

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

با تشكر از اساتيد محترم

فهرست مطالب

فصل اول

کلیات پژوهش

- ۱-۱ مقدمه ۱
- ۲-۱ بیان مسئله ۲
- ۳-۱ اهمیت و ضرورت ۵
- ۴-۱ تعریف متغیرها ۵
- ۱-۴-۱ تعریف نظری ۵
- ۱-۴-۲ تعریف عملیاتی ۶
- ۵-۱ اهداف پژوهش ۷
- ۱-۵-۱ هدف کلی ۷
- ۲-۵-۱ اهداف اختصاصی ۷
- ۳-۵-۱ اهداف کاربردی ۸
- ۶-۱ سوالات و فرضیات ۸

فصل دوم

پیشینه پژوهش

- ۱-۲ سلامت ۹
- ۱-۱-۲ تعریف بیماری ۹
- ۲-۱-۲ تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت ۹
- ۲-۲ تاریخچه ۱۰
- ۱-۲-۲ سازمان جهانی بهداشت ۱۰

- ۱۱-۲-۲-۲ اولویت های سازمان جهانی بهداشت.....
- ۱۱-۳-۲-۲ جهت گیری راهبردی سازمان جهانی بهداشت در ایران.....
- ۱۲-۳-۲-۲ ابعاد سلامتی.....
- ۱۲-۱-۳-۲-۲ بعد جسمی.....
- ۱۳-۲-۳-۲ بعد روانی.....
- ۱۳-۳-۳-۲ بعد اجتماعی.....
- ۱۴-۴-۲ عوامل اجتماعی سلامت.....
- ۱۶-۵-۲ تعیین کننده های سلامت.....
- ۱۸-۱-۵-۲ شیوه های زندگی مردم.....
- ۱۸-۲-۵-۲ فقر و سلامت.....
- ۲۰-۳-۵-۲ تغذیه سالم.....
- ۲۰-۴-۵-۲ توزیع مناسب درآمد.....
- ۲۱-۵-۵-۲ - وسعت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی.....
- ۲۱-۶-۵-۲ کار.....
- ۲۲-۷-۵-۲ اعتیاد و مسائل مربوط.....
- ۲۳-۶-۲ عدالت در سلامت.....
- ۲۳-۱-۶-۲ تعیین کننده های اساسی در زمینه تفاوت های وضعیت سلامتی.....
- ۲۴-۲-۶-۲ عواملی که بر بی عدالتی دلالت دارند.....
- ۲۵-۳-۶-۲ سیاست های سلامت نیاز به بررسی های زیر دارند.....
- ۲۶-۷-۲ سالمندی.....
- ۲۶-۱-۷-۲ تعریف سالمندی.....
- ۲۷-۸-۲ نظریه های سالمندی.....

- ۲۷..... نظریه های زیست شناختی.....۱-۸-۲
- ۲۸..... نظریه های جامعه شناختی۲-۸-۲
- ۲۹..... نظریه های روانشناختی.....۳-۸-۲
- ۳۱..... مشکلات سالمندی.....۹-۲
- ۳۲..... مشکلات جسمی سالمندان.....۱-۹-۲
- ۳۲..... مشکلات اجتماعی سالمندان.....۲-۹-۲
- ۳۳..... مشکلات اقتصادی سالمندان.....۳-۹-۲
- ۳۳..... مشکلات روانی سالمندان.....۴-۹-۲
- ۳۴..... سالمندی فعال.....۱۰-۲
- ۳۵..... پژوهش های انجام گرفته درباره سالمندی.....۱۱-۲
- ۳۷..... پژوهش های انجام شده در حیطه تعیین کننده های سلامت.....۱۲-۲

فصل سوم

روش پژوهش

- ۴۳..... نوع مطالعه.....۱-۳
- ۴۳..... جامعه مورد مطالعه.....۲-۳
- ۴۳..... نمونه و روش نمونه گیری.....۳-۳
- ۴۳..... حجم نمونه.....۱-۳-۳
- ۴۴..... روش نمونه گیری.....۲-۳-۳

