

مولفه های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health: SDH)

مولفه های اجتماعی سلامت مجموعه شرایط زندگی روزمره را در بر می گیرد. شرایطی که افراد در آن به دنیا می آیند، رشد می کنند، کار می کنند و پیر می شوند. این شرایط، نتیجه ی تعاملات بخش ها و قوای مختلف در هر جامعه است. مجموعه پیچیده ای از سیاست های نظام اقتصادی، برنامه های توسعه، سیاست های اجتماعی، هنجارهای اجتماعی و نظام سیاسی، با هم شرایط زندگی روزانه را رقم می زنند. از این رو، موفقیت هرگونه مداخله ای برای بهبود وضعیت سلامتی یا اقدام برای کاهش نابرابری های قابل اجتناب در سلامتی، مستلزم اقدامات بین بخشی و هماهنگی بین قوای مختلف است. اصلی ترین هدف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و زیر مجموعه های آن، تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم است. اما این هدفی است که برای رسیدن به آن، لازم است همه بخش های جامعه با هم و هماهنگ بکوشند، چرا که ارتقا وضعیت سلامتی مقوله ای است که بدون حمایت تمام سازمان ها و نیز مردم، ممکن نمی شود.

تعاریف و مفاهیم

در دنیای امروز دیدگاه های سلامت چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تاثیر قرار میدهند و سبب بروز بی عدالتی هایی در وضعیت سلامت می گردند. این تعیین کننده ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی – اجتماعی و ... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند.

در واقع صحیح است که مراقبت های پزشکی می توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی – اقتصادی است که باعث می شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. بدین معنا که تعیین کننده های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health) مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری ها می شوند و در سلامت انسان نقش به سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند.

از طرفی دیگر سلامت مقوله ای است که نقش آن در ارتقای شاخص های توسعه انسانی نیز انکار ناپذیر است، لذا مبارزه با عواملی که سلامت را تحت تاثیر قرار داده و نیز سبب وجود نابرابری هایی در سلامت می گردند در حقیقت از اولویتهای همه آحاد جامعه و نیز از مهمترین وظایف دولت محسوب می شود. جوامعی با میلیونها کودک و بزرگسالی که قادر به زندگی مولد و مثمر ثمر نیستند پایدار نخواهند بود. مسائل اجتماعی و مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و بیسوادی، قطعاً به عنوان مشکل در تمام کشورهای دنیا با ابعاد متفاوتی وجود دارند و مسلماً این خواست غائی تمام دولتهاست که بتوانند راهکاری مناسب برای بر طرف کردن موانع و ایجاد رفاه، امنیت و سلامت مردم خویش پیدا کنند. در کل می توان چنین نتیجه گیری نمود که شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می کنند هم چنین سن افراد همگی بر وضعیت سلامتشان تاثیر گذار هستند. نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری های سلامت می گردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب هستند. موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی عدالتی ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه ای آن دارد. راه حل های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه های کاری وسیع تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد.

در تعریف جدید سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت نه تنها به معنای عاری بودن انسان از امراض گوناگون بلکه شامل رفاه احساسی، روانی و اجتماعی نیز می باشد. بر این اساس، عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به شرایط اجتماعی که انسان ها در طول چرخه حیاتشان در آن زندگی و کار می کنند توجه دارد.

شواهد دلالت از آن دارد که اکثر بار بیماریها و نابرابریها بهداشت و سلامت ناشی از عوامل اجتماعی است. به عنوان مثال یک زن ژاپنی ۴۲ سال بیشتر از

یک زن لسوتومی زندگی می کند، یعنی انتظار از زندگی بسیار بستگی به محل تولد و محل رشد و نمو دارد .
 ه مچنین بیولوژی نقش تعیین کننده ای در میزان مرگ و میر مادران افغانی (از هر ۸ مادر یک نفر) در مقیاس با مادران سوئدی (از هر ۱۷۴۰۰ مادر یک نفر) ندارد. این نابرابری حتی در شرایط منطقه ای یکسان نیز مصداق دارد. به عنوان مثال یک مرد بومی استرالیایی ۱۷ سال کمتر از سایر مردان همان کشور طول عمر دارد و مرگ مادران در میان زنان فقیر اندونزی ۴ برابر بیشتر از زنان ثروتمند همان کشور است. تنها می توان گفت ترکیب ناهمگونی از سیاست ها، مسایل اقتصادی و سیاسی در مقیاس وسیع مسئولیت این پدیده را به عهده داشته و منجر می شوند تا عده کثیری از مردم از سلامت مناسب برخوردار نباشند.

