



آسیب‌شناسی وضعیت بهداشت مدارس در ایران



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۸۹۰۵

کد موضوعی: ۲۱۰

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: آسیب‌شناسی وضعیت بهداشت مدارس در ایران

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه سلامت)

تهیه و تدوین‌کنندگان: سمیه صدیقی، جواد سجادی خسرقی

همکاران: محمدصادق عبداللهی (دفتر آموزش و فرهنگ)، نیوشا شهیدی صادقی

ناظران علمی: محمد بختیاری علی‌آباد، مهدی مختاری پیام

ویراستار ادبی: شیوا امین اسکندری

واژه‌های کلیدی:

۱. بهداشت مدارس

۲. مراقبان سلامت

۳. سلامت دانش‌آموزان

۴. آموزش و پرورش



تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۲/۱۷

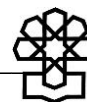
به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	خلاصه مدیریتی
۴	مقدمه
۵	تاریخچه بهداشت مدارس در ایران و سایر کشورها [۱]
۶	ردپای بهداشت مدارس در اسناد قانونی
۱۰	وظایف مراقبین سلامت در مدارس
۱۶	تصویری از وضعیت سلامت در مدارس ایران
۱۹	اعتبارات ارتقای سلامت مدارس در قوانین بودجه سنواتی
۲۱	چالش‌های ارائه خدمات سلامت در مدارس ایران
۲۳	نتیجه‌گیری و پیشنهادها
۲۴	پی‌نوشت و عناوین

فهرست جداول و نمودار

۷	جدول ۱. موضوع‌های مندرج در آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقا سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان (مصوب ۱۳۸۴/۹/۲)
۱۲	جدول ۳. فعالیت‌های وزارت آموزش و پرورش در حوزه بهداشت مدارس در سال ۱۴۰۱
۱۹	جدول ۴. اعتبارات در نظر گرفته شده مرتبط با برنامه سلامت دانش‌آموزان در قوانین بودجه سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵
۱۷	نمودار ۱. تعداد مراقبین سلامت مورد نیاز به تفکیک استان (۱۴۰۰-۱۴۰۱)
۱۸	نمودار ۲. درصد کمبود پایگاه‌های تغذیه سالم به تفکیک استان در کشور (۱۴۰۰-۱۴۰۱)
۲۰	نمودار ۳. اعتبارات تخصیص یافته به برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۶



آسیب‌شناسی وضعیت بهداشت مدارس در ایران

چکیده

به‌رغم اهمیت موضوع سلامت دانش‌آموزان و همچنین تلاش‌های صورت‌گرفته در حوزه بهداشت مدارس و همچنین اجرای برنامه مدارس مروج سلامت، همچنان برخی مدارس در کشور با وجود عوامل تهدیدکننده سلامت دانش‌آموزان از قبیل شیوع بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر، بروز اختلالات رفتاری و ... با کمبود امکانات و تسهیلات بهداشتی، غیراستاندارد بودن فضاهای آموزشی و ... مواجه‌اند. مروری بر مطالعات و همچنین بررسی‌های انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد که وجود برخی چالش‌ها از قبیل نامناسب بودن زیرساخت‌های فیزیکی، امکانات و تجهیزات بهداشتی مدارس، کمبود نیروی متخصص بهداشت مدارس، نداشتن ساعت رسمی درس بهداشت در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی و متوسطه اول، عدم تخصیص اعتبارات حوزه بهداشت مدارس سبب عدم اجرای مؤثر برنامه‌های سلامت‌محور و دستیابی به اهداف قانونی در این حوزه شده است که ضرورت دارد با توجه به اهمیت این موضوع در کشور، تمهیداتی در قوانین برنامه‌های توسعه و همچنین پیش‌بینی اعتبار مورد نیاز آن در قوانین بودجه سنواتی در نظر گرفته شود. بر این اساس موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- الف) برنامه‌ریزی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزات بهداشتی و همچنین تعداد کافی مراقب سلامت و پیش‌بینی اعتبارات لازم بدین‌منظور در قوانین بودجه سنواتی.
- ب) شورای عالی آموزش و پرورش مکلف شود با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تدوین «سند سلامت دانش‌آموزی» با در نظر داشتن شاخص‌های مطلوب سلامت دانش‌آموزان اقدام کرده و سالیانه گزارشی از رصد شاخص‌های مذکور و چالش‌های عدم تحقق به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ارائه کند.
- ج) در راستای شناسایی و رصد وضعیت سلامت دانش‌آموزان، ترتیبی اتخاذ شود تا مراقبین سلامت بتوانند از **اطلاعات سلامت دانش‌آموزان** که در سامانه‌های ذی‌ربط حوزه سلامت درج می‌شود در برنامه‌ریزی‌های مربوط به حفظ و ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان استفاده کنند.

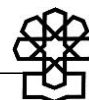
خلاصه مدیریتی

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، بهداشت مدارس به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور تشخیص، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه (که به نحوی در ارتباط با دانش‌آموزان هستند)، با راهنمایی و سرپرستی مسئولان به اجرا درمی‌آید. مطالعات متعدد نیز به نقش مدارس و اثرگذاری آنها بر سلامت و رفتار دانش‌آموزان، خانواده‌ها و جامعه و به ویژه ارتباط مستقیم میان ویژگی‌های مدرسه و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پرداخته‌اند. به نحوی که سرانه ناکافی فضای آموزشی، نور ناکافی، شرایط غیربهداشتی سرویس‌های بهداشتی و آبخوری‌های نامناسب، وضعیت غیربهداشتی و غیرایمن کلاس‌های درس و محوطه مدرسه، ناکافی بودن امکانات مربوط به کمک‌های اولیه و ... از جمله عواملی هستند که سبب کاهش سطح بهداشت و ایمنی در مدرسه و همچنین کاهش بازدهی فعالیت‌های آموزشی و پرورشی معلمان و مربیان خواهد بود. اگرچه در سال‌های اخیر اقدامات متعددی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت دانش‌آموزان در کشور صورت گرفته است اما آمارهای موجود نشان می‌دهد که با وجود شیوع برخی عوامل تهدیدکننده سلامت دانش‌آموزان، همچنان برخی مدارس در کشور فاقد امکانات و تسهیلات بهداشتی و فضاهای آموزشی استاندارد هستند. به نحوی که براساس آمارهای موجود، مدارس کشور با کمبود حدود ۱۹۰۹۰۰ نیروی مراقب سلامت مواجه‌اند، ۹۱۰۲۹۲ مدرسه فاقد پایگاه تغذیه سالم، ۷۰۱۷ مدرسه فاقد آب آشامیدنی لوله‌کشی شهری یا روستایی، ۱۵۲۶۵ مدرسه فاقد آب‌خوری مجزا از روشویی؛ ۱۱۸۵۷ مدرسه فاقد سیستم دفع بهداشتی فاضلاب، ۱۰۳۶۱ مدرسه فاقد دستشویی / روشویی؛ ۱۸۰۹۴ مدرسه فاقد لوله‌کشی صابون مایع؛ ۵۲۴۷۲ مدرسه فاقد اتاق بهداشت مجهز شده و ۳۳۹۴ مدرسه دارای سازه خشت و گلی، چادر، کپر، کانکس و ... هستند.

بررسی اعتبارات مرتبط با برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان در قوانین بودجه سنواتی نیز طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۶ نشان می‌دهد که اگرچه اعتبارات مذکور در هر سال نسبت به سال گذشته با رشد همراه بوده اما روند تخصیص اعتبارات مصوب شده به استثنای سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ که به ترتیب حدود ۱۶ و ۴۲ درصد تخصیص صورت گرفته است، در سال‌های بعد با روند کاهشی زیادی همراه بوده، به طوری که در سال ۱۳۹۸، حدود ۲۷ درصد تخصیص، سال ۱۳۹۹، حدود ۲۱ درصد و در سال ۱۴۰۰، حدود ۸۰۲ درصد تخصیص از محل اعتبارات مصوب برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان صورت گرفته است.

طی سنوات گذشته، اقدام‌های متعددی با همکاری دو وزارتخانه بهداشت و آموزش و پرورش در راستای عمل به قوانین موجود در حوزه بهداشت مدارس کشور انجام گرفته اما با وجود تلاش‌های مذکور، همواره اجرای مؤثر برنامه‌های سلامت‌محور در مدارس و دستیابی به اهداف قانونی با موانع و چالش‌هایی همراه است که به برخی از آنها به شرح زیر اشاره می‌شود:

الف) نامناسب بودن زیرساخت‌های فیزیکی، امکانات و تجهیزات بهداشتی: به رغم تأثیرگذاری متغیرهای فیزیکی و محیطی بر سلامتی جسمی و روحی کودکان و دانش‌آموزان، اما آمارهای ارائه شده در سال ۱۴۰۱ حاکی از



عدم رعایت استانداردهای مربوطه و حتی فقدان مقدماتی‌ترین مؤلفه‌های سلامت محیط از قبیل آبخوری، آب آشامیدنی، دستشویی و ... است.

ب) کمبود نیروی متخصص بهداشت مدارس: با استناد به تبصره ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۶» الحاقی به ماده‌واحد قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش، ضرورت دارد به‌ازای هر ۴۸۰ دانش‌آموز مدارس دولتی شهری در سطح منطقه، یک نیروی مراقب سلامت از میان پزشکان، مربیان بهداشت و سایر شاغلان گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی به‌کار گرفته شود این در حالی است که در وضعیت کنونی به‌ازای هر ۲۰۶۳۱ نفر دانش‌آموز، یک مراقب سلامت در کشور وجود دارد و کمبود نیروی مراقب سلامت در مدارس ۱۹۰۹۱۳ نفر است.

ج) نداشتن ساعت رسمی درس بهداشت در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی و متوسطه اول: به‌رغم اهمیت نقش مراقبین سلامت و آموزش موضوع‌های مرتبط با سلامت به دانش‌آموزان و همچنین صراحت بند «۱» آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان (مصوب ۱۳۸۴/۹/۲) مبنی بر «گنجاندن حداقل ۴۲ ساعت آموزشی با موضوع آموزش سلامت در برنامه آموزشی به کلیه دانش‌آموزان در تمامی پایه‌های تحصیلی (بدون تغییر در ساعات درسی)» اما با گذشت بیش از ۱۶ سال از تصویب آیین‌نامه مذکور، به‌غیراز پایه دوازدهم (برمبنای کتاب سلامت و بهداشت، ۲ ساعت در هفته برای همه رشته‌ها)، برای هیچ‌کدام از مقاطع تحصیلی در مدارس ساعت درسی مجزا برای آموزش بهداشت وجود ندارد.

د) عدم تخصیص اعتبارات حوزه بهداشت مدارس: اگرچه طی پنج سال گذشته در قوانین بودجه سنواتی اعتباری معادل ۸۰۷۲۱ میلیارد ریال به برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان و موضوع بهداشت مدارس از محل منابع عمومی دولت در نظر گرفته شده است، اما از مجموع این اعتبار، صرفاً معادل ۱۰۱۹۴ میلیارد ریال تخصیص یافته است. با توجه به اهمیت موضوع سلامت دانش‌آموزان و اثرگذاری آن بر پیشگیری از بیماری‌ها در کشور، ضرورت دارد تمهیداتی از سوی نهادهای ذی‌ربط در برنامه توسعه هفتم و بودجه‌های سنواتی در نظر گرفته شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود:

الف) برنامه‌ریزی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزات بهداشتی و همچنین تعداد کافی مراقب سلامت و پیش‌بینی اعتبارات لازم بدین‌منظور در قوانین بودجه سنواتی.

