Journal of Behdasht dar Arseh (i.e., Health in the Field)
Journal homepage: https://journals.sbmu.ac.ir/jhf
Vol.14, No.1, Spring 2026

Social determinants of health: Isn't it time to move from "understanding the determinants" to "changing them"?

Nastaran Keshavars Mohammadi

Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Social determinants of health, including literacy, income, employment, food security, and living conditions, play a major role in shaping health and health inequalities. Despite the growing body of research and academic activities on these determinants in Iran, a substantial gap remains between understanding social determinants and acting to change them. Drawing on observations from a field experience in a deprived area of Sistan and Baluchestan Province, this editorial argues that improving health cannot rely solely on healthcare services or health education; it also requires interventions that address the social and environmental conditions in which people live. The experience of a local charity working on literacy, reading, vocational skills, and employment opportunities illustrates how social determinants of health can be translated into practical community action. Universities and research centers on social determinants of health should therefore move beyond identifying and describing these.

Keywords: Social determinants of health; Health promotion; Implementation; Action gap.

Please cite this article as: Keshavars Mohammadi N. Social determinants of health: Isn't it time to move from "understanding the determinants" to "changing them"? Journal of Behdasht dar Arseh 2026; 14(1):1-4. https://doi.org/10.22037/jhf.v14i1.53517

Corresponding Author: Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Department of Public Health, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: n_keshavarz@sbmu.ac.ir

Received: 20 September 2026
Accepted: 7 October 2026

فصلنامه علمی-پژوهشی
بهداشت در عرصه
دوره ۱۴ شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۱ تا ۴
Journal homepage: https://journals.sbmu.ac.ir/jhf

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت؛ آیا وقت آن نرسیده است از «شناخت عوامل» به «تغییر عوامل» برسیم؟

نسترن کشاورز محمدی

گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

سرمقاله

چکیده

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، از جمله سواد، درآمد، اشتغال، امنیت غذایی و شرایط محیطی، نقش مهمی در شکل‌گیری سلامت و نابرابری‌های سلامت دارند. با وجود گسترش پژوهش‌ها و فعالیت‌های دانشگاهی در این حوزه در ایران، فاصله میان «شناخت عوامل» و «مداخله برای تغییر آنها» همچنان قابل توجه است. این سرمقاله با تکیه بر مشاهدات یک تجربه میدانی در منطقه‌ای محروم در سیستان و بلوچستان، تاکید می‌کند که بهبود سلامت نمی‌تواند صرفاً از مسیر ارائه خدمات درمانی یا آموزش رفتارهای بهداشتی دنبال شود؛ بلکه نیازمند مداخله در شرایط اجتماعی و محیطی زندگی مردم است. تجربه یک خیریه محلی در زمینه سوادآموزی، کتاب‌خوانی، مهارت‌آموزی و ایجاد فرصت‌های اشتغال، نمونه‌ای از تبدیل عملی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به اقدام در سطح جامعه است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، در کنار مطالعه و تبیین این عوامل، نقش فعال‌تری در طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات برای تغییر آنها ایفا کنند.

کلید واژه‌ها: عوامل اجتماعی موثر بر سلامت؛ ارتقای سلامت؛ پیاده‌سازی؛ خلأ اقدام.

Please cite this article as: Keshavars Mohammadi N. Social determinants of health: Isn't it time to move from "understanding the determinants" to "changing them"? Journal of Behdasht dar Arseh 2026; 14(1):1-4. https://doi.org/10.22037/jhf.v14i1.53517

***نویسنده مسئول:** گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
Email: n_keshavarz@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۶۰/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۷/۱۵