برخی از عوامل نابرابری و بی عدالتی در سلامت عبارتند از:

- ۱ - محل اقامت (تفاوت بین شهر و روستا، گروههای منطقه ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق) و بخش های دیگر شهرها
- ۲ - نژاد
- ۳ - شغل و آسیب پذیریهای درآمدی
- ۴ - جنسیت که اغلب نشان دهنده آسیب پذیری های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت می باشد.
- ۵ - فرهنگ و ارزشها
- ۶ - تحصیلات
- ۷ - وضعیت اقتصادی و اجتماعی
- ۸ - سرمایه اجتماعی

حیطه های اولویت دار سلامت:

- ۱ - تکامل دوران ابتدای کودکی
- ۲ - سلامت معنوی و روانی
- ۳ - ارائه عادلانه خدمات سلامت
- ۴ - بیکاری و امنیت شغلی
- ۵ - تغذیه و امنیت غذایی
- ۶ - شیوه زندگی سالم
- ۷ - آموزش، آگاهی و تحصیلات
- ۸ - مسکن
- ۹ - محیط های سالم
- ۱۰ - حمایت اجتماعی
- ۱۱ - حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده
- ۱۲ - توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی
- ۱۳ - حوادث

تکامل دوران ابتدای کودکی:

هدف کلی: فراهم نمودن فرصتهای عادلانه جهت پرورش و تکامل تمامی ظرفیت های دوران کودکی از زمان جنینی تا هشت سالگی

در حال حاضر حداقل ۲۰۰ میلیون کودک در سراسر جهان به ظرفیت تکاملی کامل شان دست نمی یابند، که این خود دلالت بر لزوم اقدام در این زمینه دارد. هم چنین سرمایه گذاری در سال های ابتدای زندگی جزء سرمایه گذاری های است که بیشترین تاثیر را در زمینه کاهش نابرابری های سلامت در طی نسل ها دارد.

تجربیات سال های ابتدایی کودکی و قبل از تولد زیر بنای مهم کل زندگی فرد را شکل خواهد داد. شرایط نامناسب دوران بارداری از قبیل سوء تغذیه، استعمال دخانیات، استفاده نادرست از داروها، ورزش ناکافی، استرس و عدم مراقبت های قبل از زایمان همگی می توانند منجر به رشد نامطلوب جنین گشته و این رشد نامطلوب جنینی خطری برای سلامت آتی فرد محسوب خواهد شد. هم چنین اگر به نیازها و حیطه های تکاملی کودکان در طی این دوران پاسخ مناسبی داده شود، آنها سالم تر بوده، از قدرت تفکر و تعقل بیشتری برخوردار می گردند و مهارتهای عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت. تکامل ابتدای کودکی شامل حیطه های مختلفی از قبیل سلامتی (فیزیکی...)، اجتماعی / احساسی و شناختی / تکلمی می باشد که همگی قویا بر یادگیری ابتدایی و پایه ای فرد، موفقیت او در امر تحصیل، خطر ابتلا به بیماری های جسمی و روانی، مشارکت اقتصادی، نقش اجتماعی شهروندی و سلامت او نیز تاثیر بسزایی خواهند داشت.

سلامت معنوی و روانی:

هدف کلی: ارتقاء عادلانه سلامت معنوی و روانی مردم با مشارکت مردم و حکومت

سلامت روان به عنوان حالت رفاهی که در آن هر فرد ظرفیت های خود را شناخته، بتواند با استرس های طبیعی زندگی خود کنار آمده، به طور موثر و مولد کار کند و نیز قادر باشد در اجتماع اش مشارکت نماید، تعریف شده است. اختلالات روانی و رفتاری در تمام کشورها شایع اند و مشکلات عدیده ای را نیز ایجاد می نمایند. افراد مبتلا به این گونه اختلالات اغلب با مسائلی از قبیل انزوای اجتماعی، کیفیت بد زندگی و مرگ و میر بیشتر دست به گریبانند. هم چنین این اختلالات خود منجر به تحمیل هزینه های گزاف اقتصادی و اجتماعی نیز خواهند شد. مطالعات نشان داده است که شیوع اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب... در شرایط بیکاری، درآمد کم، تحصیلات محدود، شرایط کاری پر تنش، تبعیض جنسیتی و شیوه های زندگی ناسالم بیشتر است. سیاست های سلامت روان باید اثرات تعیین کننده های محیطی خصوصا اثرات بر روی گروه های آسیب پذیر را مورد توجه قرار دهند و تضمین کنند که این راهکارها از بروز انزوا و طرد شدگی ممانعت می نمایند. از آنجا که بسیاری از تعیین کننده های کلان سلامت روان در سطوح مختلف حکومت پراکنده اند، بهبود وضعیت سلامت روان نیز نیازمند اتخاذ سیاست ها و راهکارهای مرتبط توسط سایر بخش ها می باشد. به عبارت دیگر، برخی از سازمانها و ارگانهای، به غیر از بخش سلامت، با عوامل تاثیر گذار بر اختلالات روانی و رفتاری در ارتباط اند، بنابراین خود آن سازمان ها و ارگان ها لازم است سیاست ها و راهکارهای لازم را اتخاذ نمایند. همکاری بین بخشی برای تامین سیاست های سلامت روان نقش بسیار ساختاری و مهمی دارد.

سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی مطرح شده است. دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش ها، ارزشها و رفتارها تاثیر عمیق دارد و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی تاثیر می گذارد. این تاثیر روی فکر و بدن به نام تندرستی معنوی نامید می شود.

مطابق بررسی متون دیدگاه معنوی از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تاثیر می کند:

- 1- رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت موجب فعال سازی مسئولیت پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج شده در دین می شود که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می کند مانند رفتارهای تغذیه ای توصیه شده در ادیان
 - 2- حمایت اجتماعی: انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مولفه اخیر یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس تاثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد
 - 3- سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام رسان روی سیستم ها و ارگان های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و ... تاثیر تقویت کننده دارد.
 - 4- اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است.
- نتیجه این تاثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع تر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی- درمانی و تعامل سالم فرد در اجتماع است که در تحقیقات مختلف این مسئله نشان داده است.
- لذا با توجه به دین مبین اسلام و دستورات موکد آن در زمینه های مرتبط با سلامت جای دارد جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور پیشرو اسلامی و پرچم دار مبانی اسلامی و شیعی در جهان در زمینه ترویج و تقویت این بعد از سلامت گام بردارد و نسبت به ارائه الگو در زمینه سلامت معنوی اقدام نماید.

ارائه عادلانه خدمات سلامت:

هدف کلی: ارتقا وضعیت عدالت در سلامت از طریق ارائه عادلانه خدمات سلامت

منافع عمومی سیستم های سلامت برای مردم چیزی بیش از پیشگیری از بیماری ها و درمان آن هاست. در صورتیکه این سیستم ها به طور مناسب طراحی و مدیریت گردند، میسر خواهد گردید تا از آنها به عنوان ابزاری در جهت بهبود وضعیت زندگی مردم، محافظت از آنان در برابر آسیب پذیری ناشی از ناخوشی ها، ایجاد احساس امنیت در زندگی، تضمین برخورداری همه اقشار مردم از خدمات سلامت استفاده شود. سیستم های سلامت می توانند سبب ارتقاء عدالت در سلامت گردند به شرط آن که در طراحی و مدیریت آن ها موضوعات و نیازهای مردم محروم و حاشیه نشین، زنان و مستمندان به خوبی لحاظ گردیده باشد. ویژگی های اختصاصی سیستم های سلامت که می توان از طریق آنها عدالت در سلامت را ارتقا داده و ترویج نمود عبارتند از: جلب همکاری های بین بخشی به منظور ارتقا سلامت مردم؛ درگیر نمودن گروه های مردمی و سازمان های غیر دولتی خصوصا سازمان ها و گروه هایی که با مردم محروم و حاشیه نشین سر و کار دارند؛ ترغیب اختصاص منابع به نیازهای سلامت؛ تامین منابع مالی بخش سلامت بر اساس پوشش همگانی و در نظر گرفتن منافع ویژه برای گروه های محروم اجتماعی و حاشیه نشین(خصوصا بهبود دسترسی به مراقبت های سلامت، محافظت بهتر در برابر هزینه های خانمان سوز بیماری و توزیع مجدد منابع به سمت گروه های فقیر تر با نیازهای بیشتر سلامت)؛ احیا مجدد رویکرد مراقبت اولیه سلامت، به عنوان استراتژی که سبب تقویت و انسجام ویژگی های ارتقا عدالت در سلامت ذکر شده در فوق می گردد.

به منظور تقویت سیستم های سلامت و توجه به بی عدالتی های سلامت، موضوعات ذیل باید مد نظر قرار گیرند:

- تضمین تعهدات سیاسی برای سیاست های اقتصادی و اجتماعی که حمایت کننده عدالت، مبتنی بر حقوق اقتصادی و اجتماعی و بهره گیری از رویکرد مراقبت های اولیه جامع؛ تامین کننده پایه ای برای نهادینه کردن اقدامات ضروری به منظور ارتقا سلامت در بین گروه های محروم و حاشیه نشین باشند.