ب) شورای عالی آموزش و پرورش مکلف شود با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تدوین «سند سلامت دانش‌آموزی» با در نظر داشتن شاخص‌های مطلوب سلامت دانش‌آموزان اقدام کرده و سالیانه گزارشی از رصد شاخص‌های مذکور و چالش‌های عدم تحقق به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ارائه کند.

ج) در راستای شناسایی و رصد وضعیت سلامت دانش‌آموزان، ترتیبی اتخاذ شود تا مراقبین سلامت بتوانند از اطلاعات سلامت دانش‌آموزان که در سامانه‌های ذی‌ربط حوزه سلامت درج می‌شود در برنامه‌ریزی‌های مربوط به حفظ و ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان استفاده کنند.

مقدمه

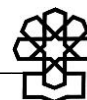
در دیدگاه‌های ارتقای سلامت که از حدود دو دهه پیش تاکنون در حال گسترش است، طراحی و ارائه برنامه‌ها و مداخلات سلامت جمعیت تحت پوشش، در چهار محیط اصلی خدمات بهداشتی-درمانی، آموزشی، کار و محیط‌های عمومی که به نوعی دسترسی به همه گروه‌های جامعه را فراهم می‌کند، توصیه شده است. در این میان محیط‌های آموزشی که غالباً گروه هدف کودکان، نوجوانان و جوانان را در خود جای داده است، مهم‌ترین حیطه اجرای مداخلات ارتقای سلامت است. به‌نحوی که از دهه ۱۹۸۰، مدارس به‌عنوان یک محیط برای ارتقای سلامت دانش‌آموزان و معلمان شناخته شده است.

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، بهداشت مدارس به مجموعه اقدام‌هایی گفته می‌شود که به‌منظور تشخیص، تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و کارکنان مدرسه (که به‌نحوی در ارتباط با دانش‌آموزان هستند)، با راهنمایی و سرپرستی مسئولان به اجرا درمی‌آید. هدف کلی بهداشت مدارس، آموزش و پرورش کودکانی متعادل و سالم است که رشد و نمو طبیعی داشته و اختلالی در آنان از نظر فکری، جسمی و عاطفی مشاهده نشود. به عبارتی بهداشت مدارس، افزایش اطلاعات، عملکرد بهداشتی و باورهای بهداشتی دانش‌آموزان است. انتشار برنامه آموزش بهداشت مدارس ابتدایی و گرایش به جنبه‌های عملی آن، نخستین ثمره طرح مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونسف در جهت ارتقای آموزش بهداشت مدارس در کشورهای عضو بوده است.

مدارس از آن حیث که دانش‌آموزان بخش مهمی از زندگی خود که همزمان با رشد جسمی و سلامت روانی آنهاست در محیط مدرسه می‌گذرانند، بسیار حائز اهمیت است. مطالعات متعدد نیز به نقش مدارس و اثرگذاری آنها بر سلامت و رفتار دانش‌آموزان، خانواده‌ها و جامعه و به‌ویژه ارتباط مستقیم میان ویژگی‌های مدرسه و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پرداخته‌اند.

سرانه ناکافی فضای آموزشی، نور ناکافی، شرایط غیربهداشتی سرویس‌های بهداشتی و آبخوری‌های نامناسب، وضعیت غیربهداشتی و غیرایمن کلاس‌های درس و محوطه مدرسه، ناکافی بودن امکانات مربوط به کمک‌های اولیه و ... از جمله عواملی هستند که سبب کاهش سطح بهداشت و ایمنی در مدرسه خواهند شد. ارتقای سطح امکانات بهداشتی و ایمنی در مدارس، قطعاً در افزایش بازدهی فعالیت‌های آموزشی و پرورشی معلمان و مربیان مؤثر خواهد بود.

آمارهای موجود نشان می‌دهد (سالنامه آماری وزارت آموزش و پرورش) که به‌رغم تلاش‌ها و موفقیت‌های سال‌های اخیر در حوزه بهداشت مدارس، هنوز تعدادی از مدارس در کشور فاقد امکانات و تسهیلات بهداشتی هستند و فضاهای آموزشی از استانداردهای لازم برخوردار نیستند. این در حالی است که همچنان شیوع بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر، اختلالات رفتاری و ... سلامت دانش‌آموزان را تهدید کرده و زمینه بروز مشکلات مرتبط با فراگیری و یا افت تحصیلی آنان را فراهم می‌کند. لذا شناخت به‌موقع و رفع مشکلات دانش‌آموزان اقدام مؤثری در بهبود سلامت و پیشرفت تحصیلی آنان خواهد بود. بر این اساس، با توجه به اهمیت بهداشت در مدارس و نقش و اثرگذاری آن بر سلامت جامعه، در این گزارش ضمن مروری بر سوابق قانونی در این حوزه و ارائه تصویری از وضعیت سلامت در مدارس کشور، چالش‌های مرتبط با بهداشت مدارس مطرح و پیشنهادهای لازم ارائه می‌شود.



تاریخچه بهداشت مدارس در ایران و سایر کشورها [۱]

توجه به ضرورت بهداشت مدارس در کشورهای مختلف جهان از حیث تاریخی و عملیاتی متفاوت بوده است. **فرانسه** اولین کشوری است که در سال ۱۷۹۳ با تصویب طرحی در این خصوص، یک نفر پزشک را به‌عنوان مسئول بهداشت مدارس انتخاب و فعالیت در این حوزه را آغاز کرد. در **کشور هلند**، بهداری آموزشگاه‌ها در سال ۱۸۶۸ با استخدام دو نفر پزشک پایه‌گذاری و شروع به کار کرد. اولین قانون مربوط به بهداشت مدارس در سال ۱۹۴۲ به تصویب رسید. پس از آن به سرعت گسترش یافت به نحوی که حدود ۲۱۰ پزشک به صورت شبانه‌روزی به امور بهداشتی کودکان و دبستان‌ها و دبستان‌ها رسیدگی کرده و تحت نظر شهرداری‌ها فعالیت می‌کنند. در **ایالات متحده آمریکا** ویلیام ال‌کوت^۱ ابتدا در مقاله‌ای به بررسی مشخصات ساختمان مدارس پرداخت و نظرات متعددی ارائه کرد. پس از آن هوراس من^۲ به تدریس شناخت اعضا و فیزیولوژی بدن انسان به زبان ساده به دانش‌آموزان پرداخت. در سال ۱۸۹۴ ساموئل دارگین^۳ معاینات عمومی دانش‌آموزان را در مدارس شهر بوستون آغاز کرد که به دنبال آن با اجرای این برنامه در سال ۱۸۹۵ به بعد در مدارس توجه کلی و فراگیر نسبت به بهداشت دانش‌آموزان صورت گرفته و رسمیت یافت به نحوی که در سال ۱۹۸۳ حدود ۲۰۰۰۰ نفر کاردان آموزش بهداشت به مراقبت بهداشتی دانش‌آموزان و تدریس مسائل بهداشتی مختلف در مدارس آمریکا اشتغال داشته و به تدریج بر کمیت و کیفیت تعداد خدمات آنان افزوده شده است. در بعضی از ایالات، بهداشت مدارس زیر نظر شهرداری و در برخی دیگر وابسته به وزارت آموزش و پرورش اداره می‌شود و در ایالاتی نیز پزشکان عمومی به‌طور نیمه‌وقت به کار مراقبت بهداشتی دانش‌آموزان اشتغال دارند. بهداشت مدارس در **کشور انگلستان** از سال ۱۹۰۷ و تحت نظارت ادارات آموزش محلی آغاز به کار کرد و سپس با ایجاد سازمان بهداشت و طب عمومی (ملی)، بهداشت مدارس با حفظ وابستگی خود به آموزش و پرورش، به‌عنوان عامل ارتباط میان بهداشت ملی و بهداشت در آموزشگاه‌ها مورد توجه مسئولان قرار گرفت. اگرچه شناخت نقص عضو دانش‌آموزان به‌عنوان وظیفه بهداری آموزشگاه‌ها بود، اما این وظایف به تدریج توسعه یافته و کلیه مسائل مرتبط با سلامت جسمی و روانی کودکان را فراگرفته به نحوی که معاینه عمومی دانش‌آموزان توسط پزشک مرتبط با واحد بهداشت مدارس انجام می‌گیرد. ضمن اینکه علاوه بر پزشک، یک نفر کاردان یا پرستار بهداشتی نیز در مدارس حضور داشته و نسبت به ثبت و ضبط نتایج معاینات در پرونده‌های بهداشتی دانش‌آموزان اقدام می‌کنند.

توجه به بهداشت مدارس در **ایران** از سال ۱۲۹۳ شمسی با تشکیل مجلس حفظ‌الصحه، متشکل از پزشکان ایرانی و اروپایی و در جهت مراقبت از بهداشت عمومی جامعه آغاز شد.^۴ در سال ۱۳۰۴ صحیه مدارس به‌عنوان واحد مجزا در وزارت معارف معرفی و وظایفی از قبیل معاینات دانش‌آموزان و آموزش بهداشت در مدارس برعهده این واحد گذاشته شد. اگرچه در سال ۱۳۱۸ اداره بهداری آموزشگاه‌ها^۵ به اداره کل دانشکده پزشکی و بیمارستان‌ها الحاق شد اما مجدد در سال ۱۳۲۰، با توجه به ماهیت فعالیت آن، اداره مذکور به وزارت معارف بازگردانده شد. با وجود تغییر و تحولات

1. V. Alcot
2. Horace Man
3. Dargin

۴. به‌دنبال این تشکیلات، دکتر علی‌اکبرخان (اعتمادالسلطنه) به سمت مفتش صحی مدارس منصوب شد.
۵. تغییر نام صحیه مدارس به بهداری آموزشگاه‌ها (سال ۱۳۱۵).

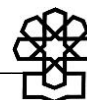
صورت گرفته، اداره بهداشتی آموزشگاه‌ها با توجه به کمبود نیروی انسانی متخصص در این حوزه، پاسخگوی نیازهای بهداشتی دانش‌آموزان نبود. بر همین اساس، مدارس عالی بهداشت مدارس در سال ۱۳۵۰ با هدف تربیت نیروی متخصص در چهار استان خراسان، اصفهان، آذربایجان شرقی، فارس و تهران ابتدا به صورت داوطلبانه و سپس از طریق آزمون‌های سراسری در کشور در مقطع فوق‌دیپلم اقدام به پذیرش دانشجو کرد و فارغ‌التحصیلان به‌عنوان مربی بهداشت و با پست سازمانی مراقب بهداشت در اداره کل بهداشتی آموزشگاه‌ها (اداره کل بهداشت مدارس) جذب می‌شدند. حدود ۷ هزار نفر از این طریق در کل کشور جذب شدند. نیروهای مذکور به همراه پرسنل پزشکی و فنی اداره کل بهداشت مدارس در سال ۱۳۵۸ از وزارت آموزش و پرورش منتزع و به وزارت بهداشتی ملحق شدند. علی‌رغم پیشرفت در این عرصه طی سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۵۸ به دلیل تغییر در سیاست‌های بهداشتی کشور مبنی بر گسترش و ارتقای خدمات بهداشتی برای کودکان زیر پنج سال، از خدمات مراقبین بهداشت مدارس در کلینیک‌های مادر و کودک استفاده شده و خدمات بهداشت مدارس به‌عنوان وظایف حاشیه‌ای قلمداد شد. مجدد با پیگیری وزارت آموزش و پرورش و مجلس شورای اسلامی، مراقبین بهداشت به وزارت آموزش و پرورش انتقال یافته و تحت مدیریت مسئولان آموزش و پرورش به خدمت گرفته شدند. در سال ۱۳۷۳ تشکیلاتی مستقل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مراکز استان‌ها در خصوص بهداشت مدارس ایجاد شد. اما در سال ۱۳۷۹ پیشنهاد ادغام دفاتر بهداشت مدارس و دهان و دندان و آموزش بهداشت در وزارت بهداشت مطرح و اجرایی شد. اما به دلیل برخی نارضایتی‌ها و وظایف متعدد ادارات ادغام شده در سال ۱۳۸۰، دفتر سلامت مدارس و جوانان، جایگزین دفتر بهداشت مدارس، دهان و دندان شد و وظایف مرتبط با سلامت مدارس و شاخص‌های مرتبط با آن در این دفتر مورد رصد قرار می‌گیرد.