۴-۳. روش گردآوری داده ها..... ۴۴

۳-۴-۱. ابزار مورد استفاده در پژوهش..... ۴۴

۳-۵. متغیرها و نحوه سنجش آن ها..... ۴۴

۳-۶. روش اجرا..... ۴۵

۳-۷. ملاحظات اخلاقی..... ۴۵

فصل چهارم

تحلیل داده ها

۴-۱. داده های توصیفی..... ۴۶

۴-۲. تحلیل داده ها..... ۵۱

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. بحث..... ۵۴

۵-۲. بحث در چارچوب سوالات پژوهش..... ۵۴

۵-۳. نتیجه گیری..... ۵۷

۵-۴. پیشنهادات..... ۵۹

فهرست جداول

- جدول ۱. فراوانی جنسیت سالمندان گروه نمونه..... ۴۶
- جدول ۲. فراوانی وضعیت تاهل افراد گروه نمونه..... ۴۶
- جدول ۳. فراوانی وضعیت اشتغال گروه نمونه..... ۴۷
- جدول ۴. فراوانی سطح تحصیلات افراد گروه نمونه..... ۴۷
- جدول ۵. فراوانی حوادث در طول یک سال ۱۳۸۷..... ۴۸
- جدول ۶. فراوانی نوع حادثه ترافیکی..... ۴۹
- جدول ۷. فراوانی محل وقوع حادثه..... ۴۹
- جدول ۸. طریقه انتقال از محل حادثه برای درمان..... ۵۰
- جدول ۹. نتیجه حادثه ۵۰
- جدول ۱۰. رابطه بروز حوادث در سالمندان به تفکیک نوع حادثه و منطقه محل سکونت..... ۵۱
- جدول ۱۱. رابطه بروز حوادث در سالمندان با متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال)..... ۵۱
- جدول ۱۲. رابطه بروز حوادث با وضعیت اقتصادی اجتماعی سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۸۷..... ۵۳

فصل اول
کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه:

امروزه حدود ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند. که بر اساس پیش بینی تا سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). در ایران بر اساس سرشماری سال ۸۵ میزان سالمندان بالای ۶۰ سال، ۷/۳ درصد بوده است و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ این میزان به ۲۴/۹ درصد برسد (وزارت بهداشت، ۱۳۹۱). هم چنین بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ میزان سالمندی در ایران به ۸/۲ درصد رسیده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷) سالمندی به عنوان روند طبیعی عمر بشر در اکثر کشورهای در حال توسعه از سن ۶۰ سالگی آغاز می شود (وزارت بهداشت، ۱۳۸۶).

آمارهای موجود گویای آن است در حالی که نرخ رشد کلی جمعیت جهان حدود ۱/۵ درصد است، این نرخ رشد در مورد جمعیت سالمندان جهان، سالانه به حدود ۲/۴ درصد می رسد. جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ حدود یک چهارم جمعیت کل کشور خواهد شد. (مصادقی نیا، ۱۳۸۹)

سالمندان یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند (مصادقی نیا، ۱۳۸۹) که به توجه و احیانا مراقبت های ویژه نیاز دارند. به گفته پایگاه اطلاع رسانی مرکز اورژانس کشور ۴۴ درصد حوادث مربوط به سالمندان در منزل اتفاق می افتد. از میان حوادثی که برای سالمندان اتفاق می افتد، ضربه با فراوانی ۲۴ درصد، سقوط با فراوانی ۱۹ درصد، تصادف با خودرو با فراوانی ۱۳ درصد، تصادف با عابر با فراوانی ۱۰ درصد، تصادف با موتور با فراوانی هشت درصد و سوختگی با فراوانی چهار درصد از شایع ترین حوادثی بوده که برای سالمندان اتفاق افتاده است. مسمومیت و عقرب گزیدگی از دیگر حوادثی است که برای سالمندان کشور در سال های گذشته اتفاق افتاده است. طبق آمار سامانه ثبت حوادث کشور در سال ۱۳۸۹، ۸۶ هزار و ۸۸۸ مورد حادثه برای سالمندان، ثبت شده است. وی گفت: ۶۱ درصد جمعیت این آمار را مردان و ۳۹ درصد بقیه را زنان تشکیل می دهند (معصومی، ۱۳۹۱).