- استقرار چارچوب های سیاستی و تمهیدات رسمی که هماهنگ کننده تصمیم گیرندگان و صاحب منصبان بخش های مختلف درون و برون سیستم سلامت بوده؛ فرصت هایی به منظور در گیر نمودن تشکلات مدنی در تصمیم گیری ها و اقدامات سیستم سلامت تامین نمایند؛ اساسی برای سرمایه گذاری مالی در سلامت ایجاد نمایند؛ قوانین بخش خصوصی و توسعه و مدیریت منابع انسانی را مشخص نمایند.
- تضمین افزایش پرداخت هزینه های بخش سلامت توسط دولت به عنوان مثال از طریق اولویت بندی مجدد سلامت در درون بودجه دولتی؛ گستردن پایه های مالیاتی و بهبود سیستم های جمع آوری مالیات و تضمین کمک های مالی بین المللی.
- اختصاص مجدد منابع دولتی در بین نواحی جغرافیایی، جمعیت، سطوح سیستم و اشکال مراقبت های سلامت بر اساس نیازهای سلامت جمعیت و ظرفیت های توسعه ای به جای استفاده از الگوهای قدیمی اختصاص و هزینه کرد منابع.
- حذف پرداخت های مصرف کنندگان برای خدمات عمومی.
- اولویت بندی مراقبت های اولیه سلامت در استراتژی های سرمایه گذاری سیستم سلامت عمومی.
- توانمند و قادر نمودن مدیران بخش دولتی سطوح محلی برای جهت دهی عملکرد های روتین سیستم به سمت اهداف عدالتی

بیکاری و امنیت شغلی:

هدف کلی: ایجاد شرایط شغلی منصفانه و کافی و پیشگیری از تبعات سلامت ناشی از بیکاری و بی عدالتی شغلی

امنیت شغلی باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می گردد، در عوض میزان بالای بیکاری موجب بیماری و مرگ زودرس می شود. بیکاری سلامت را به مخاطره انداخته و میزان این مخاطرات در مناطقی که بیکاری گسترش دارد، بیشتر است مطالعات نشان داده اند که افراد بیکار و خانواده هایشان به طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ زودرس می باشند. اثرات بیکاری بر روی سلامت در نتیجه مسائل روحی روانی و مسائل مالی به وجود می آید. اضطراب در مورد نا امنی شغلی یکی از تعیین کننده های مهم سلامتی است. ناامنی شغلی بر میزان های ابتلا به بیماری های اضطرابی و افسردگی و نیز قلبی عروقی و عوامل خطر آنها تاثیر به سزایی دارد. البته صرف داشتن یک شغل همیشه ضامن سلامتی جسم و روان نیست و در این خصوص کیفیت شغلی نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. ایجاد شرایط کاری اشتغال منصفانه و کارهای مناسب و در خور شان مردم، هم از دیدگاه توسعه اقتصادی و هم از دیدگاه عدالت در سلامت ارزشمند است. در واقع اشتغال منصفانه به معنی شرایط عادلانه در جذب افراد برای مشاغل و تکمیل کننده مفهوم کار مناسب است و در برگیرنده این چشم انداز سلامت عمومی است که در آن ارتباطات شغلی، رفتارها، پیامدها و عملکردهای شغلی، خود جز عوامل کلیدی و مهم تاثیر گذار بر سلامت کارکنان محسوب می گردند. اشتغال منصفانه هم چنین دلالت بر ارتباطات عادلانه بین کارفرما و کارگر دارد و منظور از کار مناسب نیز تامین فرصت هایی برای شغل های مولد با درآمد منصفانه، امنیت محیط کاری و حمایت اجتماعی از خانواده است.

تغذیه و امنیت غذایی:

هدف کلی: ارتقاء سطح امنیت غذا و تغذیه در کشور

رژیم غذایی خوب و مناسب برای ارتقاء سلامتی و رفاه از ضروریات است. مواد غذایی و تنوع آن موجب بروز بیماری های ناشی از سوء تغذیه می شوند. پر خوری نیز که شکلی از سوء تغذیه است در بروز بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان، چاقی و بیماری های دندانی سهم دارد. از سویی دیگر فقر غذایی نیز در کنار زیاده روی غذایی وجود دارد. موضوع مهم سلامت عمومی، دسترسی و تامین غذای سالم و مغذی است. در

حال حاضر تجارت جهانی غذا، تجارت بزرگی است. توافق کلی بر سر تعرفه ها و سیاست های تولید، تامین و تجارت جاری مواد غذایی از موضوعاتی است که در این حیطه باید مد نظر قرار گیرد. هم چنین در این حیطه بایستی بر تعیین انتظارات بخش سلامت از سیستم غذایی کشور به منظور فراهم نمودن غذای تازه، مغذی و قابل دسترس برای همگان به ویژه اقشار محروم، حمایت از روش های تولید مواد غذایی و کشاورزی سالم و دوستدار محیط زیست، تقویت فرهنگ تغذیه ای سالم تاکید گردد.

شیوه زندگی سالم:

هدف کلی: مقابله با عوامل خطر سلامت مرتبط با شیوه زندگی

استعمال دخانیات، رفتارهای بد تغذیه ای، فقدان فعالیت فیزیکی، همگی جز شیوه های زندگی هستند که با مشکلات سلامت از قبیل سرطان، بیماری های قلبی عروقی و چاقی در ارتباط نزدیک اند. بر اساس تخمین سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۸۰٪ موارد مبتلا به بیماری های قلبی، ۹۰٪ موارد مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۱/۳ موارد سرطان ها از طریق افزایش فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی سالم تر و ترک استعمال دخانیات قابل پیشگیری است. اقدام در این حیطه نیازمند همکاری تمام سازمانهای دست اندرکار است.

آموزش، آگاهی و تحصیلات:

هدف کلی: کاهش نابرابری های سلامت از طریق بهبود وضعیت تحصیلات، سواد و آگاهی مردم کشور

ساختار و اساس سلامت در طول عمر فرد در دوران کودکی شکل می گیرد. فقر به عنوان یکی از تعیین کننده های زمینه ای سلامت و ناخوشی محسوب شده و سواد و تحصیلات به عنوان شیوه ای مهم جهت خروج از فقر شناخته شده است. تحقیقات در زمینه نابرابری های سلامت نشان داده اند که هرچه میزان تحصیلات کمتر باشد، وضعیت سلامت نیز نامطلوب تر خواهد بود. علت این است که سواد و تحصیلات یکی از قوی ترین نشانگرهای وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد به شمار می آید. هم چنین مداخلات سیاست عمومی که محرومیت های آموزشی، تحصیلاتی و آگاهی را مد نظر قرار می دهند از طریق دادن آموزش های عمومی مورد نیاز و آموزش های سلامت اثر مهمی در مبارزه با فقر و ایجاد تاثیرات مطلوب بر سلامت دارند.

مسکن:

هدف کلی: تامین مسکن و محله مناسب برای سکونت آحاد جامعه خصوصا اقشار محروم

مطالعات نشان داده است که ارتباط قوی بین محله ای که فرد در آن زندگی می کند، وضعیت کیفی مسکن وی و سلامت اش وجود دارد. به عنوان مثال احتمال اینکه افراد فقیر در محیط ها و مسکن های با کیفیت نامناسب زندگی کنند، بسیار بیشتر است و این خود در ایجاد شرایط نامطلوب سلامت سهم بزرگی دارد. بررسی ها مبین این هستند که ازدحام، رطوبت و دمای نامناسب (گرما یا سرمای بیش از حد) در محل سکونت می توانند منجر به پیامدهای ناگوار سلامت شوند. هم چنین شواهدی در زمینه ارتباط بین فضای ناکافی در منزل و بیماری روانی و رفتاری نیز

وجود دارد و یا شواهدی در زمینه ارتباط بین رطوبت محل سکونت و بیماری های تنفسی وجود دارد و هم چنین تنش های حرارتی در منزل منجر به افزایش مخاطرات ابتلا به بیماری های تنفسی و آلرژی می گردد. از سوی دیگر دسترسی به محلی برای سکونت نیز بر سلامت اثر گذار است. به عنوان مثال افزایش قیمت خرید مسکن و نیز قیمت اجاره بهای آن در چند سال اخیر مشکلات سلامت (اضطراب، افسردگی) بسیاری را برای افراد کم درآمد ایجاد کرده است. لذا اتخاذ سیاست های عمومی که بتواند تامین کننده مسکن با کیفیت مطلوب و محله های مناسب برای زندگی خصوصا افراد و طبقات محروم جامعه باشد از ضروریات سلامت و ارتقا عدالت در سلامت کشور است

محیط های سالم :

هدف کلی: تامین سلامت محیط زیست (آب، خاک و هوا) و کاهش و یا حذف آلاینده های مخاطره زای سلامت