وظایف خدمات بهداشت مدارس چندجانبه و برحسب اولویت‌های محلی می‌تواند متفاوت باشد اما مهم‌ترین ابعاد خدمات بهداشت مدارس شامل: ارزیابی وضعیت سلامتی کودکان و کارکنان، ... تدابیر درمانی و پیگیری، مبارزه با بیماری‌های واگیر، سالم‌سازی محیط مدارس، خدمات تغذیه‌ای، کمک‌های اولیه و مراقبت‌های فوری، بهداشت روانی، بهداشت دهان و دندان، خدمات بهداشت چشم‌ها، آموزش بهداشت مدارس، آموزش کودکان ناتوان و معلول، سوابق بهداشتی مدارس است.

ردپای بهداشت مدارس در اسناد قانونی

۱. قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش

مطابق بند «۱۳» ماده (۱۰) قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش (مصوب ۱۳۶۶/۱۲/۲۲) **انجام اقدامات لازم به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقا سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان کشور با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برعهده وزارت آموزش و پرورش قرار داده شده است.** به موجب تبصره بند مذکور، «آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقا سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان» با پیشنهاد مشترک



وزارتخانه‌های آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جلسه مورخ ۱۳۸۴/۰۹/۰۲ هیئت وزیران به تصویب رسیده است که موضوع‌های مندرج در آن به شرح جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱. موضوع‌های مندرج در آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقا سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان (مصوب ۱۳۸۴/۹/۲)

ماده	موضوع	تبصره	دستگاه متولی
(۱)	گنجاندن حداقل ۴۲ ساعت آموزشی با موضوع آموزش سلامت در برنامه آموزشی به همه دانش‌آموزان در تمامی پایه‌های تحصیلی (بدون تغییر در ساعات درسی)	استفاده از مراقبین سلامت مدارس شهری (با ۳۰ ساعت کار) با شاخص ۱/۷۵۰ استفاده از بهورزان خانه‌های بهداشت در مدارس روستایی تربیت مراقبین سلامت و مشاوران مدارس اضافه شدن درس سلامت در برنامه آموزشی ضمن خدمت معلمان	وزارت آموزش و پرورش
(۲)	فراهم کردن شرایط لازم برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دانش‌آموزان طبق دستورالعمل تکمیل شناسنامه سلامت در کلیه پایه‌های تحصیلی و پیگیری ارجاعات تخصصی در نظام بهداشتی درمانی	استفاده از نیروهای پزشکی و پیراپزشکی استخدامی وزارت آموزش و پرورش (مشروط به گذراندن دوره‌های آموزشی مورد نیاز) در راستای ارتقا سلامت دانش‌آموزان و معلمان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
(۳)	تدوین دستورالعمل تأمین میان‌وعده غذایی و سبذغذایی بوفه‌های مدارس، تغذیه رایگان و برنامه غذایی مدارس شبانه‌روزی و تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی		وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور
(۴)	تدوین برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در جهت ارتقای سطح سلامت روان دانش‌آموزان		وزارت آموزش و پرورش
(۵)	منظور کردن اعتبار لازم برای اجرای این آیین‌نامه در لوایح بودجه سنواتی		سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی (سازمان برنامه و بودجه)

براساس جدول فوق، موضوع‌های مرتبط با حوزه بهداشت مدارس از قبیل تربیت نیروی متخصص، سازوکار ارائه خدمات بهداشتی- درمانی به دانش‌آموزان، تقویت برنامه‌های درسی دانش‌آموزان در موضوع آموزش سلامت، دستورالعمل نظارت و تأمین سبذغذایی و میان‌وعده سالم و رایگان برای دانش‌آموزان و پیش‌بینی اعتبار لازم جهت اجرا در آیین‌نامه قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش در نظر گرفته شده است. اما بررسی‌های صورت گرفته از دستگاه‌های متولی^۱ نشان می‌دهد که وجود برخی چالش‌های اساسی از قبیل عدم پیش‌بینی اعتبار مورد نیاز جهت اجرای برخی مواد آیین‌نامه، ناهماهنگی و مشخص نبودن سازوکار اجرایی میان دستگاه‌های همکار در برخی موضوعات (مانند شناسنامه سلامت دانش‌آموزان)، کمبود نیروی متخصص و آموزش‌دیده و ... مانع از اجرای کامل و موفقیت‌آمیز آیین‌نامه مذکور شده است.

۱. شاخص مذکور در آیین‌نامه، در جلسه مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۳ هیئت وزیران اصلاح و به شاخص ۱/۴۸۰ تغییر یافت.
۲. وزارتین آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲. آیین‌نامه اجرایی مدارس

در آیین‌نامه اجرایی مدارس مصوب ۱۳۷۹/۰۵/۲۰ نیز به بحث سلامت دانش‌آموزان در ذیل برخی مواد به شرح زیر اشاره شده است:

- مطابق جزء «۲۲» بند «ب» ماده (۱۰) این آیین‌نامه، برنامه‌ریزی مناسب به‌منظور توسعه تربیت بدنی، بهبود وضع امکانات ورزشی، حفظ و توسعه نمودهای عینی اخلاق و آداب اسلامی، ارتقای سطح بهداشت، بهبود وضعیت فضا و تجهیزات کارگاهی، آزمایشگاهی و نمازخانه و حفظ محیط زیست از وظایف شورای مدرسه است.

- در ماده (۲۹) این آیین‌نامه، مطالبه کارت بهداشت تنظیم شده از سوی مراکز بهداشت و ثبت و نگهداری در پرونده تحصیلی دانش‌آموزان از وظایف مدیران مدارس است.

- در فصل چهارم این آیین‌نامه که شرایط بهداشتی و ایمنی مدارس پرداخته شده است، مدیران مدارس موظفند برای کمک به ارتقای سطح بهداشت و سلامت محیط مدارس بر اموری از قبیل تأمین آب آشامیدنی سالم، نظافت سرویس‌های بهداشتی، توجه به پاکیزگی لباس، بدن، موی سر دانش‌آموزان، تهویه و تأمین رنگ و روشنایی مناسب برای فضای مدرسه و تهیه و توزیع مواد خوراکی در تعاونی مدرسه و استفاده از لباس کار در کارگاه‌ها مراقبت کامل معمول دارند.

- در ماده (۵۹) این آیین‌نامه، مدیران مدارس باید حداقل یکبار در سال از دانش‌آموزان معاینه بهداشتی-درمانی به‌عمل آورند. مدیران مدارس باید با کمک انجمن اولیا و مربیان نهایت همکاری را با مسئولان و سازمان‌های بهداشتی برای تأمین بهداشت و سلامت دانش‌آموزان داشته باشند.

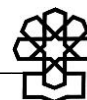
۳. قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش

به موجب ماده‌واحد قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی وزارت آموزش و پرورش (مصوب ۱۳۷۰/۰۹/۱۲) مجلس شورای اسلامی، از تاریخ تصویب این قانون آن دسته از مراقبین بهداشت مدارس که تا پایان سال ۱۳۵۷ در مدارس عالی بهداشت وابسته به وزارت آموزش و پرورش تربیت شده‌اند از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وزارت آموزش و پرورش منتقل می‌شوند.^۱

ماده‌واحد قانون مذکور در تاریخ ۱۳۷۳/۱/۲۴ مورد اصلاح و تبصره‌ای به آن الحاق شد. به‌نحوی که مطابق قانون اصلاح شده: «کلیه مراقبین بهداشت مدارس که در مدارس عالی بهداشت تربیت شده‌اند از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وزارت آموزش و پرورش منتقل می‌گردند».

همچنین در تبصره الحاقی، مسئولیت بهداشت مدارس (برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، تربیت نیروی انسانی و اجرا) در قالب شبکه‌های بهداشت و درمان کشور کماکان برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شده است.

۱. آیین‌نامه اجرایی قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش در ۱۳۷۱/۶/۲۲ به تصویب هیئت وزیران رسید.



قانون فوق‌الذکر مجدد در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۲ مورد اصلاح قرار گرفته و یک تبصره به‌عنوان تبصره «۶» با دو جزء به آن الحاق شد:

۱. سیاستگذاری در امر سلامت و بهداشت و تربیت مراقبین بهداشت مدارس مورد نیاز آموزش و پرورش از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. تأمین مراقبین بهداشت مدارس و استخدام، به‌کارگیری و مدیریت کاری آنها برعهده آموزش و پرورش است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در برنامه‌ریزی تربیت این مراقبین مواد آموزشی مورد نظر آموزش و پرورش را ملحوظ نماید.
۲. دولت براساس شاخص‌های مشخص شده سلامتی، امکانات، اعتبارات و ردیف‌های استخدامی مورد نیاز را در اختیار وزارت آموزش و پرورش قرار می‌دهد.

آیین‌نامه اجرایی این تبصره در جلسه مورخ ۱۳۸۵/۹/۱۲ در هیئت وزیران به شرح موضوعات زیر به تصویب رسیده است:

جدول ۲. مواد آیین‌نامه اجرایی تبصره «۶» الحاقی به قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش

ماده	محتوای ماده
(۱)	معانی اصطلاحات به‌کار گرفته شده در آیین‌نامه از قبیل: قانون، وزارت بهداشت، وزارت آموزش و پرورش، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مراقبین بهداشت و سلامت مدارس
(۲)	شرایط مراقبین موضوع این آیین‌نامه: حداقل دارای مدرک کارشناسی در رشته‌های بهداشت مدارس، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، پرستاری و سایر رشته‌های مرتبط مصوب شورای امور اداری و استخدامی در طرح طبقه‌بندی مربوطه
(۳)	ساعت کار مراقبین: ۳۰ ساعت در هفته و بهره‌مند از مزایای رسته آموزشی و طرح طبقه‌بندی مشاغل معلمان (شاخص ۱/۷۵۰ برای آموزش و مراقبت‌های سلامتی از مراقبین سلامت مدارس)
(۴)	گذراندن دوره‌های آموزشی در خصوص مهارت‌های بهداشتی و سلامت مدارس قبل از استخدام و ضمن خدمت (تدوین و اجرای دوره‌های آموزشی مراقبین با لحاظ مواد آموزشی مورد نظر برعهده وزارت بهداشت است)
(۵)	وظایف مراقبین بهداشت مدارس: - ارائه آموزش‌های لازم بهداشتی به دانش‌آموزان و اولیای آنها - بررسی اولیه وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و تشکیل پرونده سلامت برای آنان - بازدید متوالی از محیط مدرسه برای تأیید رعایت سلامت و بهداشت - سایر خدمات مرتبط طبق دستورالعمل‌های ارسالی از مراجع ذی‌صلاح
(۶)	شناسایی موارد آلودگی‌های محیطی توسط مراقبین و اعلام به وزارت بهداشت جهت رفع آنها
(۷)	صدور مجوز استخدامی مورد نیاز (براساس ماده ۳) در طول برنامه چهارم توسعه از طریق مراجع قانونی
(۸)	ضرورت تشکیل کارگروه مرتبط با موضوع بهداشت مدارس با عضویت دو نفر از وزارت آموزش و پرورش و دو نفر از وزارت بهداشت و با مسئولیت مدیرکل دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش
(۹)	پیش‌بینی و تخصیص اعتبارات مربوط به اجرای این آیین‌نامه در لوایح بودجه سالیانه کشور

لازم است ذکر شود که تبصره ماده (۳) آیین‌نامه فوق‌الذکر در تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۳ اصلاح شده به‌نحوی که شاخص ۱/۷۵۰ به عبارت شاخص ۱/۴۸۰ تغییر یافته است.

۴. قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

به موجب بند «ث» ماده (۶۳) قانون برنامه ششم توسعه دولت مکلف است به منظور افزایش ایمنی و مقاوم‌سازی مدارس و فضاهای پرورشی و ورزشی وزارت آموزش و پرورش معادل ریالی مبلغ سه میلیارد (۳.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) دلار در طول اجرای قانون برنامه از محل حساب ذخیره ارزی پس از کسر سهم صندوق توسعه ملی با اولویت طرح‌های نیمه‌تمام آموزشی، پرورشی و تربیت بدنی آموزش و پرورش اختصاص دهد.

۵. سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش

در سیاست‌های کلی ایجاد تحول در نظام آموزش و پرورش ابلاغی مقام معظم رهبری مورخ ۱۳۹۲/۲/۱۰ «تربیت و سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان» یکی از اهداف تحول در نظام آموزش و پرورش برشمرده شده است. همچنین در سیاست مندرج در بند ۵-۲ سند آمده است: «ارتقاء سلامت جسمی و روحی معلمان و دانش‌آموزان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی».

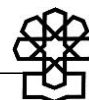
۶. سند تحول بنیادین آموزش و پرورش

سند تحول بنیادین آموزش و پرورش مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی در آذرماه ۱۳۹۰، به‌عنوان مهم‌ترین سند بالادستی این حوزه، تأکیدی مهم بر مسئله سلامت دانش‌آموزان در دو سطح اهداف و راهکارها داشته است؛ براساس فصل اول این سند «سلامت جسمانی، نشاط و تقویت اراده» یکی از گزاره‌های ارزشی نظام تعلیم و تربیت رسمی عمومی است و آنچنان که در فصل ششم آمده، یکی از اهداف آموزش و پرورش تربیت یافتگانی است که «با درک مفاهیم بهداشت فردی و اجتماعی و مسائل زیست‌بوم طبیعی و شهری به‌منزله امانات الهی، شایستگی حفظ و ارتقای سلامت فردی و بهداشت محیطی را کسب می‌کنند و با ورزش و تفریحات سالم فردی و گروهی به نیازهای جسمی و روانی خود و جامعه براساس اصول برگرفته از نظام معیار اسلامی، پاسخ می‌دهند».

در بخش راهکارهای سند مذکور نیز به مسئله سلامت دانش‌آموزان توجه شده است؛ در راهکار ۳-۷ آمده: «ارائه خدمات مشاوره‌ای - تربیتی در کلیه سطوح تحصیلی برای افزایش سلامت جسمی و روحی دانش‌آموزان».

وظایف مراقبین سلامت در مدارس

براساس جزء «۲» تبصره «۶» قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش مصوب ۱۳۸۴/۴/۱۲، سیاستگذاری در امر سلامت و بهداشت و تربیت مراقبین بهداشت مدارس موردنیاز آموزش و پرورش از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأمین مراقبین بهداشت مدارس و استخدام، به‌کارگیری و مدیریت کاری آنها برعهده آموزش و پرورش است. بر این اساس، فارغ‌التحصیلان در رشته‌های بهداشت عمومی، بهداشت محیط، بهداشت مدارس، پرستاری، مامایی، تغذیه، پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی می‌توانند به‌عنوان مراقبین سلامت



در مدارس حضور داشته باشند. براساس آمار دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، در سال ۱۴۰۰، حدود ۵۴۹۰ مراقب سلامت در وزارت آموزش و پرورش به صورت رسمی و طبق قانون به صورت ۳۰ ساعت در ماه در مدارس حضور داشته و به فعالیت مشغول می‌باشند. به علاوه ۱۲۳۰ نفر نیز به عنوان نیروهای مازاد رشته‌های دیگر (کمتر از ۳۰ ساعت حضور در ماه) خدمات مراقبین سلامت را ارائه می‌دهند.

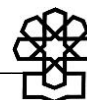
با استناد به ماده (۵) آیین‌نامه اجرایی تبصره «۶» قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش مصوب ۱۳۸۴/۴/۱۲، ارائه آموزش‌های لازم بهداشتی به دانش‌آموزان و اولیای آنها، بررسی اولیه وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و تشکیل پرونده سلامت برای آنان، بازدید متوالی از محیط مدرسه برای تأیید رعایت سلامت و بهداشت و سایر خدمات مرتبط طبق دستورالعمل‌های ارسالی از مراجع ذیصلاح به عنوان وظایف مراقبین بهداشت مدارس قلمداد می‌شود.

بر این اساس، کنترل وضعیت بهداشتی دانش‌آموزان واحدهای آموزشی و آشنا کردن آنان با امور بهداشتی، شناخت مشکلات بهداشتی دانش‌آموزان و اقدام برای برطرف کردن آنها، توجیه و تبیین مسائل بهداشتی و آموزش بهداشت فردی و محیطی به همکاران، اولیا و دانش‌آموزان، اقدام به انجام کمک‌های اولیه در موارد اورژانس در صورت لزوم، تشکیل پرونده بهداشتی دانش‌آموزان و کنترل و مراقبت مستمر بهداشت فردی دانش‌آموزان و جدا کردن دانش‌آموزان بیمار، نظارت و کنترل مستمر بر بهداشت پایگاه تغذیه سالم (بوفه) مدارس و عوامل اجرایی آن، تنظیم آمارهای بهداشتی واحد آموزشی و استخراج نتایج آن، ایجاد ارتباط با مراکز بهداشتی درمانی و امور کنترل و پیشگیری بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و ... از مهم‌ترین شرح وظایف پست سازمانی مراقب سلامت (مصوب معاونت توسعه مدیریت و نیروی انسانی رئیس‌جمهور) است. البته به‌رغم وظایف فوق، دسترسی نداشتن مراقبین بهداشت مدارس به شناسنامه سلامت دانش‌آموزان در مراکز بهداشتی، عامل مؤثری در عدم آگاهی مراقبین از وضعیت خاص برخی دانش‌آموزان و ارائه خدمات متناسب با وضعیت سلامت آنان خواهد شد.

علاوه بر مراقبین سلامت مستقر در مدارس، کارکنان بهداشتی مستقر در نظام شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور به عنوان بازوان اجرایی برنامه بهداشت مدارس در نظر گرفته می‌شوند. به‌رورزان در مناطق روستایی و کارخان‌های بهداشتی در مناطق شهری با هماهنگی مسئولان آموزش و پرورش مناطق برنامه‌های مرتبط با سلامت دانش‌آموزان از قبیل آموزش بهداشت (سخنرانی و یا گفتگوهای گروهی با دانش‌آموزان و اولیا)، بهداشت محیط مدارس (مکان احداث مدرسه، وضعیت ساختمان، آب آشامیدنی و ...) و ارائه خدمات بهداشتی-درمانی به دانش‌آموزان را اجرایی می‌کنند. براساس گزارش دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش، در سال ۱۴۰۱، مهم‌ترین شاخص‌های مرتبط با بهداشت مدارس برحسب برنامه و فعالیت به شرح جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳. فعالیت‌های وزارت آموزش و پرورش در حوزه بهداشت مدارس در سال ۱۴۰۱

عنوان برنامه	عنوان فعالیت	سنجه
تأمین، متناسب‌سازی و تجهیز فضاهای آموزشی، تربیتی و ورزشی موجود، نمازخانه، کتابخانه، آزمایشگاه، فضای سبز، فضای ورزشی، اتاق‌های پرورشی و مشاوره و همچنین پایگاه تغذیه سالم با تأکید بر جلب مشارکت سایر سازمان‌ها و خیرین حقیقی و حقوقی	کمک به بهسازی، متناسب‌سازی و تجهیز اتاق بهداشت با احتساب مدارس سال قبل (برحسب منطقه)	درصد مدارس تجهیز شده
بازنگری برنامه‌های درسی تربیت معلم و توانمندسازی منابع انسانی با رویکرد تقویت مستمر شایستگی‌های آنان در ابعاد اعتقادی، تربیتی، حرفه‌ای، ورزشی و سلامت برای پذیرش مسئولیت‌های تربیتی	توانمندسازی کارکنان و معلمان درخصوص مفاهیم بهداشت، ایمنی و حفظ محیط زیست (هر نفر چهار ساعت) (در منطقه)	نفر ساعت
برنامه ارائه خدمات جامع مشاوره‌ای از دوره ابتدایی تا متوسطه دوم در حوزه سلامت جسمی و روحی دانش‌آموزان	اجرای برنامه مکمل‌یاری (قرص آهن و ویتامین D) (در مدرسه)	دانش آموز
	پایش آمادگی کودکان و تکمیل شناسنامه و مراقبت از سلامت جسمانی دانش‌آموزان (مدرسه)	دانش آموز
	نظارت و مدیریت نظام‌مند و یکپارچه بر پایگاه تغذیه سالم مدارس و آموزش هدفمند (در منطقه)	درصد مدارس
	آموزش بهداشت، تغذیه سالم و سبک زندگی سالم در دوران بلوغ در مناطق کمتر برخوردار و حاشیه شهرها (منطقه)	دانش آموز
تقویت نقش اساسی مدرسه در توسعه و پیشرفت محله و مشارکت در امداد بحران‌ها و حوادث طبیعی به‌عنوان پایگاه معین محله	توزیع بسته امنیت غذایی دانش‌آموزان با اولویت مدارس مناطق محروم (منطقه)	دانش آموز در مناطق محروم
	آموزش دانش‌آموزان در زمینه ایمنی کمک‌های اولیه و پیشگیری از حوادث و سوانح از جمله طرح ملی دادرس (منطقه)	دانش آموز
	افزایش خودمراقبتی فعال و اصلاح سبک زندگی با اجرای برنامه سفیران سلامت (آموزش همسالان) (برحسب مدرسه)	دانش آموز
ایجاد زمینه مناسب برای استفاده از فضای مدرسه در ساعات غیررسمی آموزش توسط تشکل‌های دانش‌آموزی، کانون‌های علمی و فرهنگی، انجمن‌های اسلامی و مجلس دانش‌آموزی برای ارائه خدمات آموزشی، فرهنگی و اجتماعی به سایر دانش‌آموزان و مردم محله	اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت (دهان و دندان، تغذیه، پیشگیری از معلولیت‌ها، بهداشت محیط، پیشگیری از مصرف دخانیات و ...) و آموزش حفظ محیط زیست دانش‌آموز در مدرسه دولتی (برحسب منطقه)	دانش آموز
	برگزاری جشنواره و گرامی‌داشت مناسبت‌های بهداشتی (برحسب منطقه)	جشنواره/ همایش
	جلب مشارکت گروه‌های جهادی در قالب خیرین سلامت در اجرای برنامه‌های سلامت و ارتقای سلامت دانش‌آموزان	خیرین سلامت
	توانمندسازی اعضای شورای مدرسه، شورای معلمان و اعضای شورا و مجلس دانش‌آموزی و تقویت تعاملات بین مدرسه‌ای در سطح استان و کشور	توانمندسازی مدیران و معاونان مدارس در حوزه تربیت بدنی و سلامت (برحسب منطقه)



عنوان برنامه	عنوان فعالیت	سنجه
	توانمندسازی رؤسای ادارات سلامت و تندرستی (دستگاه)	دوره
ارتقای کیفیت فرایند تعلیم و تربیت با تکیه بر استفاده هوشمندانه از فناوری‌های نوین	تولید محتوای الکترونیک در زمینه مفاهیم سلامت و تندرستی متناسب با نیاز دانش‌آموزان و مدارس (دستگاه)	پروژه
	طراحی الگوریتم و استقرار فرایند فناورانه پلتفرم جامع زندگی (تربیت بدنی و سلامت) (دستگاه)	پروژه

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، شاخص‌های فوق‌الذکر برحسب اهداف این برنامه و وظایف محوله بر مراقبین سلامت و سایر دستگاه‌های اجرایی مرتبط ذکر شده که به‌صورت سالیانه در میان مناطق آموزش و پرورش در کشور مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. قطعاً ارائه خدمات ازسوی نیروی متخصص، با در نظر داشتن برنامه و اهداف از پیش تعیین شده می‌تواند راهکار مؤثری بر ارتقای سلامت دانش‌آموزان باشد. بر این اساس طرح مروج سلامت به‌عنوان رویکردی بین‌المللی با هدف تبدیل مدارس به محیطی مناسب برای ارتقای سلامت دانش‌آموزان و انجام اقدامات اجرایی در این خصوص اشاره دارد.