نابرابری‌های سلامت و نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دست کم دو دهه است که در ادبیات علمی مورد توجه قرار گرفته‌اند و درباره اهمیت آنها اجماع قابل‌توجهی وجود دارد [۳-۱]. در ایران نیز در سال‌های اخیر، تعداد مقالات، پژوهش‌ها، مراکز تحقیقاتی، وبینارها، سمینارها و کارگاه‌های آموزشی در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت افزایش یافته است و حتی موضوع ادغام این عوامل در نظام سلامت مطرح شده است. بر اساس تعریف رایج عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (Social Determinants of Health)، سلامت افراد تا حد زیادی تحت تأثیر شرایطی قرار دارد که در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، آموزش می‌بینند، کار می‌کنند و زندگی می‌کنند [۲]. در مدل مفهومی «درخت اجتماعی سلامت» [۴] می‌توان سطح سلامت و کیفیت زندگی را به میوه‌های درخت تشبیه کرد؛ میوه‌هایی که ریشه‌های آنها در عواملی همچون شرایط اجتماعی، محیطی و اقتصادی و نیز شرایط دوران تولد قرار دارد؛ عواملی که در بسیاری موارد خارج از کنترل فرد هستند. هر چه این عوامل از «میوه» دورتر و در عمق ریشه‌ها قرار داشته باشند، کمتر دیده می‌شوند؛ اما نقش آنها در شکل‌گیری سلامت می‌تواند اساسی‌تر باشد. شواهد داخلی متعددی نیز رابطه میان این عوامل، به ویژه سواد و درآمد، و پیامدهای سلامت را نشان داده‌اند [۹-۵]. مثلا در یک مطالعه جامع بر شاخص‌های سلامت استانهای کشور، معلوم شد که پیش‌بینی‌کننده‌ترین عامل مرگ کودکان زیر ۵ سال و بانوان بالای ۵ سال در سطح کشور، بی‌سوادی مادر و در مردان بیکاری بوده است [۸]. اما یک سؤال اساسی همچنان باقی است: اگر می‌دانیم فقر، آموزش، اشتغال، امنیت غذایی، محیط زندگی و سایر شرایط اجتماعی بر سلامت اثر می‌گذارند، مداخلات ما برای تغییر این شرایط کجاست؟ مثلا، چقدر «سوادآموزی پایه» به عنوان یک مداخله بالا دستی برای کاهش نابرابری‌های سلامت مورد استفاده و ارزیابی قرار گرفته است؟ به بیان دیگر، آیا بخش سلامت و مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، در کنار مطالعه سواد سلامت، به طور مستقیم با نهادهای متولی آموزش و سوادآموزی برای ارتقای سواد پایه، مهارت‌آموزی و توانمندسازی اقتصادی- اجتماعی جمعیت‌های محروم وارد عمل شده‌اند؟ جست و جوی اولیه برای یافتن نمونه‌هایی از مداخلات مستقیم بخش سلامت در زمینه سوادآموزی پایه و مهارت‌آموزی در مناطق محروم، نمونه‌های محدودی از یک الگوی یکپارچه و پایدار یافت شد که این عوامل اجتماعی را خودِ موضوع مداخله برای بهبود سلامت قرار داده باشد. این در حالی است که مستندات بین‌المللی بر ضرورت توجه بخش سلامت به عوامل اجتماعی و نقش آن در تأمین شرایط لازم برای سلامت تأکید دارند [۱،۵]. همچنین، برخی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در جهان نیز مداخلاتی برای تأمین این شرایط از جمله مداخلات مرتبط با سوادآموزی.را در برنامه‌های ارتقای سلامت خود گنجانده‌اند [۱۰]. به بیان دیگر، ازشناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به سمت «تغییر عوامل و شرایط اجتماعی مؤثر بر سلامت و از توصیف و اثبات رابطه‌ها، به سمت اقدام برای تأمین و بهبود شرایط زندگی مرد حرکت کرده اند.

یک تجربه شگفت‌انگیز میدانی

هفته سوم شهریور ۱۴۰۵، به دعوت یک خیریه، سفری به منطقه‌ای حاشیه‌نشین در استان سیستان و بلوچستان داشتم. مشاهدات و گفت‌وگوهایی که با مردم، برخی کارشناسان و مدیران داشتم، واقعیت مهمی را آشکار کرد: ساکنان این منطقه با مجموعه‌ای درهم تنیده از چالش‌های زیست محیطی، اجتماعی- فرهنگی، آموزشی، اقتصادی و بهداشتی- درمانی مواجه‌اند. به عبارت دیگر، بسیاری از شرایط اجتماعی مؤثر بر سلامت، به دلایل مختلف، برای مردم این منطقه فراهم نیست.اجازه دهید تصویری کوتاه از وضعیت این منطقه که در تلاش برای دریافت کد روستایی است، ارائه کنم. این منطقه حدود ۵۰۰ خانوار دارد و تعداد اعضای خانوارها عمدتاً بین پنج تا هشت نفر است. بخشی از کودکان و بزرگسالان ساکن منطقه، که بنا بر اطلاعات محلی عمدتاً ایرانی هستند، به دلایلی که خارج از موضوع این نوشتار است، فاقد شناسنامه‌اند. پیامد چنین وضعیتی فراتر از یک مسئله اداری است و می‌تواند دسترسی فرد به آموزش رسمی، مدارک هویتی، اشتغال رسمی، خدمات بانکی و بسیاری از فرصت‌های اجتماعی را محدود کند. تنها یک مدرسه ابتدایی دخترانه در منطقه وجود دارد که با تلاش گروهی از خیرین، حمایت آموزش و پرورش و مشارکت خانواده‌ها فعالیت می‌کند. چندین مسجد نیز در محله وجود دارد. با این حال، دسترسی به آب آشامیدنی وجود نداشت و مردم آب آشامیدنی خود را به صورت لیتری خریداری می‌کردند. آب مورد استفاده برای شست و شو و استحمام نیز عمدتاً از طریق لوله‌کشی‌های غیر رسمی که توسط خود مردم ایجاد شده بود، تأمین می‌شد. در منطقه تقریباً فضای سبز و درختی وجود نداشت، مگر در مجاورت نهر فاضلابی که از کنار سکونتگاه عبور می‌کرد. شبکه گازرسانی نیز وجود نداشت.از نظر بهداشت محیط، به دلیل آنکه منطقه فاقد کد روستا یا شهر بود، خدمات جمع‌آوری زباله نیز ارائه نمی‌شد. در نتیجه، کیسه‌های پلاستیکی، گونی‌های مصالح ساختمانی و سایر پسماندها در نقاط مختلف پراکنده بودند.از سوی دیگر، سیستم فاضلاب نیز وجود نداشت. در بسیاری از خانه‌ها تنها یک چاه توالت وجود داشت و آب حمام، آشپزخانه و حیاط به کوچه هدایت می‌شد. این پساب گاه به جوی‌های فاضلاب تبدیل شده و به تدریج موجب فرسایش آسفالت و ایجاد گودال‌هایی در معابر می‌شد. در برخی نقاط، آب سیاه و بدبو در این گودال‌ها قابل مشاهده بود که با عبور موتورسیکلت یا خودرو، به اطراف پراکنده می‌شد. البته، به تازگی یک خانه بهداشت با همت خیریه‌ای که میزبان من بود، تأسیس و تجهیز شده و دو بهورز در آن فعالیت می‌کنند. درمانگاهی نیز در فاصله چند کیلومتری، با حمایت همین خیریه، ساخته و تجهیز شده است و دانشگاه

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

علوم پزشکی زاهدان نیروهای بهداشتی و درمانی مورد نیاز، از جمله پزشک، دندانپزشک، ماما و بهورز را تأمین کرده است. در چنین شرایطی، آیا واقعاً می‌توان انتظار داشت که صرفاً با ارائه پیام‌های آموزشی، از مردم رفتارهای بهداشتی مطلوب بخواهیم؟ آیا می‌توان انتظار داشت خانواده‌ای که با فقر، بی‌هویتی، بی‌سوادی، محدودیت دسترسی به آب سالم، نبود سیستم جمع‌آوری زباله و فاضلاب و محدودیت‌های آموزشی مواجه است، به تنهایی همه رفتارهای مطلوب سلامت را رعایت کند؟ اینجاست که مفهوم «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت» باید از یک مفهوم دانشگاهی صرف به یک مفهوم ملموس و یک مداخله عملی تبدیل شود.

رویکرد اجتماعی به سلامت یک خیریه

آنچه در این سفر برای من جالب و حتی شگفت‌انگیز بود، رویکرد یک موسسه خیریه بود که به دعوت آن به منطقه رفته بودم. این موسسه خیریه، در عمل، دقیقاً بخشی از رویکرد اجتماعی به سلامت را که یکی از مبانی علم ارتقای سلامت است، به کار گرفته بود؛ بدون آنکه لزوماً از ادبیات دانشگاهی «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت» استفاده کند. آنها این رویکرد را نه از طریق نظریه، بلکه از مسیر تفکر، تجربه و مشاهده میدانی به کار گرفته بودند. این موسسه خیریه فرهنگی–آموزشی که حدود هشت سال پیش، به همت تعدادی از افراد میانسال، عمدتاً مهندس و بالای ۵۰ سال، تأسیس شده است، بخش مهمی از فعالیت خود را بر سواد، فرهنگ، کتاب‌خوانی و مهارت‌آموزی اشتغال محور متمرکز کرده است. حدود ۲۵۰ کودک در دو نوبت صبح و بعدازظهر، سه روز دختران و سه روز پسران، تحت پوشش این مرکز هستند. اکثریت آنان در همین مرکز سواد آموخته‌اند، به کتابخانه‌ای با هزاران جلد کتاب دسترسی دارند و با فعالیت‌هایی مانند شاهنامه‌خوانی، زبان انگلیسی، رایانه و داستان‌نویسی آشنا شده‌اند. بخشی از آنان نیز در کارگاه‌های مهارت‌آموزی و تولیدی خیریه، در حال یادگیری مهارت و تولید محصولاتی مانند پارچه، لوازم سفالی و سوزن‌دوزی و کسب درآمد هستند. همچنین دو کارگاه آموزش سیم‌کشی و لوله‌کشی در حال احداث است. این تجربه برای من یک پیام مهم داشت: گاهی ممکن است یک نهاد مردمی، بدون استفاده از ادبیات دانشگاهی «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت»، در عمل مؤثرتر از ما وارد میدان شده باشد. ما دانشگاهیان، به ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی، و نیز سازمان محیط زیست، جهاد کشاورزی، آموزش و پرورش، سازمان ثبت احوال، نهادهای اجتماعی، شهرداری‌ها، خیرین و خود مردم، هرکدام بخشی از راه‌حل را در اختیار داریم. البته این به معنای نادیده گرفتن نقش دولت‌ها نیست؛ بلکه سخن از استفاده بهتر و هماهنگ‌تر از همه ظرفیت‌هایی است که برای بهبود شرایط زندگی مردم در اختیار داریم. به نظر می‌رسد ظرفیت چنین پیوندی وجود دارد، ولی این پیوند هنوز به طور کامل به یک مدل مداخله‌ای سلامت تبدیل نشده است.

از این تجربه چه می‌توان آموخت؟

این تجربه یک سؤال مهم را پیش روی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌دهد: آیا مأموریت مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نباید از «شناخت عوامل» به سمت «طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات برای تغییر این عوامل» حرکت کند؟ اگر سواد یکی از عوامل مهم تعیین‌کننده فرصت‌های زندگی و سلامت است، سوادآموزی می‌تواند یک مداخله سلامت باشد. اگر اشتغال و درآمد بر سلامت اثر دارند، مهارت‌آموزی اشتغال محور می‌تواند بخشی از مداخلات ارتقای سلامت باشد و اگر محیط زندگی بر سلامت تأثیر می‌گذارد، بهبود محیط زندگی نیز باید بخشی از مداخلات سلامت باشد. از این منظر، شاید بتوان این خیریه را نه فقط یک نهاد خیریه، بلکه نمونه‌ای از اجرای عملی رویکرد عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سطح جامعه دانست. پس در مناطق محرومی مانند سیستان و بلوچستان و دیگر استان‌هایی که با برخی از نامطلوب‌ترین شاخص‌های اجتماعی و سلامت مواجه‌اند، مداخلاتی مانند سوادآموزی، مهارت‌آموزی اشتغال محور، ایجاد فرصت‌های درآمدی، افزایش دسترسی به غذای سالم، ارتقای بهداشت محیط و تقویت سرمایه اجتماعی باید بخشی از برنامه‌های ارتقای سلامت و نیز پژوهش‌ها و مداخلات دانشگاه‌ها، به ویژه مراکز تحقیقاتی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تلقی شوند؛ نه فعالیت‌هایی خارج از حوزه سلامت. در عمل نیز باید دقیقاً بر همان عواملی مداخله کنیم که پژوهش‌های سلامت سال‌هاست بر اهمیت آنها تأکید می‌کنند.