بررسی ها نشان داده اند از عواملی که موجب افزایش بیماری ها در سال های گذشته بوده، شدت یافتن آلودگی هایی است که در محیط اطراف وجود دارد. از تبعات آلودگی شهری، ایجاد و اشاعه ی بیماری های مختلف در کودکان است. شاید در شهرها مهم ترین عامل ایجاد محیط زیست آلوده، آلودگی هوا ناشی از کارخانه های موجود در شهرها و حومه، ترافیک شهری، آلودگی های صنعتی و آلودگی های مراکزی مثل بیمارستان ها باشد. در بیمارستان ها بیماری های مختلف عفونی بستری می شود، بیماری های جراحی و بیماری های متنوع دیگری بستری می شود که آلودگی های ناشی از آنها می توانند، وارد سیستم فاضلاب شهری بشود و تبعاتی را برای افراد جامعه داشته باشد. در حال حاضر آسم و آلرژی تنفسی یکی از بیماری های شایعی است که واقعا در تهران وجود دارد که دلیلش هم وجود آلودگی در این شهر است. از دیگر بیماری های ناشی از محیط زیست می توان آلرژی پوستی و سرطان را نام برد. افرادی که در مناطق آلوده زندگی می کنند، احتمال سرطان در آنها بیشتر است، بعد سوزش چشم و پوست و کمبود اکسیژن خون است که خودش می تواند سبب بی قراری بشود. آلودگی هایی که در آب وجود دارد یا آلودگی های ناشی از سوخت مواد پلاستیکی می تواند حاوی میکرب های هوازی یا بی هوازی باشد که وجود این میکرب ها در هوا می تواند بصورت معلق بوده و سبب عفونت های تنفسی و گاهی گوارشی خصوصا در کودکان بشود. محیط زیست نه تنها بیماری های جسمی بلکه بیماری های روحی و روانی را نیز موجب می شود: ثابت شده، حتی در یکسری از بیماری های روحی - روانی مثل افسردگی یا اسکیزوفرنی ها، آلودگی هوا فرد را مستعد به این بیماری ها می کند. آلودگی هوا حتی می تواند بر روی جنین در خانم های باردار نیز تأثیر منفی داشته باشد. لذا ضروری است اقداماتی انجام داد تا آسیب پذیری در برابر عوامل زیانبار محیط زیست را به حداقل رساند و سلامت آحاد جامعه را فزون تر نمود. لذا اتخاذ راهکارهای مدیریت ادغام یافته سلامت و محیط زیست به منظور کنترل این قبیل مخاطرات لازم است.

حمایت اجتماعی :

هدف کلی: بهبود سلامت اجتماعی از طریق بهبود سیستم حمایت اجتماعی

یکی از عوامل تعیین کننده سلامت انسان بهره مندی از حمایت های اجتماعی به معنای اقدام های کمکی در شرایط سخت زندگی برای نوع بشر است.

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می پردازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه ای که افراد در چارچوب های اجتماعی جذب نگردند، زمینه ای مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت می باشد. در تعریف سلامت در سال ۱۹۴۸ که توسط سازمان بهداشت جهانی بیان شد، سلامت اجتماعی یکی از سطوح سلامت کلی فرد بیان شده است. بُعد اجتماعی سلامتی

شامل سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه ی بزرگتر است. سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر(نزدیکان و گروههای اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخهای درونی فرد(احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیش می باشد. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیار های اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش های اجتماعی را نیز دربرمی گیرد .

سرمایه اجتماعی شامل نهادها، روابط، گرایش ها، ارزش ها و هنجارهایی است که بر رفتارها و تعاملات بین افراد حاکم است . به عبارت دیگر، سرمایه اجتماعی آن دسته از شبکه ها و هنجارهایی است که مردم را قادر به عمل جمعی می کند.

متغیر های اجتماعی عمده سرمایه اجتماعی عبارتند از : ۱- نظام های حمایت گر خانواده ۲- نظامهای آموزشی ۳- سازمان های افقی و عمودی علاوه بر این در فرهنگ اسلامی ، شواهد و راهبردهای صریحی با دلالت بر اهمیت « سرمایه اجتماعی » و متغیر های اصلی آن نظیر « اعتماد عمومی » ، « لزوم اهتمام کارگزاران حکمت اسلامی بر ایجاد نگرش مثبت مردم نسبت به عملکرد حکومت و دست اندرکاران حکومتی » ، خودداری از اشرافیت و تجمل گرایی ، پرهیز از تشریفات که بین حکومتگران و مردم فاصله بیاندازد، « پی ریزی انسجام اجتماعی و وحدت ملی » ، « اهتمام به قانون ، نگاه یکسان حکومت گران به عموم شهروندان » ، « تلقی سرنوشت مشترک در میان همه اعضاء امت اسلامی (وحتی اقلیت های دینی و قومی) » و نهایتا تلاش برای جایگزینی مفهوم « ما » بجای « من » در عرصه های اجتماعی به چشم می خورد .

رفاه اجتماعی نتیجه فعالیت هایی است که نهادهای اجتماعی برای دستیابی افراد در جوامع به سطح قابل قبولی از زندگی ، تندرستی و فرصتهایی است که اجازه می دهد آنان تمامی استعدادهای خود را پرورش دهند و مسائل خود را در سازگاری با جامعه حل نمایند ، عرضه کنند . شبکه اجتماعی یک ساختار اجتماعی است که از گره هایی(که عموما فردی یا سازمانی هستند) تشکیل شده است که توسط یک یا چند نوع خاص از وابستگی به هم متصل اند ، برای مثال : قیمت ها ، الهامات ، ایده ها و تبادلات مالی ، دوست ها ، خویشاوندی ، تجارت ، لینک های وب ، سرایت بیماری ها (اپیدمیولوژی) یا مسیرهای هواپیمایی. ساختارهای حاصل اغلب بسیار پیچیده هستند. تحلیل شبکه های اجتماعی روابط اجتماعی را با اصطلاحات گره و رشته می نگرد. گره ها بازیگران فردی درون شبکه ها هستند و رشته ها روابط میان این بازیگران هستند. انواع زیادی از رشته ها می تواند میان گره ها وجود داشته باشد . تحقیق در تعدادی از زمینه های آکادمیک نشان داده است که شبکه های اجتماعی در بسیاری از سطوح به کار گرفته می شوند از خانواده ها گرفته تا ملت ها و نقش مهمی در تعیین راه حل مسائل ، اداره کردن تشکیلات و میزان موفقیت افراد در رسیدن به اهدافشان ایفا می کند.

حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده:

هدف کلی: بهبود وضعیت سلامت و معیشت حاشیه نشین ها و افراد ساکن در مناطق محروم دور افتاده و تلاش برای کاهش آسیب پذیری مردم محروم نسبت به شرایط آسیب رسان به سلامت که با آن روبرو هستند.

در تمام جوامع گروه هایی وجود دارند که بنا به دلایل مختلف، شرایط زندگی متفاوتی با سایر افراد جامعه داشته و از بسیاری از مزایای اجتماعی که سایر افراد جامعه برخوردارند از جمله خدمات سلامت محروم می مانند مثل حاشیه نشین ها، گروه های مختلف قومی ... مواردی که معمولا در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار می گیرد مواردی از قبیل امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت های اجتماعی می باشند. این قبیل محرومیت ها سبب محدودیت روابط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بد کاری، حقوق نامناسب، درآمد کم و تغذیه نامناسب این گروه ها شده که خود می تواند اثرات منفی بر سلامت آنان ایجاد نماید.

توزیع عادلانه در آمد و امنیت اقتصادی:

هدف کلی: تلاش برای کاهش فقر و پیامدهای نابرابر سلامت منتج از فقر و درآمد ناکافی

در تمام کشورهای دنیا موثرترین راه حفاظت و بهبود وضعیت سلامت، حذف فقر و نابرابری های اقتصادی اجتماعی و عواقب آن شناخته شده است. برای مثال تغذیه بد، محیط زیست ناسالم، فقدان دسترسی به خدمات مراقبتی سلامت پیامدهای فقر هستند که همگی بر سلامت اثرگذارند. گرچه فقر مطلق که به طور مستقیم زندگی انسان ها را تهدید میکند، در اغلب کشورهای مرفه دنیا حذف شده است اما فقر نسبی هنوز گریبانگر افرادی از جوامع است که خود منجر به عدم برخورداری آنها از استانداردهای قابل دستیابی زندگی می شود. بنابراین لازم است در جهت تبیین فقر به هردو نوع فقر توجه خاص مبذول گردد. در تمام کشورهای دنیا فقر با افزایش مواجهه با بیماری های عفونی، سوء تغذیه، کمبود ریز مغذی ها و مرگ و میر مادران و کودکان همراه گردیده است. بنابراین برای مقابله با این قبیل مشکلات سلامت، کاهش آسیب پذیری ناشی از فقر الزامی است که در اهداف توسعه هزاره نیز بدان توجه ویژه ای شده است خصوصا از این منظر که می تواند تعیین کننده راهکارهای بهبود وضعیت سلامت افراد مستمند و فقیر باشد. گرچه در کشور اقدامات زیادی در خصوص فقر زدایی صورت پذیرفته اما لازم است با دیدگاه سلامت اقدامات منسجم و هم راستا گردند.

حوادث:

هدف کلی: کاهش عوارض و پیامدهای ناعادلانه حوادث و بلایا بر سلامت

سلامتی و زندگی بشر همواره در معرض تهدیدات و خطرات ناشی از حوادث و سوانح قرار دارد. در این میان افراد زیادی جان و یا سلامتی خود را از دست داده و همه ساله خسارات جانی و مالی زیادی به بار می آید. توسعه سریع اجتماعی اقتصادی و بهره مندی از فناوری ها و امکانات جدید، بدون زیر ساخت های فرهنگی و اجتماعی و تغییر سریع الگوهای زندگی، بدون توجه به پیش نیازهای ضروری برای پذیرش این دگرگونی ها، همگی به این منجر شده که میزان بروز حوادث عمدی و غیر عمدی، تلفات انسانی و زیان های اجتماعی و روانی ناشی از آن به شدت افزایش یافته و به یک مشکل جهانی و کشوری مبدل شود. در دهه های گذشته بیماریهای عفونی عامل بیشترین مرگ و میر در جوامع بشری بود. اما در سالهای اخیر علت مرگ و میر از بیماریهای عفونی به مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی و ترافیکی مبدل شده است. کنترل و کاهش مرگ ناشی از عوامل یاد شده به تلاشی مضاعف در فرهنگ سازی و پیشگیری نیازمند است. مرگ ناشی از حوادث به خصوص حوادث ترافیکی، به علت اینکه بیشترین قربانیان آن را گروه های سنی فعال جامعه تشکیل می دهد، همانند قله کوه یخی است که بدنه بسیار بزرگ آن از مجموعه متعددی از آسیب های پایدار و ناپایدار انسانی، زیانهای ریز و درشت اقتصادی و اجتماعی تشکیل شده است، هر چند در فرهنگ عامه حوادث به عنوان یک واقعه تصادفی و غیر قابل اجتناب شناخته می شود، ولی در چند دهه گذشته با تغییر نگرش قدیمی و لزوم آمادگی عمومی در برابر وقایع درک بهتری از حوادث ایجاد شده است. پذیرش حوادث به عنوان یک مشکل قابل پیشگیری منجر به توسعه استراتژی های پیشگیری و در نتیجه کاهش تعداد مرگ ناشی از حوادث در بعضی کشورها شده است. در این راستا ملل جهان با تدوین بیانیه ها، دستورالعمل ها و تفاهنامه ها درصد مهار و کنترل علمی مرگ و میر در جهان هستند. کشور ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و با استفاده از توصیه های جهانی و بومی سازی

آن‌ها در سه دهه انقلاب گام‌های جدی و ارزشمندی برداشته است. بنا به گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حدود ۳۵ هزار مرگ ناشی از تصادفات ترافیکی با میانگین سنی ۲۳ تا ۳۵ سال در طول یکسال رخ میدهد که در نتیجه میزان عمر از دست رفته بسیار زیاد می‌شود. جوانهایی که در اثر این تصادفات فوت می‌کنند، جوانان مولد هستند یعنی کسانی هستند که باید تولید کنند و تولید ناخالص داخلی را بالا ببرند؛ ولی عملاً این اتفاق نمی‌افتد و این افراد مرگ زودرس پیدا می‌کنند؛ در نتیجه تولید ناخالص داخلی کم میشود. بر اساس تحقیقات، دنیا ثابت کرده کسانی که در این سنین می‌میرند و جزو گروه مولد جامعه هستند سه برابر بیشتر از سایرین، به تولید ناخالص داخلی کشور لطمه می‌زنند. اگر این محاسبات را در کنار هم قرار دهیم متوجه میشویم که چه زیانهای عظیم اقتصادی از این مرگها عایدمان می‌شود که این زیانهای اقتصادی در کنار زیانهای اجتماعی مرگ یک نان آور خانواده، یک اتفاق بسیار عظیم را طراحی می‌کند. روند تصاعدی آسیب‌های ناشی از حوادث راه‌ها آن را به عنوان یک مشکل سلامتی جدی مطرح کرده، طوری که: در سطح جهان، هر روز ۳۲۴۲ نفر در اثر آسیب‌های ترافیکی جان خود را از دست داده و بین ۲۰ تا ۵۰ میلیون نفر دچار آسیب یا ناتوانی می‌شوند و آسیب‌های ترافیکی در حال حاضر در میان علل مرگ و میر در جهان با سهم ۲۱ درصد در رتبه یازدهم قرار دارد و رتبه آن در ایران، جایگاه دوم است.

با توجه به بار بالای لذا ایمن نمودن کشور برای آحاد مردم را باید تبدیل به یک وظیفه الزامی برای سیاستگذاران و مسئولین گردد. (همه گیر شناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی حوادث در جمهوری اسلامی ایران) همچنین با عنایت به حادثه خیز بودن کشور ما از نظر حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله و شیوع زیاد این حوادث نسبت به بسیاری دیگر از نقاط جهان، آمادگی و برنامه ریزی وسیع و همه جانبه کشوری در مورد این حوادث ضروری می‌نماید.