مراقبت از سالمندان الزاما به آگاهی‌های فنی و پیچیده نیاز ندارد. اگر اطرافیان، اعضای خانواده و فرد سالمند بعضی از نکات را بدانند و رعایت کنند، از بسیاری از حوادث ناگوار- که برای سالمندان رخ می‌دهد پیشگیری خواهد شد (نادر و راکعی، ۱۳۸۳). الگوی پیشگیری از حوادث در قالب جامعه ایمن، بعنوان الگویی مبتنی بر همکاری بین بخشی و مشارکت کلیه بخش‌های توسعه‌ای و سازمان‌های متولی مورد قبول سازمان جهانی بهداشت است به طوری که در این رویکرد مداخلات جامعه محور^۱ و مبتنی بر حل مشکلات جامعه^۲ طراحی و با مشارکت مردم (بعنوان ذینفعان اصلی) به مرحله اجرا گذاشته می‌شود. در جامعه ایمن تمام مردم، مسئولین و ارگان‌های دولتی و غیردولتی باید به وظایف خود واقف باشند و مسئولانه در جهت دستیابی به جامعه مورد نظر گام بردارند.

۱-۲. بیان مسئله:

در سال‌های اخیر رشد بی سابقه‌ای در تعداد سالمندان جهان مشاهده شده است. نکته حائز اهمیت این است که افزایش نسبت سالمندان در کشورهای در حال توسعه به خصوص در ایران بیش از نرخ رشد جهانی است (مصادقی نیا، ۱۳۸۳). در ایران در دو دهه اخیر با افزایش امید به زندگی و به تبع تاثیرات ناشی از تغییرات و تحولات جهانی و بین‌المللی تغییرات گسترده‌ای در سبک زندگی و به دنبال آن تغییر علل بیماری و مرگ و میر مردم کشورمان به وقوع پیوسته است و شاهد تغییر ساختار سنی جمعیت و افزایش درصد جمعیت سالمندان کشور هستیم. لذا نیاز به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری خاص برای پیشگیری و کنترل عوامل خطر در دوره سالمندی ضروری می‌نماید (تیموری، ۱۳۸۵).

بدون شک زندگی در محیط امن و مناسب، به حفظ سلامت جسمی و روانی او کمک خواهد

کرد (خسروی و چمن، ۱۳۸۱). اما تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی همچون کاهش قدرت بینایی، کاهش

^۱ Community based

^۲ Solution oriented

پاسخهای عصبی، کاهش قدرت و چالاکی عضلانی اسکلتی (داز و جوزف^۳، ۲۰۰۵)، کاهش عملکرد کلیوی و کاهش سوخت و ساز کبدی، بروز نواقص فیزیکی و ادراکی (خسروی و چمن، ۱۳۸۱)، شناختی و نیز بیماریهای مزمن افزایش می یابد (کانوس^۴ و همکاران، ۲۰۰۵) که اغلب مستلزم مصرف چندین نوع دارو بطور همزمان می باشد. این وضعیت به نوبه خود موجب نواقص و ناتوانایی های بعدی در آینده خواهد شد (۱۵). همه این عوامل در سالمندان، خطر آسیب ها و صدمات غیر عمدی را افزایش می دهد، در سالمندان سبب کاهش توانایی انجام حرکات پیچیده فرد می شود و در نتیجه سبب افزایش بروز حوادثی نظیر زمین خوردن، تصادفات و سوختگی خواهد شد (استوک^۵ و همکاران، ۱۹۹۷).

گزارش وضعیت موجود حوادث در سال ۱۳۸۷ نشان می دهد که بالاترین حوادث مربوط به حوادث ترافیکی با ۳۰/۷٪ و کم ترین غرق شدگی بوده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۷). حادثه عبارت است از آسیب به بدن در اثر فشار انرژی های وارده از محیط که بیش از مقاومت بدن باشد (معصومی، ۱۳۹۱). شیوع حوادث در سالمندان بیشتر از جوانان است، همچنین علل وقوع حوادث در سالمندان با سایر گروه های سنی متفاوت است (کاهن^۶، ۱۹۹۷).

سوانح و حوادث یک موضوع روز و مهم سلامت عمومی بوده و به طرز نامتناسبی گروه آسیب پذیر به خصوص قشر فقیر جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد (پوتر و پری^۷، ۲۰۰۵) در واقع بیش از ۹۰٪ مرگ و میرها در اثر آسیب های ناشی از حوادث در جهان، در کشورهای با در آمد پایین تا متوسط دیده می شود (وزارت بهداشت، ۱۳۸۶).

^۳ - Das, Joseph

^۴ Kannus

^۵ Stuck

^۶ Kahn

^۷ Potter PA, Perry

همچنین شواهد زیادی در زمینه تفاوت و نابرابری در وضعیت سلامت وجود دارد که در همگی آنها تاثیر عوامل اجتماعی از سایر عوامل بسیار چشمگیر تر است (کاری و پوتر^۸، ۲۰۰۱). نه تنها با مقایسه فاصله بین کسانی که در بالاترین و پایین ترین قسمت نردبان اجتماعی هستند بلکه با بررسی شاخص های سلامت در تقابل با متغیرهای مقیاس اجتماعی تاثیر تعیین کننده های اجتماعی بر سلامت و نابرابری های آن مشهود می گردد. (هوانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

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 می شود. جوانهایی که در اثر این تصادفات فوت می کنند، جوانان مولد هستند یعنی کسانی هستند که باید تولید کنند و تولید ناخالص داخلی را بالا ببرند؛ ولی عملاً این اتفاق نمی افتد و این افراد مرگ زودرس پیدا می کنند؛ در نتیجه تولید ناخالص داخلی کم میشود. کسانی که در این سنین می میرند و جزو گروه مولد جامعه هستند سه برابر بیشتر از سایرین، به تولید ناخالص داخلی کشور لطمه می زنند. اگر این محاسبات را در کنار هم قرار دهیم متوجه میشویم که چه زیانهای عظیم اقتصادی از این مرگها عایدمان می شود که این زیانهای اقتصادی در کنار زیانهای اجتماعی مرگ یک نان آور خانواده، یک اتفاق بسیار عظیم را طراحی می کند.

برخورداری از سلامت جسمی در سالمندان اهمیت دارد و باید سالمند و خانواده اش و نیز افراد تیم مراقبتی سلامت سالمند را در اولویت قرار دهند و بدان توجه کنند (پریچارد^۹، ۲۰۰۰). از طرفی سوانح و حوادث یک موضوع روز سلامت عمومی است و به طرز نامتناسبی گروه های آسیب پذیر به خصوص تهی دستان را تحت

^۸ Carey BJ, Potter

^۹ Pritchard

تأثیر قرار می دهد (ستین و هانسكر^{۱۰}، ۲۰۰۴). ایمنی و پیشگیری از وقوع حوادث از جمله مقولاتی است که نیاز به اندیشه، طراحی و برنامه ریزی در آن از ضروریات قطعی تلقی می شود. (ونگ و مار^{۱۱}، ۲۰۰۲).

با توجه به آنچه بیان شد سوالی که این پژوهش بدنبال پاسخ به آن است این است که چه عواملی در بروز حادثه در دوران سالمندی اثر دارد؟

۱-۳. اهمیت و ضرورت:

با عنایت به روند رو به رشد جمعیت سالمند در ایران و نیز نبود تحقیقات کافی در زمینه عوامل تعیین کننده بروز حوادث در این گروه سنی، جای بررسی این عوامل و پیشنهادات عملی جهت کاهش بروز حوادث در سالمندان در پژوهش ها خالیست و دارای اهمیت فراوان است. و به طور مشخص انتظار آن می رود که با شتاب هرچه بیش تر برنامه های علمی، آموزشی و هم چنین اجرایی و عملیاتی در سطوح مختلف ستادی و محیطی متناسب با این تحولات و اولویت ها طراحی و به اجرا گذاشته شود.

۱-۴. تعریف متغیرها

۱-۴-۱- تعریف نظری:

سلامت:

سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو و توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی را شامل می شود. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان

^{۱۰} Steen K, Hunskaar

^{۱۱} Wong C, Marr S

جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملا دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف کمتر فردی را می توان پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملا سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمیتوان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمیتواند این قله را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد (WHO).

مولفه های اجتماعی اقتصادی موثر بر سلامت:

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 نابرابریهای سلامت می گردد. عادات غذایی، تحرک و عدم تحرک، نوع تفریحات و سرگرمی ها، نحوه ارتباط با سایر افراد جامعه می تواند در سلامت افراد موثر باشد. افراد سالم قدرت فراگیری بیشتری دارند، کسب درآمد برای آنان آسان تر است، به جامعه بیشتر منفعت می رسانند و بهتر می توانند از افراد سالمند و کودکان مراقبت کرده و نیز سالم تر زندگی کنند.

حوادث:

هرگونه واقعه و حادثه که منجر به آسیب می شود.

۱-۴-۲- تعریف عملیاتی

حادثه:

در این پژوهش، منظور از حادثه سوختگی، غرق شدن، برق گرفتگی، سقوط، مسموم شدن، خودکشی، خفگی، گزیدگی، حوادث ترافیکی، بریدگی است.

مولفه های موثر بر سلامت:

سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، مالکیت منزل، سرانه اتاق، سرانه مساحت زیربنا، داشتن آشپزخانه، توالی، اتومبیل، موتورسیکلت، تلفن ثابت و همراه، و فریزر.

۱-۵. اهداف پژوهش

۱-۵-۱- هدف کلی

تعیین ارتباط بروز حوادث با مولفه های اقتصادی اجتماعی موثر بر سلامت در سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۸۷.

۱-۵-۲- اهداف اختصاصی

۱. تعیین میزان بروز حوادث در سالمندان به تفکیک نوع حادثه (ترافیکی و غیر ترافیکی) و منطقه

محل سکونت در سال ۱۳۸۷

۲. تعیین ارتباط بروز حوادث با مولفه های دموگرافیک در سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۸۷.

۳. تعیین ارتباط بروز حوادث با وضعیت اقتصادی اجتماعی در سالمندان شهر تهران در سال

۱۳۸۷.

۱-۵-۳- اهداف کاربردی:

افزایش دانش بنیادی در زمینه حوادث و خطرات روزمره تهدید کننده سلامت سالمندان با هدف

کمک به بهبود ایمنی محیط زندگی سالمندان و کاهش خطرات و نیز کاهش هزینه های درمانی

ناشی از آسیب های ناشی از حوادث دوره سالمندی.

۱-۶. سوالات و فرضیه ها:

۱. آیا بین میزان بروز حوادث در سالمندان به تفکیک نوع حادثه و منطقه محل سکونت آنان ارتباطی وجود

دارد؟

۲. آیا بین بروز حوادث و مولفه های دموگرافیک در سالمندان شهر تهران ارتباطی وجود دارد؟

۳. آیا بین بروز حوادث با وضعیت اقتصادی اجتماعی در سالمندان شهر تهران ارتباطی وجود دارد؟

فصل دوم

پیشینه پژوهش

۲-۱- سلامت

۲-۱-۱- تعریف بیماری

سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت را تعریف کرده ولی برای بیماری تعریف ارائه نکرده است، چون بیماری اشکال متعدد داشته و دامنه آن از حالت ابتلای بدون نشانه‌ی بالینی^۱ تا تظاهرات سخت بیماری گسترده می‌باشد. بعضی بیماریها بصورت حاد بروز می‌کنند و بعضی دیگر به آرامی و پنهانی. در بعضی بیماریها حالت حامل وجود دارد که طی آن شخص بظاهر سالم است ولی می‌تواند دیگران را آلوده کند، گاهی یک عامل بیماریزای بیش از یک نوع بیماری بالینی را به وجود می‌آورد، گاهی یک نوع بیماری ممکن است توسط بیش از یک نوع عامل ایجاد شود. بعضی از بیماریها دوره ای کوتاه دارند و بعضی دیگر مدتها به درازا می‌کشند وقتی که نشانه‌های بالینی و عضوی بیماری بروز کند تعیین نوع بیماری آسان است. نتیجه نهائی یا نقطه پایانی بیماریها هم متغیر است. بهبود، معلولیت یا مرگ بیمار. نظیر سلامتی در مورد بیماری هم تعاریف متعددی ارائه شده است. در حقیقت بیماری نقطه مقابل سلامتی است و با توجه به تعریف سلامتی بیماری هر گونه انحراف از سلامت کامل جسمی یا روانی است که می‌تواند به صورت آشکار یا پنهان باشد (WHO).

۲-۱-۲- تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو و توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره‌گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف

^۱ Subclinical

ایده آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمیتوان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمیتواند این قله را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد (مطلق و همکاران، ۱۳۸۷).

در تعریف جدید سازمان جهانی بهداشت سلامت نه تنها به معنای عادی 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 در بهداشت و سلامت ناشی از عوامل اجتماعی است. به عنوان مثال یک ژاپنی ۴۰ سال بیشتر از یک اتیوپیایی زندگی می کند، یعنی انتظار از زندگی بسیار بستگی به محل تولد و محل رشد و نمو دارد (WHO).

از طرف دیگر، مفهوم سلامتی مطلق نبوده و نسبی است و هر فرد در مقایسه خود با شرایط قبلی اش و یا مقایسه خود با دیگران آنرا معنی می کند و در زمانها و مکانهای مختلف ممکن است مفهوم آن متفاوت باشد. اگر بخواهیم یک تعریف عملی و عینی از سلامتی ارائه دهیم باید بگوئیم سلامتی عبارتست از فقدان بیماری و داشتن تعادل جسمی و روانی (مطلق و همکاران، ۱۳۸۷).

۲-۲- تاریخچه

۲-۲-۱- سازمان جهانی بهداشت (WHO)

سازمان جهانی بهداشت یکی از آژانس های تخصصی سازمان ملل است که در سال ۱۸۴۸ با هدف نیل به بالاترین سطح سلامتی برای همه مردم تأسیس شد. اساسنامه آن در هفتم آوریل ۱۸۴۸ لازم الاجرا گردید که همه ساله این روز به عنوان روز جهانی سلامت اعلام می شود.

رابطه میان سازمان جهانی بهداشت و ایران از سال ۱۸۵۵ با توافق برای همکاری آغاز گردید و با راه اندازی دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۸۸۴ در تهران افزایش یافت. همکار اصلی سازمان جهانی بهداشت در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. هدف اصلی همکاری سازمان جهانی بهداشت با کشور ایران در اختیار گذاشتن پشتیبانی فنی در چارچوب کلی اولویت های جهانی، منطقه ای و کشوری است (سایت سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳).

۲-۲-۲- اولویت های سازمان جهانی بهداشت

سازمان جهانی بهداشت شش وظیفه اصلی بر مبنای اختیارات خود ایجاد نموده است:

۱. راهبری امور حیاتی برای سلامت و مشارکت در اموری که نیازمند فعالیتی مشترک هستند؛
۲. شکل دادن پژوهش و تشویق به تولید، ترجمه و نشر دانش؛
۳. تدوین معیارها، استانداردها، ترویج و پایش اجرای آنها؛
۴. تصریح گزینه های اخلاقی و سیاست های مبتنی بر شواهد؛
۵. پشتیبانی فنی، تسریع تغییرات و ظرفیت سازی پایدار سازمانی؛
۶. پایش وضعیت سلامت و ارزیابی نیازهای آن.

۲-۲-۳- جهت گیری راهبردی سازمان جهانی بهداشت در ایران (۲۰۱۴ - ۲۰۱۰)

عبارتند از: