatives. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2003. Available at: https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa338.pdf
59. WHO/EMRO. A strategy for health promotion in the Eastern Mediterranean Region 2006-20013. 2008.. Available at https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa794.pdf
60. Keashavarz Mohammadi N, Zarei F, Parsinia S. Health education and health promotion in Iran: past, present and future. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2013:1:5-8
61. United Nations. Millenium Development goals. 2015. Available at: https://www.un.org/millenniumgoals/
62. Griggs D, Stafford-Smith M, Gaffney O, Rockström J, Öhman MC, Shyamsundar P, et al. Sustainable development goals for people and planet. Nature 2013;495:305-307
63. United Nations. Sustainable development goals: 17 targets to transform our world. 2015. Available at: http://www.un.org/sustainabledevelopment/
64. Heidari G, Heidari RN. Iran Millennium Development Goal's in a glance. Iranian Journal of Public Health 2009;38:63-64
65. Keshavarz Mohammadi N, Sayyari A, Farshad A, Jahanmehr N, Siddiqi S, Taghizadeh R, et al. From MDGs to SDGs: New impetus to advance health in Iran. Health Scope 2019;8:e86420

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-16]
[DOI: 10.61186/payesh.23.3.337]