جمع‌بندی: لزوم گذر از دانستن و رسیدن به عمل کردن

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، فقط موضوع مقاله و سخنرانی نیستند؛ آنها شرایط واقعی زندگی مردم‌اند و اگر این شرایط سلامت مردم را شکل می‌دهند، تغییر آنها نیز باید بخشی از مأموریت ما برای ارتقای سلامت باشد. از تجربه خیریه حاجی‌آباد می‌توان آموخت که گاهی فاصله میان «دانستن» و «عمل کردن»، از فاصله میان دانشگاه و جامعه نیز بیشتر است. شاید زمان آن رسیده باشد که در کنار هزاران صفحه مقاله، گزارش، سمینار و وبینار درباره عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، سهم بیشتری از پژوهش‌ها و منابع ما به مداخلات واقعی در محله‌های واقعی اختصاص یابد؛ مداخلاتی که موفقیت آنها نه فقط با تعداد مقالات و گزارش‌ها، بلکه با تغییر واقعی در زندگی مردم سنجیده شود. شاید اکنون زمان آن رسیده باشد که از شناخت عوامل به تغییر عوامل برسیم.

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.

تشکر و قدردانی

از حمایت دانشکده بهداشت و ایمنی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت تسهیل برای انجام این سفر تشکر می‌گردد.

References

1- Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. BMJ Glob Health 2018; 3(Suppl 1). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603

2- WHO. Health promotion: Introduction. Available from: https: // www. emro. who. int/ health- topics/ health-promotion/introduction.html. Accessed Apr 30, 2023.

3- Keshavarz Mohammadi N. Social determinants of health, health promotion, and sustainable development goals: Rising opportunities in Iran to address SDH and achieve SDGs. Journal of Social Behavior and Community Health 2017; 1(1):1-2.

4- WHO. Social determinants of health sectoral briefing series 2. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a3ca7c18-4342-46fd-b4e2-81437286d680/content. Accessed Apr 30, 2023.

5- Keshavarz Mohammadi N, Montazeri A. Development of the conceptual model of social tree of health: A tool for understanding the comprehensive health system, analyzing the current situation, and identifying priorities for change. Payesh 2024; 23(5):679-90 (In Persian). https://doi.org/10.61186/payesh.23.5.679

6- Keshavarz Mohammadi N, Zali A, Zeinivand M, Rezaei Z, Teymouri M, Jazizadeh Karimy M, et al. Scoping review of literacy and health status in Iran, and their link in Iranian research: the way forward for health promotion interventions. Journal of Health in the Field 2021; 9(3):45-55 (In Persian).

7-Babaie MH. Inequities in health and health care between provinces of Iran: promoting equitable health care resource allocation [dissertation]. Salford: University of Salford; 2014. Available from: https://dissertation.com/abstract/1390996.

8- Karami B, Abbasi M, Tajvar M. Determinants of neonatal, infant and child mortalities in Iran: a systematic review. Iranian Journal of Public Health 2024; 53(1):104. https://doi.org/10.18502/ijph.v53i1.14687

9- Thakur K, Sudhanthar S, Sigal Y, Mattarella N. Improving early childhood literacy and school readiness through reach out and read (ROR) program. BMJ Quality Improvement Programme 2016; 5(1): 1-4. https://doi.org/10.1136/bmjquality.u209772.w4137

این کار از مجوز Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) تبعیت می‌کند.