مدارس مروج سلامت (HPS):^۱

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۶) در منشور ارتقای سلامت اوتاوا با تأکید بر مثبت بودن مفهوم سلامت، اعلام کرده است که سلامت در محیط‌هایی خلق می‌شود که افراد در حال یادگیری، اشتغال، تفریح و زندگی هستند. از این رو، رویکرد محیطی محیط‌های حامی سلامت، همچون شهر ارتقاءدهنده سلامت (HPC)^۲، بیمارستان ارتقاءدهنده سلامت (HPH)^۳، محیط‌های بازی ارتقاءدهنده سلامت (HPP)^۴، محیط کار ارتقاءدهنده سلامت (HPW)^۵، مدارس ارتقاءدهنده سلامت (HPS) ایجاد کرد تا از این طریق سلامت افراد در مکان‌هایی تقویت شود که بیشتر اوقات را در آن به سر می‌برند [۲].

رویکردهای متعددی نسبت به ارتقای سلامت در مدرسه وجود دارد. این روند از رویکرد سنتی در سال ۱۹۵۰ به بهداشت مدارس که «مدرسه را به‌عنوان بستری مناسب برای مداخله در نظر می‌گیرد» آغاز شده و با رویکرد آموزشی به مدرسه در سال ۱۹۷۰، «مدرسه به‌عنوان محیط آموزشی» و رویکرد اجتماعی به مدرسه در سال ۱۹۸۰، «مدرسه به‌عنوان یک سازمان اجتماعی» گسترش یافته و با رویکرد ارتقای سلامت در سال ۱۹۹۶ «مدرسه ارتقاءدهنده سلامت» ادامه یافته است [۳].

مدرسه مروج سلامت تلاش می‌کند تا به‌طور مداوم به تقویت ظرفیت خود به‌عنوان یک محیط سالم برای زندگی، یادگیری و کار بپردازد. رسیدن به این هدف، مستلزم درگیر شدن مقامات بهداشتی و آموزش و پرورش، معلمان، دانش‌آموزان، والدین و رهبران جامعه با هدف ترویج سلامت است [۴].

1. Health Promoting Schools
2. Health Promoting City
3. Health Promoting Hospital
4. Health Promoting Playing Place
5. Health Promoting Work Place

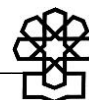
رویکرد مدارس مروج سلامت در ایران از سال ۱۳۸۹ طی توافق‌نامه‌ای فی‌مابین وزارتخانه‌های آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با عنوان **برنامه مدارس مروج سلامت** شروع به کار کرد. این برنامه در ۸ جزء به شرح زیر قابل اجرا خواهد بود:

- برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس
- ارائه خدمات بالینی در مدارس
- سلامت محیط در مدارس
- بهبود تغذیه در مدارس
- تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی در مدارس
- ارتقا سلامت کارکنان مدارس
- خدمات سلامت روان و مشاوره‌ای در مدارس
- مشارکت والدین و جامعه در برنامه‌ریزی ارتقای سلامت در مدارس و شبکه داوطلبان سلامت دانش‌آموزان

در کشورهای مختلف، کارایی و تأثیر برنامه مدرسه مروج سلامت در مورد برنامه‌های کاهش و پیشگیری از برخی شاخص‌ها از قبیل مصرف سیگار، مواد مخدر، کنترل وزن، بیماری‌های واگیردار، بهداشت روان و ... مورد سنجش و تأکید قرار گرفته است [۵]. موکوما نیز در یک مطالعه مروری سیستماتیک با عنوان ارزیابی برنامه HPS در مدارس نشان داد که این برنامه بر شاخص‌های سلامت دانش‌آموزان و ارتقای بهداشت مدارس تأثیر مثبت داشته است. همچنین تأکید کرد که HPS باید به صورت یک برنامه تلفیقی در مدارس اجرا شود. مطالعه مذکور والدین و جوامع محلی و منطقه‌ای را به عنوان ظرفیت‌های مهم در این برنامه دانست [۶]. در مطالعه دیگری بخشی‌زاده در مطالعه خود با هدف ارزیابی HPS در شیراز نشان داد که این برنامه باعث پیشرفت و افزایش شاخص‌های هشت‌گانه در مدارس، خصوصاً در مدارس روستایی شده است که تأکیدی بر کارآمدی و اثربخشی این برنامه است [۷]. رضانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در ارزیابی خود از اثربخشی برنامه مدارس مروج سلامت تأکید داشت که برنامه‌های آموزش بهداشت در مدارس تأثیر بسیار زیادی در رشد و تکامل دانش‌آموزان دارد. برخی اقدامات از قبیل نصب تابلوهای اطلاع‌رسانی در خصوص فعالیت‌های آموزشی مدرسه، مشخص شدن فردی به‌عنوان هماهنگ‌کننده برنامه‌های توجیهی برای دانش‌آموزان و کارکنان از جمله مداخلات لازم در افزایش کیفیت برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت در مدارس است [۸]. در مطالعات انجام شده جزء مدیریتی و در نظر داشتن منابع لازم جهت اجرا در این برنامه را از اجزای مهم قلمداد می‌کند. منابع محدود سبب عدم تعادل منابع بین جنبه‌های آموزشی و سلامتی در مدارس ایران خواهد بود. در این بین استفاده از ابزارهای مؤثر، سبب بهره‌گیری مناسب از منابع محدود موجود به‌منظور ارتقای سطح سلامت در کنار سطح آموزش در مدارس خواهد شد [۹]. اوهارا^۱ نیز در مطالعه خود تأکید می‌کند که اگرچه بودجه در اجرای این برنامه مهم است، ولی کافی نخواهد بود و از آن مهم‌تر مدیریت، رهبری، همکاری و یکپارچگی در شاخص‌های HPS هستند [۱۰].

برنامه مدارس مروج سلامت در ایران سابقه طولانی ندارد. دستورالعمل اجرایی این برنامه از زمان شروع آن (۱۳۸۹) دو مرتبه مورد اصلاح قرار گرفت و تا سال ۱۳۹۲ به مناطق آموزش و پرورش جهت اجرا ابلاغ شد. اما به‌رغم مزایای بسیار

1. Ohara



و اثرگذاری آن بر ارتقای سلامت دانش‌آموزان در مدارس، براساس گزارش شفاهی وزارت آموزش و پرورش به مرکز پژوهش‌های مجلس در اسفندماه سال جاری، با توجه به وجود برخی چالش‌ها و موانع، اجرای برنامه مروج سلامت تا زمان اصلاح مجدد دستورالعمل اجرایی شدن برنامه مدارس مروج سلامت متوقف شده است. مطالعات متمرکز بر سلامت در مدارس مؤید این مطلب است که برنامه مدارس مروج سلامت بستری مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی در کنار تقویت دانش و آگاهی است [۱۱]. اما باید در نظر داشت که تحقق برنامه مدارس مروج سلامت، جز با مشارکت فعال و دوجانبه دو وزارتین بهداشت و آموزش و پرورش و با هدف یکپارچه‌سازی خدمات، شفافیت در اجرا و ... ممکن نخواهد بود.

براساس مطالعات انجام گرفته طرح مدارس مروج سلامت دارای نقاط قوت و ضعف به شرح زیر است:

نقاط قوت:

- مشارکت محور بودن،
- بازخورد محور بودن،
- آموزش محور و جامع بودن،
- توانمندسازی دانش‌آموزان در خصوص مراقبت‌های سلامتی،
- ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان، معلمان و کارکنان مدرسه و
- انتقال آموزش به خانواده‌ها و ...

نقاط ضعف:

- ضعف سازوکارهای ساختاری- اجرایی (نامناسب بودن زیرساخت‌ها، محدودیت منابع مالی، ضعف در اجرا و پیگیری، نقص در حمایت‌های بین‌سازمانی)،
- فقدان اعتبارات اختصاصی برای مدارس مروج سلامت،
- ضعف در سیستم نگرشی- انگیزشی مدیران (اولویت کمتر دادن به برنامه HPS، مقاومت مدیران در برابر تغییرات ساختاری، ضرورتی ندانستن برنامه از سوی مدیران، ناآگاهی نسبت به دستورالعمل‌های مرتبط)،
- کمبود مربی بهداشت با تحصیلات مرتبط (منجر به تغییر رویکرد سلامت‌نگر به درمانگر در مربیان بهداشت شده است)،
- سرگردانی مراقبین سلامت بین دو وزارتخانه آموزش و پرورش و بهداشت از حیث حمایت و رفع چالش‌های موجود در برنامه،
- نامناسب بودن ساختار فیزیکی و بهداشتی مدارس
- عدم انطباق چک‌لیست‌های برنامه با برخی معیارهای آموزش و پرورش، عملیاتی نبودن برخی شاخص‌ها، ناکافی بودن برخی شاخص‌ها و یا تأکید بر شاخص‌های فردی به جای اجتماعی- فرهنگی و ... از جمله بارزترین چالش‌های برنامه مدارس مروج سلامت بوده است [۱۲، ۱۳].

با در نظر داشتن رویکرد و ماهیت برنامه مدارس مروج سلامت در خصوص ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان، به نظر می‌رسد به‌رغم تلاش‌ها و پیگیری‌های انجام شده از سوی نهادهای ذی‌نفع در اجرایی شدن این برنامه، لیکن برنامه مذکور نیازمند بازنگری اساسی در محتوا و فرایند اجرای آن با در نظر گرفتن محورهایی از جمله تقویت بستر حمایت‌کننده برای اجرای

برنامه، تقویت سیستم انگیزشی مدیران با هدف مشارکت مستمر، بازسازی و نوسازی فیزیکی مدارس، تربیت نیروی انسانی متخصص و حمایت از آنان در برنامه، بازنگری در شاخص‌ها و فرایندهای ارزیابی برنامه است [۱۳].

تصویری از وضعیت سلامت در مدارس ایران

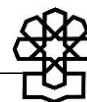
براساس گزارش آماری وزارت آموزش و پرورش در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰:

تعداد ۱۵.۷۹۱.۸۹۹ دانش‌آموز در کشور وجود دارد که در ۱۱۴.۴۳۵ مدرسه و در ۶۱۶.۷۸۷ کلاس درس، توسط ۹۰۵.۸۴۷ معلم مشغول به تحصیل می‌باشند.
 ۴.۳۸۰.۸۹۴ دانش‌آموز دختر و ۴.۶۵۲.۳۸۸ دانش‌آموز پسر در مقطع ابتدایی
 ۱.۸۱۸.۰۳۲ دانش‌آموز دختر و ۱.۹۲۲.۷۱۷ دانش‌آموز پسر در مقطع متوسطه اول
 ۱.۶۸۱.۶۴۹ دانش‌آموز دختر و ۱.۷۵۷.۷۲۵ دانش‌آموز پسر در مقطع متوسطه دوم

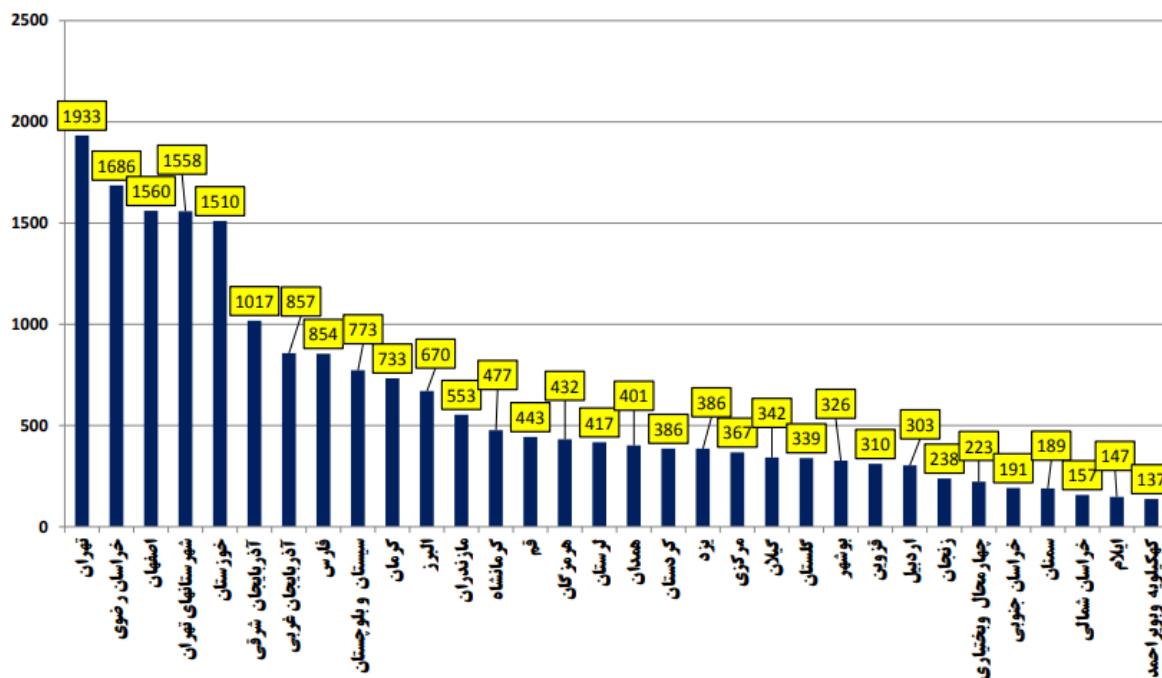
الف) نیروی انسانی موردنیاز

براساس گزارش دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش در بهمن‌ماه ۱۴۰۱، در سال جاری در مجموع ۴.۴۴۳ نفر مراقب سلامت در رشته‌های مرتبط (پزشکی، مراقب بهداشت، سایر گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی) و ۵.۰۰۰ نفر در رشته‌های غیرمرتبط در کشور وجود دارند که با در نظر گرفتن اصلاحیه تبصره ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تبصره (۶) الحاقی به ماده‌واحد قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش^۱ که بر مبنای آن، شاخص ۱/۴۸۰ (یک مراقب سلامت در ازای ۴۸۰ دانش‌آموز) به‌عنوان شاخص تعداد مراقب سلامت مورد نیاز در مدارس تعیین شده، در حال حاضر به‌ازای هر ۲.۶۳۱ نفر دانش‌آموز، یک مراقب سلامت در کشور وجود دارد و کمبود نیروی مراقب سلامت در مدارس ۱۹.۹۱۳ نفر است. براساس آمارهای موجود، بیشترین تعداد نیروی مراقب سلامت مدارس مورد نیاز مربوط به استان تهران با ۱۹۳۳ نفر و کمترین تعداد مورد نیاز به استان کهگیلویه و بویراحمد با ۱۳۷ نفر مراقب سلامت مربوط است (نمودار ۱).

۱. قابلیت دسترسی در سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی.



نمودار ۱. تعداد مراقبین سلامت مورد نیاز به تفکیک استان (۱۴۰۱-۱۴۰۰)

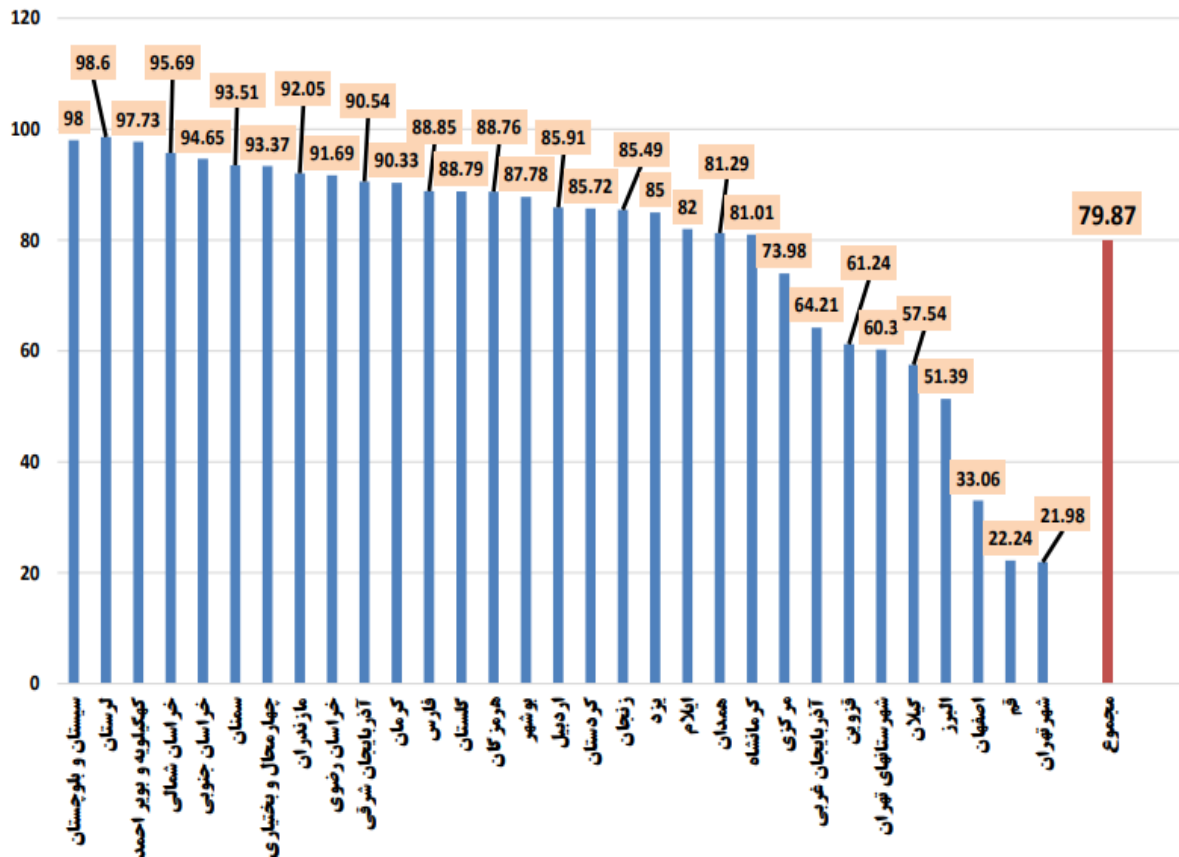


مأخذ: گزارش اداره سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش - دی ماه ۱۴۰۱.

ب) پایگاه بهداشت و تغذیه سالم در مدارس

در راستای اجرای ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان و ضرورت ارتقای تأمین بخشی از انرژی و مواد مغذی مورد نیاز، ارائه مواد غذایی سالم و جلوگیری از عرضه مواد غذایی کم‌ارزش تغذیه‌ای به دانش‌آموزان، ایجاد پایگاه تغذیه سالم در مدارس ضرورت دارد. براساس آمارهای ارائه شده در گزارش وزارت آموزش و پرورش، از مجموع ۱۰۶.۴۹۱ مدرسه دولتی در کل کشور، ۹۱.۲۹۲ مدرسه فاقد پایگاه تغذیه سالم هستند (نمودار ۲).

نمودار ۲. درصد کمبود پایگاه‌های تغذیه سالم به تفکیک استان در کشور (۱۴۰۰-۱۴۰۱)



مأخذ: همان.

ج) بهداشت محیط در مدارس

یکی از مؤلفه‌هایی که در آموزش و پرورش کودکان و نوجوانان تأثیر اجتناب‌ناپذیر دارد محیط مادی و فیزیکی حاکم بر مدرسه است. فضای فیزیکی در آموزش و پرورش نوین، عاملی زنده و پویا در انجام فعالیت‌های آموزشی و تربیتی دانش‌آموزان به‌شمار می‌آید. توجه به مسائل و شاخص‌های فیزیکی، بهداشتی و ایمنی در محیط‌های آموزشی، مؤثرترین و اساسی‌ترین عامل رشد طبیعی از نظر جسمی، روانی و فراگیری مطالب در دانش‌آموزان است [۱۴].

براساس آمارهای مندرج در گزارش دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش در دی‌ماه سال ۱۴۰۱ به

مرکز پژوهش‌های مجلس، از مجموع ۱۰۶۴۹۱ مدرسه دولتی موجود در کشور:^۱

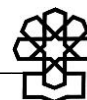
- ۷۰۱۷ مدرسه (۱۱.۱۹ درصد) فاقد آب آشامیدنی لوله‌کشی شهری یا روستایی؛

- ۱۵۲۶۵ مدرسه (۲۴.۳۵ درصد) فاقد آب‌خوری مجزا از روشویی؛

- ۵۲۶۸ مدرسه (۸.۴ درصد) فاقد چشمه توالت؛

- ۱۱۸۵۷ مدرسه (۱۸.۹۱ درصد) فاقد سیستم دفع بهداشتی فاضلاب،

۱. آمار مربوط به سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ است.



- ۱۰۳۶۱ مدرسه (۱۷.۹۴ درصد) فاقد دستشویی / روشویی؛
- ۱۸۰۹۴ مدرسه (۲۸.۸۶ درصد) فاقد لوله‌کشی صابون مایع؛
- ۵۲۴۷۲ مدرسه (۸۳.۶۹ درصد) فاقد اتاق بهداشت مجهز شده؛
- ۳۳۹۴ مدرسه (۵.۴۱ درصد) دارای سازه خشت و گلی، چادر، کپر، کانکس و ... می‌باشند.

د) وضعیت سلامت دانش‌آموزان (طرح کوچ)

براساس گزارش وزارت آموزش و پرورش (دی‌ماه ۱۴۰۱) نتایج ارزیابی صورت گرفته از وضعیت وزن و چاقی دانش‌آموزان (طرح کوچ) در سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد که در بین کل دانش‌آموزان دختر در همان سال، حدود ۲۶.۲ درصد اضافه وزن داشته و دچار چاقی هستند (۶۸ درصد وزن طبیعی و ۵.۷ درصد لاغر و خیلی لاغر). این شاخص (اضافه وزن و چاقی) در میان کل دانش‌آموزان پسر ۳۴ درصد در سال ۱۳۹۸ بوده است (۵۹.۷ درصد وزن طبیعی و ۶.۲ درصد لاغر و خیلی لاغر).

همچنین در این بررسی، استان سیستان و بلوچستان بالاترین درصد خیلی لاغری، هرمزگان بالاترین درصد لاغری، چهارمحال و بختیاری بالاترین درصد وزن طبیعی، شهر تهران بالاترین درصد اضافه وزن و گیلان بالاترین درصد چاقی را در کل کشور دارد.

اعتبارات ارتقای سلامت مدارس در قوانین بودجه سنواتی

با استناد به قوانین بودجه کل کشور طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵، ذیل اعتبارات وزارت آموزش و پرورش، با برنامه ورزش و سلامت دانش‌آموزان برخی فعالیت‌ها از قبیل اجرای برنامه‌های ورزشی دانش‌آموزی، ارتقای بهداشت و سلامت دانش‌آموزان، انجام مراقبت‌های بهداشتی، برگزاری مسابقات ورزشی، هنجاریابی اقدامات بهداشتی و ورزشی و کمک به ارتقای فعالیت‌های ورزشی دانش‌آموزان وجود داشته که اعتباری برای اجرای آنها در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس، اعتبارات در نظر گرفته شده در موضوع سلامت دانش‌آموزان طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵، به شرح جدول زیر ارائه می‌شود:

جدول ۴. اعتبارات در نظر گرفته شده مرتبط با برنامه سلامت دانش‌آموزان

(ارقام به میلیارد ریال)

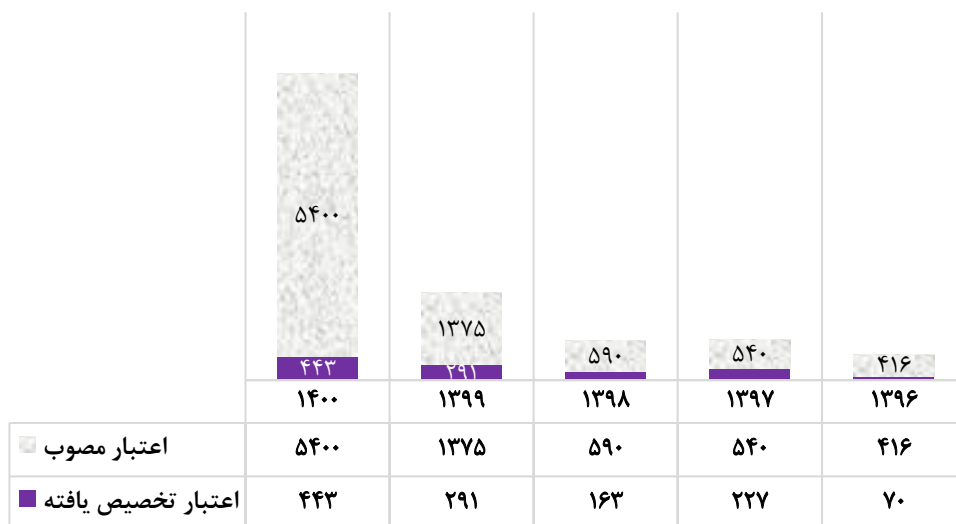
در قوانین بودجه سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵

سال ۱۴۰۰	سال ۱۳۹۹	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۵	برنامه / فعالیت
۵.۴۰۰	۱.۳۷۵	۵۹۰	۵۴۰	۴۱۶	۴۰۰	برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان
۵.۴۰۰	۱.۳۷۵	۳۳۲	۳۰۴	۲۵۳	۲۴۰	ارتقای بهداشت مدارس
-	-	۱۷۹	۱۶۴	۱۲۵	۱۲۰	انجام مراقبت‌های بهداشتی
-	-	۷۹	۷۲	۳۸	۴۰	هنجاریابی اقدامات بهداشتی

براساس جدول فوق، اعتبارات مرتبط با برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان روند افزایشی داشته است. به‌ویژه در سال ۱۳۹۹ نسبت به سال ۱۳۹۸، با حدود ۱۳۳ درصد رشد و در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۹ با رشد ۲۹۰ درصدی همراه بوده است. این رشد در این برنامه علاوه بر متغیرهای مؤثر بر رشد سالیانه اعتبارات، به جهت ادغام اعتبار مربوط به فعالیت‌های انجام مراقبت‌های بهداشتی و هنجاریابی اقدامات بهداشتی در فعالیت بهداشت مدارس بوده است. اما با استناد به گزارش وزارت آموزش و پرورش^۱ روند تخصیص اعتبارات مصوب شده درخصوص برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان به شرح نمودار زیر ارائه شده است:

نمودار ۳. اعتبارات تخصیص‌یافته به برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان طی سال‌های ۱۳۹۶-۱۴۰۰

(ارقام به میلیارد ریال)

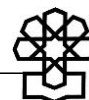


همان‌طور که در نمودار بالا مشاهده می‌شود طی پنج سال گذشته در مجموع یک میلیارد و ۱۹۴ میلیون ریال به حوزه سلامت مدارس اختصاص یافته است. روند تخصیص اعتبارات در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۷ با کاهش و از سال ۱۳۹۹ مجدداً افزایش یافته است.

براساس گزارش دفتر سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش (دی‌ماه ۱۴۰۱) به مرکز پژوهش‌های مجلس، اعتبارات تخصیص‌یافته به استان‌ها به‌طور میانگین صرف موارد زیر شده است:

- آموزش بهداشت و سلامت، تهیه محتوا و بسته‌های آموزشی ویژه دانش‌آموزان (۲۵ درصد)؛
- کمک به اجرای برنامه سفیران سلامت (۳۰ درصد)؛
- کمک به تهیه ملزومات مورد نیاز مراقبین سلامت، اتاق بهداشت، توسعه ایمنی و بهداشت محیط مدرسه و ... (۳۰ درصد)؛

۱. گزارش ارسالی اداره سلامت و تندرستی وزارت آموزش و پرورش در دسامبر سال ۱۴۰۱ به مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.



• توانمندسازی نیروی انسانی شامل مدیران و معاونان مدارس، آموزگاران و دبیران، مراقبین سلامت، نیروهای خدماتی و ... (۱۰ درصد).

با توجه به اهمیت برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان و ضرورت تأمین منابع انسانی، مالی و شرایط فیزیکی مدارس و ... اما تخصیص نامناسب اعتبارات به این برنامه در قوانین بودجه سنواتی می‌تواند یکی از مؤثرترین عوامل در عدم اجرای مناسب برنامه مذکور و تحقق اهداف آن باشد. براساس گزارش وزارت آموزش و پرورش (اداره سلامت و تندرستی) در سال ۱۴۰۱، سرانه مطلوب سلامت برای هر دانش‌آموز ۱۶۰ هزار تومان در یک سال بوده درحالی‌که براساس اعتبارات موجود حدود ۷ هزار و ۶۰۰ تومان در نظر گرفته می‌شود. این در شرایطی است که شاخص‌های سلامت دانش‌آموزان نیازمند ارزیابی مستمر در جهت پیشگیری از بروز بیماری‌هاست.

بر این اساس ضرورت دارد برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان با در نظر داشتن زیرساخت‌ها و منابع لازم در اولویت وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش قرار گیرد.

چالش‌های ارائه خدمات سلامت در مدارس ایران

مطالعات گوناگون درخصوص بهداشت مدارس و نگاهی گذرا به تاریخچه آن در جهان نشان می‌دهد که اغلب کشورهای دنیا توجه خاصی را به امور بهداشتی در مدارس معطوف داشته‌اند. سلامت دانش‌آموزان نه تنها از آن جهت که قشر آسیب‌پذیر جامعه هستند بلکه بدان جهت که سرمایه انسانی و ملی آینده و تضمین‌کننده توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورند حائز اهمیت است [۱۵]. لذا ضرورت دارد در راستای تأمین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کودکان و نوجوانان به‌عنوان یک اولویت، موانع و چالش‌های پیش‌روی آن و ارائه راهکارهای مؤثر بر آنها مورد توجه قرار گیرد. اگرچه از زمان شروع برنامه‌های مرتبط با سلامت دانش‌آموزان، اقدامات متعددی در کشور با همکاری دو وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش صورت گرفته است، اما همواره وجود برخی چالش‌ها سبب عدم اجرای مؤثر برنامه‌های سلامت‌محور و دستیابی به اهداف آن شده است. مهم‌ترین چالش‌های برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان به شرح زیر ارائه شده است:

الف) نامناسب بودن زیرساخت‌های فیزیکی، امکانات و تجهیزات بهداشتی مدارس

باید دانست که متناسب بودن متغیرهای فیزیکی و محیطی مدارس و همچنین شرایط مناسب اکولوژیکی به‌عنوان عمده‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روحی کودکان و دانش‌آموزان، مدیران و کارکنان مدارس است. بهداشت محیط مدارس عبارت است از کنترل عواملی از محیط زندگی دانش‌آموزان که به‌نحوی روی سلامت روانی، جسمی و اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد [۱۶]. لذا رعایت استانداردها مربوط به آن و داشتن شرایط مطلوب از ضروریات این حوزه است. این در حالی است که براساس آمارهای وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۴۰۱، برخی از مدارس کشور مهم‌ترین و مقدماتی‌ترین مؤلفه‌های سلامت محیط را از قبیل چشمه توالت، آبخوری، آب آشامیدنی، دستشویی/روشویی و ... را ندارند.

۱. به آمار شاخص‌های مذکور در بخش تصویری از وضعیت سلامت مدارس در این گزارش اشاره شده است.

ب) کمبود نیروی متخصص سلامت مدارس

کمبود نیروی انسانی در وزارت آموزش و پرورش یکی از چالش‌های اصلی این وزارتخانه در سال‌های اخیر و چشم‌انداز پیش‌رو است؛ براساس پیش‌بینی سازمان برنامه و بودجه که در سال ۱۳۹۷ با عنوان «تحلیل و بررسی وضعیت نیروی انسانی شاغل در وزارت آموزش و پرورش، و پیش‌بینی مشمولین بازنشستگی تا سال ۱۴۰۶» منتشر شد، جمعیت بازنشستگان آموزش و پرورش تا سال ۱۴۰۶، تعداد ۴۶۳ هزار و ۲۷۲ نفر خواهد بود که حدود ۷۱ درصد (۳۲۶ هزار و ۴۲۶ نفر) از این تعداد قبل از سال ۱۴۰۲ بازنشسته خواهند شد.

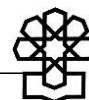
بیشترین میزان بازنشستگی معلمان در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ صورت گرفته است که در این سال‌ها تعداد ۳۸ هزار و ۹۰۲ نفر معلم و ۲ هزار و ۱۸۶ نیروهای کیفیت بخشی (مربی بهداشت، مشاور مدارس و ...) بازنشسته شده‌اند. بر این اساس نیاز آموزش و پرورش در دو طیف نیروی آموزشی (معلمان) و نیروهای تخصصی (مشاوره، مربی بهداشت و ...) در سال‌های آتی وجود خواهد داشت. این در حالی است که براساس تبصره ماده (۳) آیین‌نامه اجرایی تبصره (۶) الحاقی به ماده واحده قانون انتقال مراقبین بهداشت مدارس به واحدهای آموزشی تابعه وزارت آموزش و پرورش، ضرورت دارد به‌ازای هر ۴۸۰ دانش‌آموز مدارس دولتی شهری در سطح منطقه، یک نیروی مراقب سلامت از میان پزشکان، مربیان بهداشت و سایر شاغلان گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی به‌کار گرفته شود. اما مطابق گزارش وزارت آموزش و پرورش (دی ماه ۱۴۰۱)^۱ در حال حاضر صرفاً حدود ۹ هزار مراقب سلامت در مدارس مشغول به‌کار هستند (حدود ۴ هزار نفر در رشته‌های مرتبط و ۵ هزار نفر در رشته‌های غیرمرتبط) و با استناد به قانون فوق، با کمبود حدود ۱۹ هزار نفری مواجه هستیم که بیشترین کمبود به استان تهران (۱۹۳۳ مراقب سلامت مورد نیاز) مربوط است. با توجه به اهمیت حضور مراقبین سلامت متخصص در مدارس و انجام مداخله‌های سلامت‌محور در راستای ارتقای سلامت دانش‌آموزان، ضرورت دارد کمبود مراقب بهداشت با همکاری وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتفع شود.

تبعیض میان مراقبین سلامت و سایر پرسنل اداری و آموزشی مدارس در بهره‌مندی از مزایای شغلی، اهمیت نداشتن این موضوع در نگاه برخی مدیران مدارس، نبود فضای کافی (اتاق بهداشت) برای انجام مداخلات بهداشتی، نبود منابع مالی کافی برای تهیه لوازم و تجهیزات مرتبط، عدم همکاری مؤثر مراکز بهداشتی مناطق با مدارس و ... از جمله عواملی است که سبب بی‌انگیزگی نیروهای مراقب سلامت و عدم تمایل فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط به اشتغال در مدارس خواهد بود.

ج) نداشتن ساعت رسمی درس بهداشت در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی و متوسطه اول

به‌رغم بند «۱» آیین‌نامه اجرایی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان (مصوب ۱۳۸۴/۹/۲) مبنی بر «گنجاندن حداقل ۴۲ ساعت آموزشی با موضوع آموزش سلامت در برنامه آموزشی به کلیه دانش‌آموزان در تمامی پایه‌های تحصیلی (بدون تغییر در ساعات درسی)» و با گذشت بیش از ۱۶ سال از تصویب آیین‌نامه مذکور، به‌غیراز پایه دوازدهم (بر مبنای کتاب سلامت و بهداشت، ۲ ساعت در هفته برای کلیه رشته‌ها)،

۱. گزارش ارسالی وزارت آموزش و پرورش به مرکز پژوهش‌های مجلس در دی‌ماه ۱۴۰۱.



برای هیچ‌کدام از مقاطع تحصیلی در مدارس ساعت درسی مجزا برای آموزش بهداشت وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عوامل اجرایی نشدن بند «۱» آیین‌نامه مذکور در کلیه پایه‌ها، به جهت عبارت **بدون تغییر در ساعات درسی** بوده است. لذا با وجود فشردگی برنامه درسی و کمبود ساعات آموزشی که با تعطیلات پیش‌بینی نشده و اتلاف ساعات، تشدید هم می‌شود تغییر در برنامه درسی مصوب دانش‌آموزان کلیه مقاطع با در نظر گرفتن ساعت آموزشی سلامت تاکنون مقدور نبوده و اقدامی نیز از سوی دستگاه مربوطه انجام نگرفته است. ساعت در نظر گرفته شده برای پایه دوازدهم نیز عمدتاً تحت تأثیر کنکور سراسری قرار گرفته و با جدی تلقی نشدن از سوی دانش‌آموزان به دلیل اهمیت و اضطراب دروس کنکوری یا جایگزینی با کلاس‌های کنکور عملاً کارکرد خود را از دست می‌دهد. این در حالی است که نقش مراقبین سلامت و آموزش موضوعات مرتبط با سلامت به دانش‌آموزان سبب ارتقای سواد سلامت آنان و اثرگذاری آن وضعیت سلامتی افراد خواهد شد. سطح پایین سواد سلامت با مسائلی همچون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش‌های پزشکی و پیروی از آنها، مشارکت کمتر برای انجام رفتارهای پیشگیرانه، تشخیص دیر هنگام بیماری‌ها و ناتوانی در مهارت‌های خودمراقبتی و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است [۱۷].

د) عدم تخصیص اعتبارات حوزه بهداشت مدارس

اگرچه در طی پنج سال گذشته در قوانین بودجه سنواتی اعتباری معادل ۸۰۷۲۱ میلیارد ریال به برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان و موضوع بهداشت مدارس از محل منابع عمومی دولت در نظر گرفته شده است، اما از مجموع این اعتبار، صرفاً معادل ۱۰۱۹۴ میلیارد ریال تخصیص یافته است. به‌نظر می‌رسد عدم تخصیص منابع مورد نیاز برای پیشبرد اهداف برنامه ارتقای سلامت دانش‌آموزان می‌تواند عامل مؤثری بر کم‌رنگ شدن نقش سلامت در مدارس یا محدود شدن خدمات ارائه شده از سوی مراقبین سلامت باشد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

بعد از نهاد خانواده، مدرسه دومین نهادی است که کودک برای آموزش به آن قدم می‌گذارد و نقش معلمان و مربیان در پرورش و ارتقای سطح عملی کودکان، بهداشت روح و جسم هر کودک امری ضروری است که باید مورد توجه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران قرار گیرد [۱۸]. با توجه به ضرورت در نظر گرفتن مداخلات سلامت‌محور در مدارس با هدف ارتقای سلامت دانش‌آموزان، برنامه بهداشت مدارس و به دنبال آن مدارس مروج سلامت در کشور با همکاری وزارتین آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۹ آغاز شد. به‌رغم اهمیت مداخلات مذکور و اثرگذاری آن بر ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان و همچنین سطح سلامت آنان به‌ویژه اقدامات پیشگیرانه، به جهت وجود برخی موانع و چالش‌ها، اجرای موفقیت‌آمیز برنامه مدارس مروج سلامت متوقف و یا سایر اقدامات ارائه شده از سوی مراقبین سلامت در مدارس با چالش مواجه است.

در این گزارش ضعف سازوکارهای ساختاری-اجرایی، فقدان اعتبارات اختصاصی برای مدارس مروج سلامت، ضعف در سیستم نگرشی-انگیزی مدیران، کمبود مربی بهداشت با تحصیلات مرتبط، سرگردانی مراقبین سلامت بین دو وزارتخانه آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از حیث حمایت و رفع چالش‌های موجود در برنامه، نامناسب بودن ساختار فیزیکی و بهداشتی مدارس و ضعف در ماهیت برنامه، نامناسب بودن زیرساخت‌های فیزیکی،

امکانات و تجهیزات بهداشتی مدارس، کمبود نیروی متخصص سلامت مدارس، نداشتن ساعت رسمی درس بهداشت در برنامه‌های درسی دوره ابتدایی و متوسطه اول، کمبود اعتبارات حوزه بهداشت مدارس از مهم‌ترین عوامل عدم موفقیت و یا ناکارآمدی خدمات مرتبط با بهداشت مدارس شناخته شده که ضرورت دارد با توجه به اهمیت این موضوع در کشور، تمهیداتی از سوی نهادهای ذی‌ربط در قوانین برنامه‌های توسعه و پیش‌بینی اعتبار مورد نیاز آن در قوانین بودجه سنواتی در نظر گرفته شود.

با توجه به موارد اشاره شده در گزارش، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

الف) برنامه‌ریزی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های فیزیکی، تجهیزات بهداشتی و همچنین تعداد کافی مراقب سلامت و پیش‌بینی اعتبارات لازم بدین‌منظور در قوانین بودجه سنواتی.

ب) شورای عالی آموزش و پرورش مکلف شود با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تدوین «سند سلامت دانش‌آموزی» با در نظر داشتن شاخص‌های مطلوب سلامت دانش‌آموزان اقدام کرده و سالیانه گزارشی از رصد شاخص‌های مذکور و چالش‌های عدم تحقق به کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ارائه کند.

ج) در راستای شناسایی و رصد وضعیت سلامت دانش‌آموزان، ترتیبی اتخاذ شود تا مراقبین سلامت بتوانند از اطلاعات سلامت دانش‌آموزان که در سامانه‌های ذی‌ربط حوزه سلامت درج می‌شود در برنامه‌ریزی‌های مربوط به حفظ و ارتقای سطح سلامت دانش‌آموزان استفاده کنند.

پی‌نوشت و عناوین

۱. قابل دسترس در وبسایت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۴۰۱.
2. Sandy Whitelaw, et al., 'Settings' Based Health Promotion: A Review. Health Promotion International, 2001. 16(4): p. 339-353.
3. Nastaran Keshavarz, et al., *Schools as Social Complex Adaptive Systems: A New Way to Understand the Challenges of Introducing the Health Promoting Schools Concept*. Social Science & Medicine, 2010. 70(10): P. 1467-1474.
4. World Health Organization, *Promoting Health Through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. 1997: World Health Organization.
5. Ghorban Mohammad Kochaki, et al., *Investigating The Effect of Implementing the School Based Health Promotion Program on Students' Mental Health*. 2011.
6. Wanjirū Mūkoma and Alan J Flisher, *Evaluations of Health Promoting Schools: A Review of Nine Studies*. Health Promotion International, 2004. 19(3): p. 357-368.
7. R Bakhshizadeh. *The experiences and good functions in Shiraz University of Medical Sciences in the field of health promoting schools*. in *National Conference and the First International Conference on Business and Optimal Performance in Primary Health Care System*. North Khorasan University Medical Sciences. 2013.
8. H Ramezani, et al., *Effect of Health Promoting School Program in Schools of the City of Babol: 2013*. Journal of Health, 2016. 6(5): p. 547-556.



9. Mir Masih Moslemi Aghili, Ahmad Jonidi Jafari, and Hasan Zia-oddini, *The Assessment of Establishment and Maintenance of the Health Management System in Schools and Grading for Awarding Stars (HSE-ms)*. Journal of Isfahan Medical School, 2010. 28.(۱۰۷)
10. Joe O'hara and Gerry McNamara, *Process and Product Issues in the evaluation of School Development Planning*. Evaluation, 2001. 7(1): p. 99-109.
11. Monica Carlsson and Venka Simovska, *Exploring learning outcomes of school-based health promotion—a multiple case study*. Health Education Research, 2012. 27(3): p. 437-447.
12. Elham Charoghchian Khorasani, Nooshin Peyman, and Fatemeh Yaghobi, *Health Promoting Schools in Iran: Features and challenges*. Journal of Education and Community Health, 2019. 6(3): p. 127-129.
13. Fatemeh Zarei, et al., *Exploring the Strengths, Challenges and Improvement Strategy for Health-Promoting Schools from School Health Experts*. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion, 2017. 5(3): p. 240-250.
14. M Shirdeh and R Rahmaneyan. *Study of Environmental Health Status of Middle Schools in Jahrom towns in 2008*. in *Proceeding of the 12th National Congress of Environmental Health. Tehran*. 2009.
15. Jamalabadi Mahmoud Zare, Mohammad Bagher Kajbaf, and Ardakani Ehsan Mohiti, *The Accordance of Schools Health Status with the Regulations of School Health in Yazd*. 2014.
۱۶. حافظی، اکرم، مقایسه بهداشت محیط مدارس با رویکرد ارتقای سطح آموزش ملی در مدارس ابتدایی دخترانه دارای مربی و فاقد مربی بهداشت. نوآوری‌های آموزشی، ۲۰۱۲. ۱۱(۳): ص ۱۸۷-۱۶۳.
17. Nooshin Hosseinkhani and Behnam Talebi, *The Role of School Health Nurses' Health Literacy in their Quality of Life in Health-Promoting Schools*. Journal of Health Based Research, 2020. 5(4): p. 369-382.
18. Faranak Ravanmehr, Mohammad Ali Chitsaz, and Naser Hejazi, *The Role of Health Education in Promoting the Health of Female Elementary School Students in Isfahan, Iran, from the Perspective of School Health Educators*. Health System Research, 2021. 17(3): p. 210-217.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، رویروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir