



نشست علمی مسکن و سلامت

برگزار کنندگان:

دانشگاه علوم پزشکی تبریز
مؤسسه خیریه ابرار قائم
مؤسسه خیریه نیکوکاری

با حضور اساتید برجسته

محورهای نشست:

۱. ارتباط مسکن و سلامت روان
۲. ارتباط مسکن و سلامت جسمی
۳. ارتباط مسکن و سلامت کودک
۴. بررسی حاشیه نشینی و سلامت
۵. مباحث جامعه شناسی مسکن و سلامت
۶. ارتباط مسکن و سلامتی از دیدگاه هنر و معماری
۷. نقش سازمان های دولتی و مردم نهاد در مسکن و سلامت



مکان: تالار شهید شایانمهر
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

زمان: ۲۱ آذر ماه ۱۳۹۸
ساعت ۸:۳۰ الی ۱۲:۳۰

مسکن و نقش آن در سلامت

همایش یک روزه مسکن و سلامت بهمن ۹۸ تبریز



پدید آورندگان:

- ۱- مسکن سالم و معیار های آن (دکتر محمد مسافری ، عضو هیئت علمی گروه بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی تبریز)
- ۲- مسکن و سلامت جسم (دکتر امیر محمد نوالی ، عضو هیئت علمی گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)
- ۳- مسکن و سلامت روان (دکتر علیرضا فرنام ، عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز)
- ۴- جامعه شناسی مسکن و سلامت (دکتر فاطمه گلابی ، عضو هیئت علمی گروه جامعه شناسی، دانشگاه تبریز)
- ۵- نقش سازمان های مردم نهاد در سلامت (آقای سعید جلالی، نماینده سازمان های مردم نهاد)
- ۶- حاشیه نشینی و سلامت (دکتر اصغر ایزدی جیران، عضو هیئت علمی گروه جامعه شناسی، دانشگاه تبریز)
- ۷- مسکن و سلامت از دیدگاه هنر و معماری (دکتر مینو قره بیگلر، عضو هیئت علمی دانشکده معماری و شهرسازی دانشگاه هنر تبریز)
- ۸- سلامت مسکن در برنامه ریزی های شهری (دکتر هادی حکیمی، عضو هیئت علمی برنامه ریزی شهری دانشگاه تبریز)
- ۹- جایگاه موسسات خیریه و خیرین در مسکن سالم (مهندس عباس کرگانی ، مدیر عامل موسسه خیریه ابرار قائم)
- ۱۰- نقش سازمان های دولتی و سیاستگذاران شهری در مسکن سالم (دکتر فریدون بابایی ، عضو هیئت علمی برنامه ریزی شهری و عضو شورای شهر)

جمع آوری و تحلیل:

دکتر سمیه عظیمی (دانشجوی دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت تبریز)

دکتر مهستی علیزاده (استاد پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی تبریز)

مقدمه

در گفتمان غالب امروز دنیا، بشریت به دنبال توسعه و بهبود رفاه زندگی در جامعه می باشد. یکی از اجزای مهم توسعه و رفاه اجتماعی تامین و ارتقای سلامت آحاد جامعه می باشد که به عنوان محور توسعه پایدار شناخته شده است (۱). به عبارتی برای رسیدن به توسعه ی پایدار شاخص های مربوط به سلامت نقش ارزنده ای را به عهده دارند. در همین ارتباط یکی از تعاریف غالب و اساسی، تعریف ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی است که سلامتی را اینگونه تعریف می کند: سلامتی به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و نقص عضو است (۲)، که این تعریف، پیوندی وثیق با عرصه های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و ... داشته است و دغدغه خاطر بسیاری از کشورها است. این تعریف ریشه در مبانی حقوق بشر دارد که بر دستیابی به عالی ترین سطح ممکن از سلامت تاکید دارد و ارتباط تنگاتنگی با تحقق دیگر حقوق افراد همچون غذا، مسکن، آموزش، کار و غیره دارد (۱).

بدون تردید مسکن و سلامتی در سالهای اخیر مورد توجه روزافزون جامعه بهداشت عمومی قرار گرفته است و اکنون یکی از مهمترین عاملهای محیطی و همچنین عوامل تعیین کننده سلامت جامعه به شمار می رود (۳-۵). مسکن جایی است که ما بیشتر زندگی خود را در آن می گذرانیم و یکی از اصلی ترین مکان های موثر بر سلامت انسان است (۶). مسکن سالم نقش مهمی در سلامتی و بهبود کیفیت زندگی انسان ایفا میکند و از قرن

۱۹، در بسیاری از کشورها به عنوان یک پیش نیاز برای زندگی سالم، به رسمیت شناخته شده است و کمپین های بهسازی مسکن برای پاسخگویی به شرایط نامناسب مسکن در رابطه با شلوغی، بهداشت و سرویس بهداشتی انجام گردیده است (۳، ۷). اکنون نیز به خوبی ثابت شده است که مسکن به طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت ساکنان تأثیر میگذارد و مسکن سالم می تواند بیماری ها و صدمات فیزیکی را کاهش دهد (۸). یک میلیون کودک خردسال در ایالات متحده از میزان سرب بالای خون برخوردار هستند که بر روی هوش، رفتار و پیشرفت آنها تأثیر منفی میگذارد (۵). داشتن سرپناهی مطمئن، ایمن و راحت، از آرزوهای دیرینه هر انسانی میباشد که در این راه با توسل به انواع روش ها و تکنولوژی ها سعی در بهتر نمودن روند شکل گیری و توسعه این آرزو داشته است. مفهوم مسکن در نگاه اول به عنوان سرپناه، یکی از نیازهای اساسی انسان را پوشش داده و با دیدی فراتر، ابعاد دیگر آن را همچون مباحث اقتصادی و اجتماعی و محیط مسکونی را با همه تسهیلات یا مشکلاتش در بر می گیرد؛ به این ترتیب در شناسایی وضعیت مسکن باید پا را فراتر گذاشته و نگاه عمیق تری به مفهوم آن داشته باشیم. در واقع محل زندگی یک فرد تعیین کننده اصلی دسترسی به منابع جامعه، از جمله ایمنی و تفریح، مواد غذایی و کالاهای مادی دیگر و حمل و نقل، اشتغال و آموزش می باشد. می توان گفت از طریق چندین مسیر علی، کیفیت، مکان و ارزش مسکن تعیین کننده اصلی سلامت است (۹، ۱۰). در دومین اجلاس اسکان بشر که در استانبول برگزار شد، سرپناه مناسب تنها به معنای وجود یک سقف بالای سر هر شخص نیست؛ سرپناه مناسب یعنی آسایش مناسب، فضای مناسب، دسترسی فیزیکی و امنیت مناسب، امنیت مالکیت، پایداری و دوام سازه های، روشنایی، تهویه و سیستم گرمایی مناسب، زیرساخت های اولیه مناسب از قبیل آبرسانی، بهداشت و آموزش، دفع زباله، کیفیت مناسب محیط زیستی، عوامل بهداشتی مناسب، مکان مناسب و قابل دسترس از نظر کار و تسهیلات اولیه است که همه موارد باید با توجه به استطاعت مردم تأمین شود (۱۰). در واقع، دو قرن تحقیقات، درک اساسی از پیوند بین مسکن و انتقال بیماری را به سمت یک مفهوم ریزتر از نقش مسکن به عنوان تعیین کننده سلامت و رفاه توسعه داده است و سیستم های بهداشتی به عنوان بخشی از مراقبت های روزمره به سمت پرداختن به عوامل اجتماعی جامعه می روند (۱۱، ۱۲).

"وایتهد و دالگرن" فاکتورهای مؤثر بر سلامت را به صورت کمان های متداخل و تأثیرگذار بر هم نشان داده اند. افراد با مجموعه ای از صفات ثابت از قبیل سن، جنس و نژاد در مرکز یا در اولین لایه قرار دارند و اطراف آن ها لایه های تأثیرگذار بر سلامت قرار دارند. لایه ی دوم رفتارهای شخصی و روش زندگی است که تحت تأثیر الگوهای رفاقت و هنجارهای جامعه قرار دارد و می تواند سلامتی را ارتقاء بخشد یا به آن آسیب برساند. لایه ی سوم عوامل تأثیرگذار اجتماعی و جامعه است که هم حمایت متقابلی را برای افراد در شرایط نامساعد فراهم آورد و هم می تواند حمایتی به عمل نیاورده و یا حتی تأثیر منفی داشته باشد. لایه ی چهارم شامل فاکتورهای ساختاری از قبیل مسکن، شرایط اشتغال، دسترسی به خدمات و تدارک تسهیلات ضروری است. و در نهایت بر فراز تمام این لایه ها شرایط اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی قرار دارد. هر تلاش سیستماتیک برای بهبود سلامت باید شامل فعالیت هایی در تمام سطوح باشد (۱۳).

بارتون و دیگران نیز مدل فوق را برای "عوامل محلی مؤثر بر سلامت" مورد بررسی و تحلیل قرار داده اند. به عقیده آن ها سلامتی، تندرستی و کیفیت زندگی در مرکز یا در اولین لایه قرار دارند و اطراف آن ها دیگر لایه های تأثیرگذار بر سلامت در سطح محله قرار دارند. در لایه دوم عوامل مؤثر بر سرمایه های اجتماعی (پشتیبانی و کمک اجتماعی و گروه دوستان) مورد تحلیل قرار می گیرد. در لایه ی سوم نیازهای یک فعالیت شامل خدمات و امکانات قابل دسترس، موضوع تحلیل است. در لایه ی چهارم فشار و تأثیرات پروژه های توسعه ی مورد تحلیل قرار می گیرد؛ از قبیل منابع طبیعی مورد استفاده، فعالیت های محلی که پروژه ایجاد یا بر چگونگی آن تأثیر می گذارد، تأثیر پروژه بر گروه شبکه های جامعه و از همه مهم تر تأثیر پروژه بر سلامتی و کیفیت زندگی مردم. و بر فراز این چهار لایه، ردپای اکولوژیکی یک محله یا شهرک مورد تحلیل قرار می گیرد، مانند کیفیت هوای محله که تحت تأثیر ترافیک، سیستم های گرمایشی و فعالیت های صنعتی قرار دارد. در نهایت وی نتیجه می گیرد که سلامت محله

به مثابه یک اکوسیستم به وسیله ی درجه پایداری آن محله در زمینه کیفیت زندگی و محیط زیست تک تک افراد و خدمات و فرایندها حیاتی و بادوام اقتصادی آن اندازه گیری میشود(۱۴).

نمودار شماره ۲ : عوامل مؤثر بر سلامت در مدل واینهد و دالگ



ملخذ: Whitehead and Dahlgren, ۱۹۹۱

نمودار شماره ۱ : عوامل محلی مؤثر بر سلامت در مدل بارنون

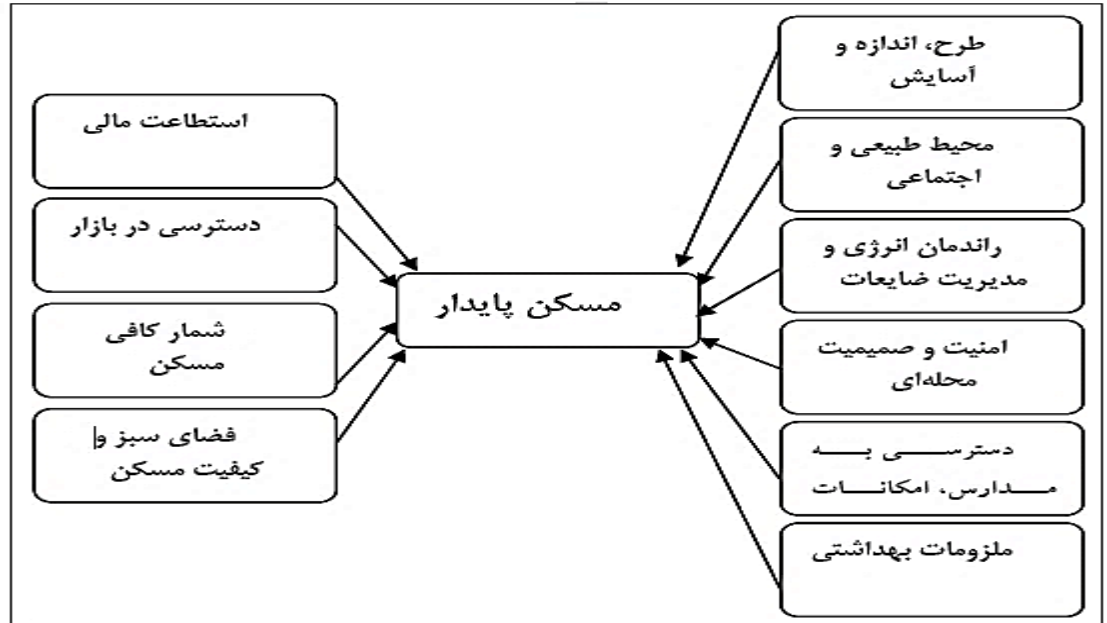


ملخذ: Barton et al., ۲۰۰۴

با تداوم توسعه شهرها در آینده پیش بینی ها حاکی از افزایش هرچه بیشتر تخریب ها و آلودگی های زیست محیطی در مناطق شهری است. در این میان باتوجه به نقش پررنگ شهرها در پیدایش ناپایداری کنونی، نظریه توسعه پایدار شهری از اهمیت فراوانی برخوردار شده و باتوجه به اثرات گسترده مسکن بر محیط های شهری در راستای تحقق اهداف توسعه پایدار شهری، بخش مسکن به خصوص مسکن پایدار نقش بسیار مهمی را در این میان بر عهده دارد(۱۰).

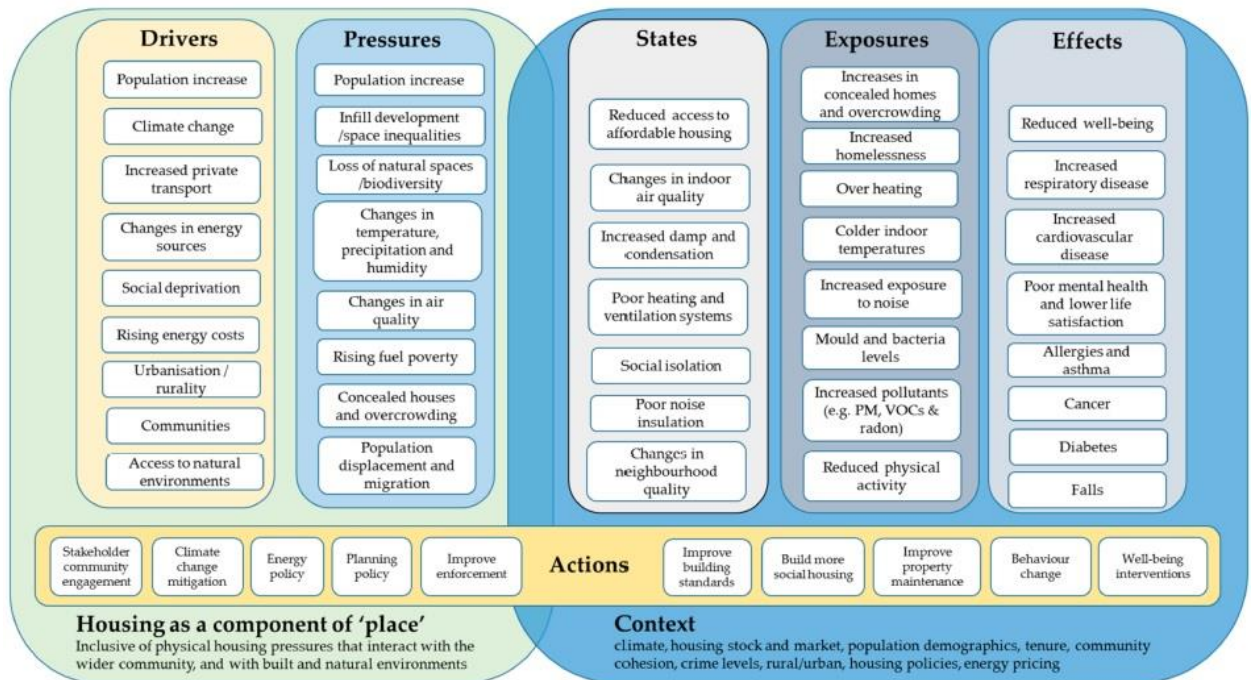
فرایند مسکن پایدار، باید پنج حوزه مشخص زیر را در نظر بگیرد:

- ✓ حفظ منابع طبیعی(زمین، انرژی، آب)؛
- ✓ استفاده منطقی از منابع ساخت بشر؛
- ✓ حفظ اکوسیستم و پتانسیل های احیا آن؛
- ✓ عدالت بین تولیدات، انسان و دسته بندی ها؛
- ✓ پیش بینی سلامتی، امنیت و ایمنی(۱۵)



مشخصات مسکن پایدار (Maliene and Malys, 2009)

در مدل DPSEEA (Drivers Pressures Exposures Effects Actions) به عنوان مدلی دیگر در ارتباط با مسکن و سلامت، فرصتی برای شناسایی عوامل اصلی برای آگاهی از همکاریهای آینده و کمک به توسعه پایدارتر بهداشت و مسکن فراهم می کند. این مدل مفهومی شناسایی محرک های سطح بالاتر را که منجر به فشار می شوند، فراهم می کند با نتایج موثر بر وضعیت محیط است که در نهایت منجر به اثرات سلامتی می شود. ارائه مداخلات چند وجهی (یعنی پرداختن به ساختمانهای موجود و جدید) و همچنین مشارکت اساسی افراد، جوامع و بخشها (یعنی مسکن، آموزش، حمل و نقل، بهداشت، محیط زیست) همه برای تدوین دستورالعملها ضروری است (۴).



چارچوب مفهومی سلامت و مسکن با استفاده از یک مدل DPSEEA اصلاح شده

در رابطه با موضوع ارزیابی مسکن شهری با تأکید بر توسعه پایدار و سلامتی مطالعات چندی انجام گرفته که در ذیل به نمونه ای از آن ها اشاره می شود:

هوشزمره یر (۲۰۰۱) در مطالعه ای درباره سیاست های مسکن در آفریقای جنوبی به این نتیجه رسید که سیاست های مسکن توسط دولت، نیازهای فقیرترین قشر جامعه را نادیده گرفته است. تأکید اصلی وی بر شناخت همه جانبه ابعاد مسکن در میان گروه های مختلف جامعه و تأثیرات منفی نگرستن تک بعدی و داشتن یک سیاست خاص در قبال مناطق مختلف در آفریقای جنوبی است (۱۶).

باکستر و همکاران (۲۰۱۹) در مقاله مرور نظامند بیان کردند که افراد بی خانمان نسبت به افراد داری مسکن میزان عوارض ناشی از بیماریها و مرگ و میر در آنها بیشتر است (۱۷).

نتایج مطالعه چان و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که افراد در مسکن های اجاره ای از پیامدها و وضعیت سلامت ضعیفتری برخوردار بودند. آنها مشارکت کمتری در غربالگری سلامت داشتند، پزشکان طب جایگزین را برای مراقبت های اولیه به پزشکان آموزش دیده غربی ترجیح می دادند ، و مراجعه به بیمارستان در آنها بیشتر بود. یکی از دلایل آن، نگرانی در مورد هزینه ها بوده است (۱۸).

مالین و ملایز (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان مسکن با کیفیت، کلید دستیابی به جوامع پایدار، ویژگی های مسکن با کیفیت و نقش آن ها در جذابیت و سلامت جوامع را بیان کرده اند. برنامه اسکان بشر سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۲ در گزارشی با مسکن پایدار برای شهرهای پایدار یک چارچوب سیاستی را در این زمینه برای کشورهای در حال توسعه ارائه داده است (۱۹).

بنتلی و همکاران (۲۰۱۱) در مقاله ای بیان کردند که مسکن با بهداشت روان در ارتباط است و خانوارهایی که بیش از ۳۰٪ درآمدشان صرف هزینه مسکن می شود، بیشتر از سایر افراد دچار استرس های مالی می شوند. زیرا هزینه های بالای مسکن باعث می شود ظرفیت آنها برای خرید سایر نیازهای اساسی غیر مسکن (به عنوان مثال غذا) کاهش یابد. آنها دریافتند که ورود به مسکن غیرقابل تحمل برای سلامت روانی افراد ساکن در خانوارهای با درآمد پایین تا متوسط مضر است (۶).

در دو بررسی سیستماتیک، نشان داده شده است که کیفیت و وضعیت مسکن پیامد های سلامت را تحت تأثیر قرار می دهد و باعث بیماریهایی مانند بیماری تنفسی، سلامت روانی و جسمی، یا بیماری قلبی عروقی می شود (۲۰، ۲۱).

سجادی و همکاران (۱۳۹۵) در مقاله ای با عنوان تحلیلی بر پایداری کالبدی مسکن شهری با رویکرد توسعه پایدار در محله اسلام آباد زنجان، به این نتیجه رسیده اند که در ساختار کالبدی مسکن با مسائلی از قبیل همجواری انواع فعالیت های ناسازگار با کاربری مسکونی، پایین بودن کیفیت ساختمان ها، استفاده از مصالح بی دوام، ریزدانه های قطعات و نظایر آن روبروست. در واقع نتایج بیانگر وضعیت ناپایدار ساختار کالبدی مسکن بر اساس اصول توسعه پایدار شهری در این منطقه بوده و نشان می دهد که ۱۳ درصد از مسکن محدود مورد مطالعه از لحاظ ساختار کالبدی مسکن، در وضعیت پایداری متوسط و پایین تر از آن قرار دارد (۲۲).

زیاری و همکاران (۱۳۹۵) در مقاله ای با عنوان بررسی و تحلیل مسکن پایدار در شهر کرج به شاخص های کالبدی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی جهت بررسی پایداری مسکن در مناطق ۷۵ گانه شهر کرج پرداختند که یافته ها نشان داد. مناطق ۱۲ گانه شهر کرج در سه سطح پایدار، نیمه پایدار و ناپایدار جای گرفته اند. برای شناخت سطوح پایداری مسکن مناطق شهری کرج، چهار شاخص پایداری مورد ارزیابی قرار گرفته که نتایج آن ها در قالب نقشه و جدول آورده شده است و نتایج کلی آن حاکی از آن است که مناطق ۱۱، ۸، ۷، ۴ به عنوان "مناطق پایدار" و مناطق ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۱۲ جزء "مناطق نیمه پایدار" شهر کرج بوده اند. همچنین مناطق ۱۰، ۹، ۳، ۲ در زمره "مناطق شهری ناپایدار کرج" قرار گرفته اند (۱۰).

مسکن از ابعاد مهم استاندارد زندگی افراد به شمار می رود، مسکن نامناسب آحاد جامعه را با چالش های شدیدی روبرو می سازد. انتخاب مسکن پاسخی به مجموعه بسیار پیچیده ای از امیال اقتصادی، اجتماعی و روحی است (۲۳). یک مسکن که به عنوان محل امن و خصوصی درک می شود، مزایای عمده روانی زیادی دارد. مسکن نشان دهنده یک پناهگاه برای محافظت فرد از جهان خارج است و حس هویت و دلبستگی به مکان را به عنوان یک فرد و یا به عنوان بخشی از یک خانواده فراهم می کند. هر گونه نفوذ عوامل خارجی یا عوامل استرس زا به شدت این احساس امنیت، صمیمیت و کنترل را محدود می سازد و در نتیجه باعث کاهش عملکرد ذهنی و اجتماعی فرد در خانه می شود. به عبارتی مسکن بر دو بعد سرزندگی و پایداری اثرگذار است (۲۴). همچنین رابطه بین قیمت مناسب مسکن و سلامت روان در تعدادی از مطالعات مشخص شده است که مقرون به صرفه بودن ممکن است سلامت را از طریق کیفیت، مکان و تصدی مسکن تأثیر بگذارد. برای بسیاری از خانوارها، هزینه های مسکن (وام، اجاره) بزرگترین طبقه هزینه آنهاست، به طور متوسط تقریباً کمتر از ۲۰٪ کل هزینه های مصرفی در استرالیا و نیوزلند، ۱۸٪ در انگلستان و ایالات متحده، و تقریباً ۲۴٪ در کانادا صرف هزینه های مسکن می شود. بنابراین هزینه مسکن تأثیر قابل توجهی در توانایی یک خانواده در دسترسی به غذا، حمل و نقل و مراقبت های پزشکی دارد. این به ویژه در مورد خانواده های کم درآمد اهمیت بیشتری دارد زیرا احتمالاً سهم بیشتری از درآمد خود را در هزینه های مسکن پرداخت می کنند (۶، ۱۱). برخی از خانوارها ممکن است تصمیم به پرداخت هزینه بیشتری برای مسکن داشته باشند؛ زیرا احساس می کنند که می توانند هزینه آن را تامین کنند، در حالی که دیگران ممکن است چنین انتخابی نداشته باشند (۲۵). درآمد عامل اصلی تعیین کننده هزینه مسکن است؛ نه قیمت و در دسترس بودن آن (۲۶) در یک اقتصاد بازار، توزیع درآمد، تعیین کننده کلیدی کیفیت مسکن است. بنابراین، درک

چالشهای مسکن ارزان قیمت، نیاز به درک روندها و تفاوت در درآمد و ثروت دارد. اغلب مسکن بزرگترین هزینه خانواده های کم درآمد و متوسط را شامل می شود. همچنین برای خانواده های کم درآمد و متوسط، خانه آنها نیز بزرگترین منبع ثروت است (۲۷). تعیین میزان دسترسی به مسکن پیچیده است و ابزار معمول مسکن، به وسیله هزینه مسکن و درآمد به چالش کشیده شده است. در ایالات متحده و کانادا یک دستورالعمل پذیرفته شده برای میزان دسترسی به مسکن، هزینه آن است که ۸۳ درصد از درآمد ناخالص خانوار را شامل می شود. هند نیز از قانون ۴۰ درصد استفاده می کند (۲۸).

مطالعات نشان داد که در افراد بی خانمان نسبت به جمعیت دارای مسکن، میزان عوارض و مرگ و میر به طور قابل ملاحظه ای بیشتر بوده است (۱۷، ۲۹). بی خانمانی و حاشیه نشینی ممکن است از طریق خطرات جسمی و روانی - اجتماعی مرتبط با اسکان موقتی و نامناسب (مانند سرما بیش از حد، گرما یا رطوبت، خشونت جسمی و جنسی و سایر اشکال جرم)، نبود امکانات اولیه و کالاهای اجتماعی (مانند امکانات شستشو)، ننگ و انزوا اجتماعی و مشکلات در دسترسی به خدمات درمانی، تأثیر مستقیمی بر سلامتی داشته باشد (۱۷، ۳۰، ۳۱). افزایش اخیر بی خانمانی و حاشیه نشینی ممکن است با روند اقتصادی، کاهش خدمات عمومی و مزایای رفاهی و تغییر در دسترس بودن و قیمت مسکن مرتبط باشد (۱۷، ۳۲).

براساس شواهد موجود، ما می توانیم طیف وسیعی از چالش های مسکن و سلامت را شناسایی و تأیید کنیم. از جمله مصرف انرژی، ایمنی، آلودگی هوا در محیط داخلی (از جمله آذوقه، سرب و رادون)، صدمات خانگی - در بسیاری از کشورها با تعداد آسیب دیدگان ترافیکی مطابقت دارد یا بیشتر از آن است - به عنوان یک اولویت اصلی مطرح شده اند، قرار گرفتن در معرض سر و صدای مسکونی به عنوان یک مسئله در حال ظهور دوباره در بسیاری از شهرک های پرجمعیت. اخیراً توجه بیشتری به آلاینده های داخلی منزل مانند رطوبت، احتراق سوخت های جامد و استفاده داخلی و انتشار گازهای شیمیایی و محصولات حاوی نانوذرات نیز شده است (۳، ۴). اگرچه رابطه بین مسکن و سلامت به خوبی برقرار شده است و مسکن به عنوان یک عامل اصلی تعیین کننده سلامت در نظر گرفته می شود، اما شکافها در درک ما از چندین مسیر بالقوه بین مسکن و بهداشت باقی مانده است. عمده‌تأ روی مسیرهای مستقیم تر بین خصوصیات فیزیکی مسکن، مانند قرار گرفتن در معرض سموم، عایق بندی ضعیف، یا رطوبت و نتایج سلامت جسمی مانند آسم، عفونت های پوستی یا بیماری قلبی عروقی متمرکز شده است و کمتر می توان در مورد چگونگی ارتباط جنبه های اقتصادی و اجتماعی مسکن با سلامت، به ویژه بهداشت روانی پرداخته شده است. در ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه شاخص های مسکن سالم چندان مورد توجه قرار نگرفته و کمتر بدان پرداخته شده است. حال آن که توجه به شاخص های مسکن سالم و ارتباط آن با مرتبط با سلامتی، گامی مهم در حرکت به سمت سلامتی و توسعه تلقی می گردد. با توجه به اینکه سلامت فردی در خانه های سالم و محیط سالم به دست می آید. بر آن شدیم تا همایشی بین رشته های در مورد مسکن و سلامت برگزار کنیم که در ادامه دیدگاه های صاحب نظران حوزه سلامت در این زمینه ارائه می گردد.

مسکن سالم و معیارهای آن بر اساس دیدگاه متخصصین بهداشت محیط

آنچه در خصوص مسکن سالم و معیارهای آن بیان شده، اینگونه بود که: امروزه حداقل ۲۰٪ بار بیماری‌ها ناشی از محیط می‌باشد، یعنی از هر ۵ نفر بیمار، یک نفر علت آن ریشه در عوامل محیطی دارد، بنابراین مسکن به عنوان محیطی که ما بخش قابل توجهی از زندگی خود را در آن می‌گذرانیم، مطمئناً در بحث سلامت مهم خواهد بود، به طور مثال، کودکی مبتلا به آسم است و به پزشک مراجعه میکند و طبیعتاً درمان نمی‌شود، یکی از دلایل که بیان می‌شود، رطوبت بالای ۴۰٪ می‌باد که خود یکی از عوامل ابتلا به آسم است. در کشورهای اروپایی ۱۵٪ آسم ناشی از رطوبت بالاست، بنابراین اگر پزشک به عامل محیطی توجه نکند، طبیعتاً در درمان موفق نخواهد بود. مثال دیگر بحث آب آشامیدنی است که یک عامل محیطی است، زمانی که آب آلوده به آرسنیک را به صورت طبیعی مصرف می‌کنیم، نهایتاً به آرسنیکوزیس مبتلا خواهید شد و ضایعات پوستی ایجاد می‌شود. به پزشک مراجعه میکنید اگر پزشک به عامل محیطی دقت نکند، در درمان موفق نخواهد بود. بنابراین مثال‌های متعددی وجود دارد که می‌تواند اهمیت بهداشت محیط مسکن را بر حوزه سلامت نشان دهد. سالیانه در دنیا ۳/۸ میلیون نفر در اثر آلودگی Indoor، آلودگی هوای داخل محیط خانه و بیماریهای تنفسی زندگی خود را از دست می‌دهند که بیشتر به علت استفاده از سوخت ناسالم و سایر آلودگی‌هایی که در خانه وجود دارد، می‌باشد. امروزه علاوه بر تعریف بهداشت مسکن یا مسکن بهداشتی و خود مسکن هم یک مقدار با گذشته متفاوت شده است. مسکن صرفاً آن ساختمان فیزیکی که ما در آن زندگی می‌کنیم، نمی‌باشد و علاوه بر آن محیط اطراف یا Neighbourhood را هم در بر میگیرد، محله شما، همسایه‌های شما و خدماتی که در آن محله دسترسی دارید به نوعی جزء مسکن شما خواهد بود و بنابراین مسکن بهداشتی جایی می‌باشد که خانواده بتواند در آن رشد و تکامل داشته باشند و از نظر جسمی، روانی و اجتماعی به تعالی برسند. مسائل بهداشت محیط مرتبط با مسکن بهداشتی شامل هوا، آب، پسماند، نور، صدا، تهویه و سطحی که برای هر فرد وجود دارد، می‌شود. از نظر سازمان بهداشت جهانی به مسکن بهداشتی، یک سری معیارهایی باید داشته باشد، که استانداردهایی در این ارتباط وجود دارد. اولین مورد که برای مسکن بهداشتی اشاره شده است، تامین حفاظت جسمی و سر پناه انسان به صورت ایمن است. محلی که مسکن شما وجود دارد اگر سیل گیر باشد، مثل سیل امسال که خیلی از خانه‌ها را ویران کرد، یا در منطقه زلزله خیز، یا در جایی که رانش زمین روی می‌دهد، یا جایی که آلودگی صنعتی وجود دارد، مثل اطراف تبریز و یا در جایی باشد که امنیت ندارد، شما هیچگاه در آن خانه آرامش نخواهید داشت و دچار استرس خواهید بود. مسکن بهداشتی و مناسب جایی است که بتواند برای شما امکانات آشپزی، غذا خوری خوب و آب سالم را فراهم کند، فاضلاب و پسماند به طور مناسب دفع شود. بنابراین شما نمی‌توانید در جایی که سوسک در آشپزخانه است و احتمال مسمومیت غذایی وجود دارد، آب سالم موجود نیست، فاضلاب به درستی دفع نمیشود و پسماندها به درستی جمع‌آوری و دفع نمیشود، نمی‌توانید بیان کنید که مسکن سالمی دارید. معیار دیگر پیشگیری از انواع بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و بحث حوادث است. جایی که تراکم زیاد است چه در محله و چه در خانه، در واقع فضای خیلی کوچکی وجود دارد که، در آنجا انتقال بیماری‌های واگیر به مراتب راحت‌تر خواهد بود. به ازای هر فرد برای تامین نیازهای روحی او، ۱۵ متر مربع فضا لازم می‌باشد و برای هر فرد اضافی ۱۰ متر مربع فضا لازم است. در اتاق خواب حداقل برای یک نفر باید ۷ متر مربع فضا داشته باشد که این فضا برای ۳ نفر، ۱۷ متر مربع می‌شود. هنگامی که این موارد وجود ندارد، بنابراین افراد علاوه بر اینکه دچار بیماری‌ها خواهند شد، نیازهای روحی و روانی آنها نیز تامین نخواهد شد. در طی ۱۰ ساله اخیر بیش از ۷۶۰۰ نفر در ایران در اثر مسمومیت با گاز مونوکسید کربن زندگی خود را از دست دادند. این یعنی مواجهه با یک عامل خطرناک محیطی که منجر به مرگ میشود، دلیل آن هم بحث تهویه نامناسب و آلودگی هوا می‌باشد. معیار بعدی حفاظت در برابر اثرات ناشی از آلودگی صوتی می‌باشد. سر و صداهای زیاد حاصل از ساخت و ساز، رفت و آمد و همچنین در داخل خانه، سر و صدای همسایه‌ها، باعث اذیت افراد می‌شود و باعث می‌شود، آن خانه جهنمی برای افراد شود، دوستی میگفت من یک خانه لاکچری و نوساز خریده بودم ولی به خاطر همین مسائل آلودگی صوتی و غیره، علاوه بر اذیتی که میشدیم، حتی باعث اختلاف در زندگی خصوصیم شده بود در نتیجه مجبور شدم خانه را عوض کنم. معیار دیگر این می‌باشد که مسکن سالم باید شما را از مواجهه با عوامل سمی دور نگه دارد، شاید سوال پیش بیاید، مگر در خانه هم سم موجود دارد، در پاسخ باید به رادون

اشاره نمایم که یک ماده رادیواکتیو است که به صورت طبیعی در پوسته زمین می باشد و خیلی راحت میتواند از طریق درز، ترک و شکاف ها وارد زیر زمین خانه شما شود، که یک عامل سرطان زا است. بر اساس آمار، در ایالات متحده بیش از ۲۰ هزار نفر در سال در اثر سرطان ریه ناشی از رادون جان خود را از دست می دهند. خوشبختانه اخیرا وزارت بهداشت در ایران این موضوع را مورد توجه قرار داده و رادون سنجی انجام می دهد. یکی از معیارهای ایالات متحده در بحث خرید خانه ها مطرح است این است که میزان رادون مسکن چقدر است یا بحث مواجهه با آزبست و فرمالدئید می باشد. شما وقتی مبلمان جدید می خرید، در معرض مواجهه با فرمالدئید حاصل از نئوپان، تخته، پارچه و ... می باشید. همچنین رابطه معناداری بین بالا بودن دما در خانه و ابتلا به بیماریهای قلبی و عروقی وجود دارد. نهایتا در جمع بندی بیان می شود که مسائل بهداشت محیطی در بحث مسکن و سلامت افراد خیلی اهمیت دارد و در انتخاب مسکن علاوه بر قیمت متر مربع، باید به خیلی از مسایل دیگر هم توجه شود تا سلامت خود را حفظ کنیم. سازمان بهداشت جهانی یک دستورالعمل در رابطه با مسکن دارد که در آن اشاره شده است، یکی از شاخص های مسکن بهداشتی بحث دسترسی به آن است و توضیح داده که بیشتر افرادی که در منزل را سپری می کنند، سالمندان و افراد معلول هستند، تصور کنید یک کوچه شیب دار پر پله و خانه هایی را که داخل آنها آسانسور نیست، در نتیجه افراد پیر ترجیح میدن خانه را ترک نکنند که این خود منجر به بحث انزوا، استرس، چاقی و مسائل دیگری می شود. امروزه بحث کیسه های پلاستیک و میکرو پلاستیک ها یک معضل زیست محیطی هست که اثرات بهداشتی هم دارد. مقایسه ای بین پلاستیک، کاغذ و پارچه صورت گرفته است که بر این اساس بیان می شود، کیسه پارچه ای زمانی خوب است که شما حداقل ۱۱۰ بار از آن استفاده کنید و کیسه های کاغذی حداقل ۱۲ بار و کیسه های پلاستیک زمانی خوب است و بهتر از اینها می باشد که حداقل ۳ بار استفاده شود. بنابراین با توجه به جنبه های زیست محیطی که در تولید پارچه و کاغذ و غیره می باشد، اگر کیسه پلاستیکی را ۳-۴ بار استفاده کنید، می تواند خیلی بهتر از کیسه پارچه ای و غیره باشد.

مسکن و سلامت جسم بر اساس دیدگاه متخصصین بالینی (ارتوپدی)

اتفاقاتی که در جامعه و شهر رخ می دهد با هم مرتبط هستند و روی هم تاثیر می گذارند، به عنوان مثال در زمینه تصادفات ترافیکی، وقتی به دنبال ریشه ها هستیم، مشاهده می شود که واقعیت مساله خیلی پیچیده تر از سطحی نگری هاست. در ارتباط با بیماریهای سیستم اسکلتی - عضلانی، با مسکن مناسب یکی از مسایلی که مطرح می شود، آسیب های داخل منزل، تحت عنوان **home injure** است که در سالهای گذشته خیلی شاهد بودیم. سالها پیش قطع شدن انگشت کودکان در چرخ گوشت خیلی متداول بود و در اورژانس هر چند هفته ای یکی مشاهده میشد. خوشبختانه علاوه بر اینکه در ساختار آنها یه سری تغییراتی ایجاد شده، در منازل هم تغییراتی ایجاد گردیده است. در منزلی که وسایل آشپزخانه روی زمین چیده شده، قطعا از این موارد آسیب ها بیشتر مشاهده خواهد شد. همیشه ذهنیت ما این ست که خانه ای که بزرگتر است، حتما ایمن تر خواهد بود در صورتی که ممکن است که خانه ای اندازه اش خیلی بزرگ نباشد ولی مسایل ایمنی در آن رعایت شده باشد. بنابراین یکی از مشکلات سیستم اسکلتی که اتفاق می افتد آسیب هایی است که مخصوصا برای کودکان و البته برای بزرگسالان در این زمینه رخ می دهد. مسئله دیگر میزان نور خانه است که هر چقدر تابش آفتاب کم باشد، مسائل کمبود ویتامین D به دنبالش خواهد آمد. مسئله دیگه تصادفات و آسیب ها در محل کار و یا آسیب های ترافیکی است و ارتباطی که با مسکن دارد، بیشتر در مورد مسائل خواب است. وقتی انسان به دلیل شرایط نامناسب خانه مثل نور، تهویه، صدا و... خواب مناسبی نداشته باشد به دنبال آن تصادفات، آسیب های محل کار، عدم رضایت از زندگی و افسردگی هم بیشتر خواهد بود. به عبارتی آسیب های بدنی که اتفاق می افتد به صورت غیر مستقیم با محل زندگی در ارتباط است. نکته دیگر اینکه شما یک جامعه کمونیستی را تصور کنید که اندازه همه خانه ها ۴۰ متر مربع باشد، اگر در آنجا فرد یک خونه ۸۰ متری داشته باشد، شاید خیلی از وضعیت خود ابراز رضایت کند و این متأسفانه در جامعه ما به صورت منفی وجود دارد، بدین معنی که حتی افرادی که خانه های مناسبی دارند، به خاطر عدم برابری که وجود دارد،

مقایسه ای به صورت ناخودآگاه و همیشه در حال انجام است که از آن زندگی و خانه ای که دارند ابراز رضایت ندارند، و این منشا بسیاری از مشکلات دیگر خواهد بود. اگر قرار باشد که من هر روز خود را با همکارانم مقایسه کنم و همیشه احساس بدبختی بکنم که چرا منزل ما به خوبی منزل دوست و همکارم نیست، حتی اگر استاندارد های خیلی عالی هم خانه من داشته باشد، این خود باعث عدم رضایت من خواهد بود که منجر می شود بیماریهای دیگر هم به سراغ من بیاید. مثلا بیماریهایی که مرتبط با مسایل روانی هستند، یعنی بیماریهای سایکوسوماتیک به دنبالش خواهند آمد، اگر من خودم را با تفکر افسرده کنم به دنبال آن کمر درد و بی حوصلگی خواهم داشت و ورزش نخواهم کرد و همه اینها به دنبال هم خواهند بود. مشاهده می کنیم که حتی یک تصادف ترافیکی یا یک آسیب در محل کار و در داخل منزل، همه اینها با یکدیگر مرتبط هستند و اگر بتوانیم در این سیستم پیچیده یک قسمت قضیه را اصلاح کنیم، قدم مفیدی برداشته ایم. آن چیزی که بیشتر اهمیت دارد این است که تفکرمان را بهتر کنیم.

همچنین می توان به بحث آسیب های ستون فقرات و وضعیت مسکن اشاره کرد، وقتی ایمنی در خانه رعایت نشود احتمال آسیب از جمله ضربات مغزی وجود دارد، نحوه خوابیدن و نحوه ارگونومیک خانه و طراحی و نشستن، اینها بر ستون فقرات تاثیرگذار است. واقعیت این است وقتی NGO ها وارد میدان می شوند و می خواهند کاری انجام دهد بهتر است به مرحله basic need توجه شود، یعنی وقتی خانه ای وجود ندارد یا خانه از نظر کیفیت پایین است، اینکه طراحی آن چگونه باشد یا نیازهای بعدی ما را تامین می کند، شاید آنچنان اهمیتی نداشته باشد. بنابراین NGO ها معمولا شروعشان این است که یک خانه ای وجود داشته باشد، پیشنهاد این است که NGO ها یک مقدار از هزینه را در طراحی منازل و یک مقدار را در آموزش به کار ببرند. منظور از آموزش، ساختن مدرسه نیست، همین صحبت هایی که در این جلسه شد، که جایگاه خانه چی هست، چه درجاتی میتواند داشته باشد، اینها را به مردم باید آموزش دهیم. آلمان بعد از جنگ جهانی به کل تخریب شد ولی چطور شد که بعد از ۳۰ سال به این شکل ساخته شد، از مغزهایی که آنجا بودند به درستی استفاده شد و این باعث گردید که آلمان به این شکل ساخته شود. متأسفانه ما در کشور با دو مشکل روبرو هستیم، اول اینکه اجازه می دهیم به راحتی مغزها از کشور فرار کنند، که هزینه ای که به این علت از دست می دهیم، سالانه ۵۰ میلیارد دلار برآورد شده است. این در حالی است که فروش نفت در بهترین شرایط ۴۰ میلیارد دلار است. مشکل دیگر این است که مغزهایی که در ایران وجود دارد، همه در جایگاه مناسبی نیستند، یعنی فردی که در جایگاه تصمیم گیری باید باشد معمولا در حاشیه است، باید بشیند در دانشگاه در اتاق خودش مقاله بنویسد و این فرد در تصمیم گیری های کلان دخالتی ندارد. و این یکی از معضلات بزرگ ما است یعنی مغزهای ما پس زده شده اند. آموزش بسیار مهم است مثلا کشور عمان بیان کرده است هر فردی میخواهد در عمان سرمایه گذاری کند باید ۳۰ درصد از کل هزینه سرمایه گذاری خود را صرف آموزش نماید. بنابراین ما هم در این زمینه باید تفکرمان را باز کنیم و آموزش ها را از آموزش های کلاسی معمولی خارج کنیم.

مسکن و سلامت روان بر اساس دیدگاه متخصصین بالینی (روانپزشکی)

در تعریف خانه گفته می شود مکانی امن برای استراحت، زندگی و آسودن. در لغت نامه دهخدا گفته شده جایی که بشر سکنی می گزید. در واقع تمدن واقعی زمانی آغاز شد که انسانها یکجا نشین شدند. اولین خانه ها، غارها بودند که در آن انسانها دور خود جمع می شدند، همچنین اولین اثر هنری هم در این غارها بوده است. اولین اثر هنری بشر، پنجه انسان اولیه بوده که به دیوار می زد و آن را تماشا میکرد. کاملا مشخص است که انسانی بوده است که غذای خود را خورده بود، امن بوده و مشکلی نداشته است و کم کم در بودن خودش، که من هستم، تامل میکرده است، که دست من چنین تصویری دارد، اگر هنر را یکی از مهمترین شواهد زندگی انسانی در نظر بگیریم، می توانیم بگوییم که مدنیت ما در واقع با خانه آغاز شده است. در زبان فارسی خانه، فارسی میانه خانک و این از ریشه پهلوی آهانا به معنای جا و مکان می آید. خانه جایی است که ما در آن هستیم. اگر دیدگاه امانوئل کانت را در نظر بگیریم، اساسی ترین و بنیادی ترین عامل سازماندهی ذهن ما زمان و مکان است، یعنی در عمق ساختار دهی به تجربیات ما، زمان و مکان قرار دارد. ما هر چیزی را در ظرف زمان و مکان می بینیم اگر این دو نباشد، حوادث و وقایع معنا ندارند، ما خارج از اینها

نمی‌توانیم چیزی را درک کنیم و اگر مکان را در نظر بگیریم، خانه یک استثنا در عالم است. در عرصه مکان خانه یک جایی است که متعلق به من است، جایی است که من در آن قرار دارم. دو تا استثنا وجود دارد: یکی خانه می باشد که کل مکان را برای من متفاوت میکند، درون خانه درون من، اندرونی ما است و بیرون خانه جای دیگر است. دومین استثنا وجود خود ما می باشد، هیكل، شناختی و نگاهی که داریم. من هم در دنیا یک استثناست، برای اینکه این وجودی که من دارم، من است و بقیه دنیا دیگری است. ممکن است کسی را از خودم بیشتر دوست داشته باشم، ممکن است با کسی دیگری ما شویم ولی این ما به چیز ذاتی نیست، عرضی است. ما در مقابل دیگران ما هستیم مثلا در عوامل سیاست این اصل وجود دارد که دیگری تا زمانی است که من با شما متحد هستیم، وقتی دیگری را توانستیم حذف بکنیم، من منم، شما هم شما هستید، حالا هر کجا که شان شما بالا باشد به هر حال برای من دیگری هستید. برای همین است که سیاستمداران و مدیران خیلی در حذف دیگران عجله نمی‌کنند. این دو تا استثنا در عالم وجود دارد و شباهت آنها با هم در تعبیر رویا، خیلی خوب دیده می‌شود. تعبیر رویا یکی از بنیادی ترین و مستحکمترین ابزارهای روانکاوی می‌باشد. در روانکاوی از تعبیر رویا برای رسوخ به درون فرد استفاده می‌کنیم. رویاهایی که ما در مورد خانه می‌بینیم به خود ما اشاره میکند، یعنی اگر رویا می‌بینیم که پنجره‌های خانه کوچک است، یعنی ارتباطاتمان با دنیا دچار مشکل است، یا اگر می‌بینیم، خانه در مناسی ندارد یعنی هر فردی میتواند بیاد و برود و آشفتگی وجود دارد. اگر می‌بینیم که خانه را خیلی زیبا ترسیم کردیم ولی درونش ستون‌ها پوسیده هستند، یعنی اساس وجود ما مشکل دارد و ما در بند نقش حیوان هستیم.

از این جهت می‌توان گفت که خانه و ما به نوعی یکی هستیم و با هم هستیم. پس به همین ترتیب خانه یک چیزی فراتر از شب خوابیدن می‌باشد، خانه جایی است برای سکنی گزیدن، تامل و تجربیات معنوی ما. اگر از این دیدگاه نگاه کنیم، تئوری باید وجود داشته باشد که بر آن اساس بگوییم، یک خانه خوب از نظر روان درمانی باید چه خصوصیاتی داشته باشد. دیدگاه آبراهام مازلو و سلسله مراتب نیازهای او بهترین چهار چوب نظری را ارائه می‌دهد، برای اینکه بگوییم یک خانه خوب، یک مسکن خوب، چه خصوصیاتی باید داشته باشد. در توصیف سلسله مراتب نیازها، مازلو پایین ترین سطح نیاز را نیازهای فیزیولوژیک میدانند مانند غذا خوردن، آشامیدن، رفع تشنگی، نیازهای جنسی و خواب. از این جهت یک خانه خوب باید خانه ای باشد که پایه ای ترین نیازهای فیزیولوژیک افراد به نحو سالمی در آنجا برآورده شود، خانه ای که دسترسی به آب آشامیدنی خوب داشته باشد، خانه ای که سوسک‌ها و موش‌ها در آن رژه نزنند، خانه ای باشد که اتاق خوابی که نیازهای جنسی را برطرف میکند و در دسترس تماشا و شنیدن دیگران نباشد. کمی بالاتر از آن نیازهای امن هستند، اینکه امنیتی داشته باشیم، پناهگاهی باشد که در آن پناه بگیریم. فرض کنید خانه ای که سقفش دچار مشکل است ممکن است فرو بریزد، خانه‌های فرسوده، حس امنیت را به فرد نمی‌دهند، پس زمانی که خانه حس امنیت را نمی‌دهد، طبیعتا فرصتی برای زندگی انسانی، فرصتی برای تاملات بیشتر در مورد رشد و اعتلای فردی نخواهد بود. کمی بالاتر در این هرم، نیاز به دوست داشته شدن و تعلق است، این چیزی می‌باشد که به نوعی در مقوله مسکن کم کم دارد فراموش میشود، در شهرهای ما، قبلا بچه یک محله بودن، خود یک هویت بود، مثلا بچه خانی آباد تهران بودن با نام تختی پیوند خورده بود و تمام پسران جوانی که در خانی آباد متولد می‌شدند، یک الگویی از جوانمردی، معرفت و رفتار در ذهن داشتند. هر محله ای ویژگی خودش را داشت و محله‌ها به نوعی در ذهن فرد رفتارها رو تعیین میکردند. مثلا محله فلان کسر شان خود میدانست که به این راحتی‌ها جا بزند و جلوی مردم کم بیاورد، آن یکی محله خود را آدم‌های فرهیخته و تحصیلکرده ای میدانستند و همه اینها به نوعی به انسانها چارچوب شخصیتی می‌داد و اون حس تعلق که مثلا من اهل فلان جا هستم، من بچه فلان محله هستم، یک حس زیبا و غنی از تعلق را به ما میداد، حسی که ما اکنون در زندگی از دست داده ایم برای اینکه ما دیگه محله نداریم، ما یک سری آپارتمان‌های در کنار هم هستیم، با یه عده افراد در کنار هم زندگی میکنیم ولی اصلا حسی نسبت به همدیگر نداریم. چیزی که ما در دوران کودکی در محلات مشاهده می‌کردیم، واقعا امروزه دیگر وجود ندارد و بر این اساس به نظر می‌رسد که شاید لازم باشد تجدیدنظری در سیاست‌های شهرسازی در نظر بگیریم که آن محله و کوچه هویتش از بین نرود. کمی بالاتر نیاز به احترام به خویش و احترام از طرف دیگران است. اینکه ما

باید یک حرمتی داشته باشیم، احترامی داشته باشیم، آیا خانه هم در این زمینه میتواند کاری کنند. مسلماً خانه هم یک هویت و شخصیتی برای خودش دارد، گاهی خود خانه میتواند بیانگر این باشد که ما که و کجا هستیم و نهایتاً نیازهای برتر می باشد. مازلو معتقد بود وقتی همه این نیازها برآورده شدند، آنگاه نیازهای دیگر پدیدار میشوند، نیاز به زیبایی، نیاز به حقیقت، عدالت. یعنی من فردی باشم که به خاطرش به دنیا آمدم و اینکه تمام پتانسیل ها، نیازها و استعدادهای من را برآورده کنم، بالقوه های خود را بالفعل کنم و این میسر نمی شود مگر اینکه خانه ساختاری داشته باشد که در آن خلوت ما تامین شود، خانه جایی باشد برای تامل، ساختارهای سرد نباشد که وقتی کنارش می نشینیم حسی نداشته باشیم. آن خانه های قدیمی با آن انحنای زیبا با آن آجرکاری های ظریف در واقع جایی فقط برای سکنی نبودند جایی برای تامل داشتند جایی برای پاسخ به این سوالات که، من چه کسی هستم، اینجا کجاست، زندگی یعنی چه و چه باید کرد. اینها نیازهایی هستند که یک مسکن خوب از نظر روانپزشکی و روانشناسی باید به آن پاسخ دهد.

جامعه شناسی مسکن و سلامت بر اساس دیدگاه متخصصین جامعه شناسی

آیا مسکن امروزی محل مناسبی برای زیست افراد است؟ تفاوت بین مسکن و خانه چیست؟ آیا مسکن آن چیزی است که ما از آن به عنوان خانه یاد میکنیم؟ خانه هر فرد کجا می باشد؟ جایی که زندگی می کند؟ اصلاً چه چیزی میتواند مسکن را به خانه تبدیل کند؟ در واقع می خواهیم مسکن را تحت عنوان house با خانه تحت عنوان home مقایسه بکنیم؟ و اینکه تغییرات در مسکن چقدر با تغییرات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی همراه بوده است؟

اگر شهر را به عنوان محل شکل گیری سکونت های انسانی در نظر بگیریم، می گوییم چه چیزی مسکن را به خانه تبدیل میکند. مگان معتقد است که خانه به عنوان یک مکان فیزیکی نیست بلکه یک رویای ذهنی می باشد. خانه یک مفهوم روانی و مسکن یه مفهوم کاربردی است. خانه مکانی نیست که در آن زندگی میکنیم در واقع خانه اصلاً یک مکان نیست بلکه جایی می باشد که در تعاملات ما تحقق پیدا میکند، بیان می کند که هیچ مکانی مثل خانه نیست، چون اصلاً خانه مکان نیست و ممکن است اصلاً محقق نشود، یعنی ما در زندگی تلاش بکنیم، سپس یک مکان زندگی برای خود بسازیم، ولی این برای ما تبدیل به خانه نشود. بنابراین آیا مسکن های امروزی ما می توانند یک خانه تلقی بشوند، اگر بگوییم روح خانه از بوی پخت و پز، از بازی و سر و صدای بچه ها، خط کشیدن به دیوارها، خط هایی که ما می کشیم برای اندازه گیری قد فرزندانمان میتواند پر باشد، اگر از زاویه نگاه کنیم، خانه با چه چیزهایی معنا پیدا میکند، یک مثل معروف است که می گوید مسکن رو خودت میخوری ولی خانه را خودت میسازی. این یک تفاوت مهم بین مسکن و خانه می باشد. بنابراین شکل گیری خانه و تبدیل شدن مسکن به خانه، زمانی اتفاق می افتد که ما یک احساس دلبستگی داشته باشیم نه احساس وابستگی. آن چیزی که ما در مسکن امروزی مشاهده می کنیم تحت عنوان وابستگی به مسکن می باشد نه دلبستگی و این چیزی است که خانه را از مسکن جدا میکند. مسکن فضایی است که ما را در خودش جای می دهد، به نظر میرسد که مسکن هایی که ما در آن به سر میبریم حالت پناهگاه را دارند، در واقع مسکنی که می سازیم محلی برای سکونتمان است، یا به عبارتی یکی از منابع اسارتمان می باشد. اینکه ما مرتباً تلاش می کنیم که بر اساس غرایز و نیازهای خود، یک سرپناهی درست کنیم، چیزی که ساخته دست خودمان است ولی بلای جانمان می شود. زمانی وقت لذت بردن از زندگیمان می شود که باید بار سفر بندیم و عمرمان تمام می شود، در این مسکنی که به دست خودمان ساختیم. بنابراین به نظر میرسد که خانه معماری ذهن ناخودآگاه ما است. آن چیزی که تحت عنوان دلبستگی مطرح می شود مواردی مانند انسجام، داشتن حریم های خصوصی، خلوت، عدم اشرافیت نسبت به خانه های دیگر، عدم ترس از وقوع جرم، روابط همسایگی، روابط درون خانه بین افراد می باشد و آن چیزی که تحت عنوان وابستگی جلوی تبدیل شدن مسکن به خانه را می گیرد، تکنولوژی هایی است که ما در معرض آن قرار می گیریم، تمام چیزهایی که قبلاً دست انسان در آن دخیل بود. شاید گفته شود که هیچکدام از اینها دیگر دست ما نیست، مثل یخچال،

تلویزیون، ماشین ظرفشویی، ماشین لباسشویی، مبلمان منزل، موبایل. تمام این موارد چیزهایی می باشد که ما را به محل زندگی وابسته می کند و در واقع خیلی چیزها را از ما می گیرد. بنابراین تعاملاتی که در راستای آن صورت می گیرد آیا اصلا تعاملی صورت می گیرد. ما در داخل آپارتمان هایی با مترها بسیار کوچک یا بسیار بزرگ قرار میگیریم و در فاصله های فیزیکی کم با همسایگانمان که حتی اگر در برخی از ساختمان ها جایی پریر را برداریم خانه همسایه قابل دیدن می باشد. فاصله ها به لحاظ فیزیکی خیلی کم ولی فاصله اجتماعی بسیار زیاد است و این نشاندهنده این است که ما جایی در این مسکن ها مشکل داریم. خانه های قدیمی به عنوان خانه های ایرانی محل شکل گیری خاطره ها بودند، اینکه آیا در محیط مسکونی ما واقعا خاطره ای شکل میگیرد که، یک پیوندی بین ذهنیت ما و گذشته مان برقرار کند، تجربه های زیسته ما مرتبا از جلوی چشمانمان رژه می روند، به نظر میرسد که خانه های ایرانی با آن معماری درون گرایی که ما در گذشته داشتیم چیزی برای فخر فروشی به دیگران نبود، معماری خانه های قبلی در واقع معماری مسکن های قدیمی یک درون گرایی، مرکزیت، انعکاس، تقارن، تداوم، تناسب و تعادل و ارتباط را در درون خودش می گنجاند در حالی که فضاهای بسیار خصوصی، فضاهای نیمه خصوصی، فضاهای عمومی و فضای سبز را داشت، و اینکه دیوارها افراد را از همدیگر جدا میکردند و یک انعطاف پذیری فضایی در داخل مسکن ایرانی قدیمی وجود داشت. ولی در عین حال آنچه در خانه های قدیمی وجود داشت روح جمعی بود و روح زندگی جریان داشت و ما از دیگری متمایز نمی شدیم، یعنی بیرون از خانه افراد از همدیگر متمایز نبودند یا همدیگر را از هم متمایز نمی شمردند، در حالی که خانه های امروزی با نماهای آنچنانی منبعی برای حسرت، تمایز طلبی و ابراز وجود و شخصیت خود از دیگران است، یعنی تمامی تلاشها بر این است که ما خود را از دیگری سوا کنیم، و این دیگری می تواند همسایه یا هم محله ما باشد. به نظر می رسد که در داخل خانه هم ارتباطی وجود ندارد، در داخل خانه تمامی آن سلسله مراتب به هم خورده است، چیزهایی که در خانه های ایرانی قدیمی داشتیم مثل حریمیت، عدم اشرافیت نسبت به خارج خانه و اشرافیت در داخل خانه. اینکه از در که وارد می شدیم یک دالان و هشتی را طی می کردیم و سپس وارد یک حیاط پر نور می شدیم و بعد وارد اتاقها میشدیم. هر اتاق یک دهلیزی داشت، یعنی یک آمادگی برای ورود، یکباره وارد نمی شدیم، در خانه های امروزی یکباره وارد خانه می شویم و هیچ حریمیت و هیچ اشرافیت مد نظر قرار نمی گیرد، پرده ها همیشه کشیده شده است. هر چقدر مترها خانه ها بزرگتر شود، سعی می کنیم به صورت جزیره ای، اتاقها را کاملا مجهز کنیم مثلا اتاق بچه ها با سرویس بهداشتی و انباری مشخص و اینگونه افراد را از هم سوا می کنیم. به عبارتی، به جای اینکه ما همه تسهیلات را در داخل خانه داشته باشیم که افراد به هم نزدیک شوند، امروزه در این خانه ها، افراد مرتبا از هم دور می شوند. این تغییرات مسکن از تغییرات در کارکرد خانه ها تبعیت می کند. تغییرات در سلسله مراتب و اقتدار خانواده، سلسله مراتب اجتماعی و تغییر در الگوی مصرف، همگی تاثیرات خود را بر مسکن می گذارند. آن چیزی که ما از آن یاد می کنیم، بحث سرمایه اجتماعی، آرامش روانی و از بین رفتن حریم ها و خلوت ها است. اینکه هر چه مترها خانه ها بزرگتر می شود، هر چه مسکن ها لوکس تر می شوند افراد از همدیگر جدا می شوند و هر یک دنیای خاص خود را دارند. بنابراین به نظر می رسد افراد در خانه های امروزی که نه، بلکه مسکن های امروزی به درون سکونتگاه هایی پرتاب می شوند و پناه می گیرند. در جایی که در آن احساس بی پناهی می کنند و هیچ صحبتی ندارند که با یکدیگر کنند، اصلا وقتی برای صحبت کردن ندارند.

به نظر میرسد آن چیزی که مسکن را به خانه تبدیل می کند، ارتباط بین فرهنگ و جامعه می باشد، و افراد نمی توانند خود را از فرهنگ، ارزش ها و آداب و رسوم جدا نمایند، بنابراین آن چیزی که قدیم را به جدید اولویت می دهد شاید قوام فرهنگ جامعه بوده است و اینکه عناصر مدرن و به طور کلی نوسازی در جامعه یا مدرن شدن جامعه یک سری تاثیرات عمیقی بر فرهنگ گذاشته است و یک جابه جایی هایی رخ داده است که باعث می شود در مسکن امروزی، استمرار تفکر، سنت ها و ارزش ها را نداشته باشیم. از جامعه اگر سنت هایش گرفته شود، چیزی از آن باقی نمی ماند. زمانی می گفتند ایران زمانی می تواند پیشرفت کند که مانند یک ژاپن اسلامی شود، همین ژاپن با حفظ سنت هایش سعی می کند در سطح جهان خود را به عنوان یک قدرت برتر معرفی کند. اگر در زندگی دقت کنیم کدامیک از لوازم زندگی با همدیگر کاملا همخوانی دارد ما یک مبلمان بسیار

شیک و لوکس داریم و در کنار آن صندوقچه ای که از مادر بزرگ خود به ارث بردیم و بعد آفتابه و لگنی که از سمساری گرفتیم، همه چیز با همدیگر در کنار هم قرار میگیرند و یک بی نظمی را در داخل خانه به نمایش می گذارند، به نظر میرسد که این در فکر ما هم می تواند وجود داشته باشد. آنچه در قدیم وجود داشت یک نظم، استمرار و تداوم بین عناصر داخل خانه بوده است و چون این نظم را پیدا نمی کنیم، به نظر میرسد که باید به جایی این نظم را برقرار کنیم و این لزوما حفظ قدیم نیست ولی به طور کلی آنچه که در قدیم بوده است را نمیشود کنار گذاشت، می توان یک تلفیقی از گذشته و حال در کنار همدیگر داشت.

نقش سازمانهای مردم نهاد در سلامت

سرمایه اجتماعی و سرمایه علمی با هم در زیر یک سقف برای آینده ایران عزیز تلاش می کنند. ما در شرایط امروز در یک بحران معنا گیر کرده ایم، کدام دانشگاه، اجتماع یا سازمان مردم نهاد. با چه شاخصی می توان گفته دانشگاه، یک دانشگاه توسعه محور می باشد که نیست، با کدام شاخص می توانیم بگوییم که سازمانهای مردم نهاد می توانند در رابطه با توسعه شرکت کنند. دانشگاه یک نهاد ارتباطی و مبتنی بر گفتگو است که باید در آن روح سقراطی حاکم باشد یعنی پرسش ها و مطالبه گری ها. دانشگاه باید دیوارهایش را برای جامعه کوتاه کند. وقتی می گوییم دانشگاه تقاضا مند باید در مقابلش سازمان مردم نهاد توانمند هم داشته باشیم. عمر سازمانهای توزیعی، احساسی و چند منظوره گذشته است، امروزه سازمانهای تخصصی در دنیا موفق ترند. NGOها باید مشارکت محتوایی، مشارکت نرم افزاری، مشارکت سرمایه های اجتماعی داشته باشند.

حاشیه نشینی و سلامت بر اساس دیدگاه متخصصین برنامه ریزی شهری

تلی از خاک خیس خورده و بیل خورده که در میانه حیاط کوچک ریخته شده، پیرزن شلیته عشایری به تن، لوله پولیکای ترکیده را زیر بغل زده، این برای چندین بار است که مجبور شده از صدها پله بالا و پایین برود تا لوله هم اندازه را پیدا کند. از بالای خاکها پریدیم و رفتیم تو، هوایی خورد به صورتی که بوی ماندگی سنگین می داد، بوی کهنگی خیس و سرگیجه آوری در فضا منتشر بود. بو همه جا و کل فضای تنفسی خانه را در قبضه گرفته بود، به جان فرش و اسباب نشسته بود، پیرزن ما را با اتاق برد. آب باران و نشتی لوله ها تپه نشین های ملازینال دیوارها را زرد می کند، شکم دیوارها بالا می آید و هوای بد را پس بدهد. در هر کجای این هرم اجتماعی که جا خوش کرده باشیم تعیین می کند که چه هوایی را در زندگی روزمره به دماغ، دهان، سینه و ریه هایمان بکشیم و بدین ترتیب سلامتی یا مریضی خود را پدید آوریم. بخشی از خشونت تعلق به جامعه برای این تپه نشین های انتهای ملازینال، از طریق ذرات معلق و غیرقابل مشاهده در هوا تزریق می شود.

در مورد حاشیه نشینی، خشونت که از دهه های پیش اعمال شده، خشونت ساختاری است که توسط نیروهای اقتصادی و سیاسی اعمال می گردد و مکانیزم آن ایجاد قدرت نابرابر در بین گروه های مختلف است. خشونت ساختاری که عمر آن حداقل ۹ دهه است و به مناطق جغرافیایی خاصی اعمال شده است. توزیع اجتماعی رنج رخ می دهد. الان مناطق حاشیه نشین تبریز را می توان جایی قلمداد کرد که این رنج در آن انباشته شده است. پس خشونت ساختاری به مناطق حاشیه نشین ترجمه شده است که خود آن منطقه جغرافیایی، مسکن، راهها، خیابان و همه اینها به بیماری جسمانی و روانی ترجمه میشود. در حاشیه نشین های تبریز، علیرغم اینکه یک سکوت بزرگ می بینیم با یک وضعیت اضطراری مواجه هستیم، منتها آژیر به صدا در نیامده است، این وضعیت اضطراری که به قول والتر بنیامین جامعه شناس، وضعیت ستمدیدگان به ما می آموزد که وضعیت اضطراری، نه یک استثنا بلکه یک قاعده است. در یک لحظه نیست که بکشد و تمام کند، وضعیت اضطراری که در حاشیه نشین های تبریز مشاهده می کنیم، وضعیتی است که در آن با مرگ تدریجی مواجه هستیم، چه از خلال مسکن، خانه ها، راهها، چه از خلال بیماریها. ملازینال یکی از محله های پهنه شمالی حاشیه نشین تبریز است که در تپه های عینالی واقع شده است. عمدتا مهاجران روستایی و عشایری به ویژه از منطقه قره داغ آنجا

ساکن هستند که قبلاً به کارهای ساختمانی مشغول بودند ولی الان آشغال جمع می کنند. یک شهر آشغالی شده است ، اقتصاد ضایعاتی وحشتناکی کل محله را در بر گرفته است. نکته مهم این است که سازمانهای دولتی وضعیت را برای این مناطق بدتر کردند. تا سالها عنوان حاشیه برای بخشی از محله ملازینال در تپه های بالای آن بود . امروزه اهالی آن بیان می کنند از زمانی که برچسب و اسم حاشیه را بر محله گذاشتند، قیمت مسکن به شدت افت کرده است. مهمترین کاری که دولت می تواند انجام دهد این است که کاری نکنند، کارهایی از این دست، اتفاقاً هم آن محله را بدنام کرد و بعد به لحاظ مادی قیمت مسکن را افت داد. آنها تنها دارایی که دارند همین مسکن است و می گویند که دیگر بهایی ندارد و ما نمی توانیم آنها را بفروشیم. نکته بعدی اینکه این مردمان در شرایط خطر دائمی ریزش منازل به سر می برند که بر می گردد به عملکرد نهاد های دولتی رشوه گیر. در همان زمانی که خانه ها یک شبه ساخته می شد. خانه های یک شبه به اینجا رسیده که استحکامی ندارند، موارد بسیار متعددی از ریزش خانه ها و مرگ مشاهد شده است. اینها در کنار خیابانهای تنگ و کوچه های صدها پله ایی است که امکان عبور آمبولانس در آن وجود ندارد. سالهاست که قول داده شده است که خیابان اصلی محله ملازینال تعریض شود ولی تا به امروز صورت نگرفته است و این باعث تخریب اعتماد اجتماعی مردمان آنجا شده است، و نه تنها اعتماد اجتماعی، بلکه با زندگی آدم ها در آنجا بازی می شود. سلامتی و بیماریهای مناطق حاشیه نشین تبریز ، به تدریج و در خاموشی با نفوذ مسکن در بدن انجام می شود و همچنین نگرانی های مداومی که در باب خطرناک بودن مسکن وجود دارد. به دلیل قرارگیری در در پایین اتوبان، حرکت ماشینهای سنگین در کل اتوبان خانه ها را می لرزاند و ترک های بسیاری وارد کرده است. اساس و بنیان آن نابرابری اجتماعی است که به این مردمان تحمیل شده است ولی در گفتمان های علمی و دانشگاهی و حتی رسمی اشاره و تاکید در این نیست و می گویند چرا آمدید اینجا، همانجا در روستا می ماندید، یا شهروندان تبریزی که با نژاد گرایی اجتماعی در فضاهای اجتماعی به شدت حاشیه نشین ها را محکوم به مجرم، منحرف بودن و آلوده کننده شهر میدانند. تپه نشین های ملازینال و دهها محله ای که در پهنه شمالی تبریز داریم، در واقع این نابرابری اجتماعی به آنها تحمیل شده است و مجبور شدند بیایند و آنجا ساکن شوند و نهایتاً از بسیاری از خدمات شهری که به دیگران داده می شود محروم شوند و حتی مورد سوء استفاده قرار گیرند، جمعیت عظیمی که صندوق رای بسیار بالایی است برای بسیاری ولیکن فلاکت است برای خودشان.

صعب العبوری اجتماعی

حصری خانگی برای کودکان، نوجوانان و زنان پدید آمده است به ویژه در آن نقاطی از ملازینال که خانه ها روی تپه ها سوار شده اند و از سر تا ته کوچه ها پله پله هستند، صبح ،ظهر، عصر، شب پشت هم در خانه های چوبی ۵۰ متری سپری می شود. کل جهان اجتماعی به یک چهار چوب اجباری محدود شده است، گویی کل امکان های تجربه کردن اجتماع به این جای ۵۰ متری خلاصه شده است که در آن یک زن، یک شوهر و سه بچه اش تنگ هم باشند. فیزیک صعب العبور محله به خاطر بنا شدن روی دامنه کوه عینالی، به صعب العبوری اجتماعی ترجمه شده است. شرایطی که اجازه نمی دهد تا کودکان، نوجوانان و زنان به دامنه وسیع شهر و روابط و امکانات پر مزیت آن سرازیر شوند. حاشیه نشین های کوه عینالی و متن نشین های شهر تبریز، هر یک آدم های متفاوتی خلق می کنند. در یک شهر دو نوع جهان و دو نوع انسان کاملاً دیگر گون زاده شده اند ولی همگی باید در یک مسابقه شرکت کنند. هر چقدر که اهالی ملازینال استعداد داشته باشند، همانطور که پسر خانواده ، شاگرد اول کلاس خود بود و خواهرش برنده مسابقه دو در مدرسه ولی نمی توانند در مسابقه اجتماعی جامعه پیروز شوند. اینجا کوهستان استعدادهاست. این باور عمومی که ما موفق شده ایم و چون مستعد بودیم و ژن خوب داشتیم فقط یک فریب است. آدم های مستعد در بالای این کوه ها دفن و در داخل شهر مجسمه می شوند.

مسکن و سلامت از دیدگاه هنر و معماری بر اساس دیدگاه متخصصین معماری

مقیاس خود منظور داخل مسکن است و مقیاس میانه همان محله است. این پارادایم فکری و این مقوله تقریباً از ۱۹۹۰ در ادبیاتی که در بحث های معماری هم می باشد مطرح شده است. اینکه مکان یک موقعیت نیست یعنی فقط ساختارهای فیزیکی نیست که یک مکان را می سازد و بحث حضور انسان ها و تجربه زیسته آنها بخشی از مقوله مکان است و این موضوع همان نقطه ورود به مقوله سلامت است. این سوال مطرح است که مکان ها در شکل دادن تجارب مردم، تجربه زیسته مردم و در نتیجه احساس و حس سلامت و رفتارهای مبتنی بر سلامت چه جایگاهی دارد. وقتی مروری بر ادبیات فضاهای سکونتی می کنیم، سه دسته متغیر را عنوان می کنند. یک دسته متغیرهای ترکیبی است که مربوط به سن، جنس و وضعیت درآمد. دسته دیگر متغیرهای زمینه ای که به ساختارهای فرصت ساز در محله اشاره می کند که ما به زبان طراحی محیط، این ساختارهای فرصت ساز را بعد ریخت شناسانه محله، بعد اکولوژی محله، ابعاد بصری و عملکردی محله می گوئیم، یعنی زندگی که در یک فضای سکونتی اتفاق می افتد. یک مقوله دیگر، بحث ویژگی های جمعی در معنای زندگی است که همراه با خاطرات، اتفاقات، هنجارها و سنت ها در فضاهای سکونتی قابل بحث است. یک فراتحلیلی در رابطه با بحث تاثیر مکان بر سلامت در سال ۹۳ صورت گرفت. مقالاتی که در بازه ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ بودند و کلید واژه هایی که دنبال آن گشتیم شامل: محله، سلامت روان، سلامت جسمانی، محیط مصنوع و محیط اجتماعی بودند. در مورد کلید واژه سلامت، به دنبال هم سلامت جسمی در قالب چاقی و شاخص های بدنی و هم سلامت روانی، بحث های روانپزشکی و افسردگی و هم رفتارهای منتهی به سلامت می گشتیم. نتایج نشان دهنده تاثیر محیط مصنوع و فضای سبز در محلات بود. همبستگی معناداری بین تعداد تراکم تقاطع ها و تپوگرافی با شاخص توده بدنی وجود داشت. رابطه معکوسی بین تپوگرافی پرشیب یعنی بالای ۸ درصد و روانپزشکی وجود داشت. بحث محیط اجتماعی، سرمایه اجتماعی و محرومیت محلی و تاثیری که بر افسردگی داشته است و میزان بالای علائم افسردگی را مشخص کرده است. بحث گونه های مختلف مسکن، چه به لحاظ ارتفاع، تراکم، فضای باز و بسته بودن، تفاوت های معناداری روی رفتارهای مبتنی بر سلامت و هم سلامت روان داشته است. موضوع مهم دیگر احساس شرم از محله بود، با این سوال که نسبت به محله خود چه احساسی دارید و جواب، تعیین کنندگی بسیاری با رفتارهای سلامت داشت. در واقع سلامت در حوزه های مختلف جسمانی، روانی، احساس سلامت و رفتارهای سلامت بود. بحث های جمعی محیط با سه بعد اجتماعی، زمانی و ابعاد ادراکی بیان شد. به عنوان مثال در مطالعات احساس امنیت، حمایت اجتماعی رابطه معناداری با رفتارهای مبتنی بر سلامت داشت که در بحث های ترکیبی مثل میزان درآمد و سن و جنس هم شامل شد. این فراتحلیل را در شهرک رشديه به عنوان یکی از شهرک هایی که تقریباً روی برنامه ریزی طراحی شده، مورد بررسی قرار دادیم و مشاهده کردیم که به واسطه تراکم و حضور جاده سلامت، میزان احساس سلامت و رفتار های مبتنی بر سلامت در این محله میزان بالایی داشت.

تحقیقاتی رابطه مثبت نور با خلق و خوی افراد و تشویق به فعالیت های بدنی را نشان می دهد. بحث رطوبت، بحث دید و منظر به خصوص امروزه در این خانه هایی که با فاصله ۲-۳ متر جلوتر دیوار همسایه قد علم کرده و به واسطه بحث هایی که هست مجبورند پنجره ها را در ارتفاع بالاتری بگذارند. نهایتاً اینکه محیط باید انسجام داشته باشد، چه به لحاظ فرمی و شکلی و چه به لحاظ رنگی. بحث حضور رنگ، اینکه رنگ بنفش روی میگردن تاثیر گذار بوده، رنگ های گرم باعث اشتها می شود، بحث سرو صدا و تاثیری که روی خواب و عملکرد، روی سیستم قلبی- عروقی و سلامت روان داشته است. در مهندسی عوامل انسانی به محل قرار گرفتن کلید و پریزها و تعداد دفعات که کسی خم می شود و از آن استفاده میکند، چه تاثیری روی ساختار فیزیکی بدنش دارد، توجه می شود. بحث کنترل پذیر بودن، یعنی انعطافی که ما درون خانه باید داشته باشیم که چگونه فضای داخل خانه را مطابق با برخی سلیق و ذائقه ها بتوانیم تغییر دهیم. و ارتباط مستقیمی با احساس درماندگی داشت. اینکه ما خواهیم تغییری بدهیم و از عهده آن بر بیاییم. اگر از عهده اش بر نیاییم و یا مدت زمان زیادی طول بکشد، این احساس درماندگی رخ می دهد.

سلامت مسکن در برنامه ریزی شهری

مهمترین قسمت این پنل شکستن مرزهای علم است که در دوره پسا مدرن هم قضیه بسیار پسندیده است. مسکن بر پایه وزن یعنی عربی مفعول اسم مکان است از سکنه که محل آرامش است. مسکن بر پایه سلسله مراتب نیازهای مازلو یکی از نیازهای غیر قابل انکار است منتها این نیاز با سایر نیازهای آدمی چند فرق اساسی دارد. یکی اینکه اصل غیر منقول بودن این نیاز است یعنی وقتی کمبود مسکن داریم، نمی توانیم مسکن وارد کنیم، فرق دیگر، بحث جایگزینی است. مسکن جایگزینی ندارد. جایگزینی آن با بحث بی خانمانی، آلودگی ناشینی و زاغه نشینی همراه است که این امر پرداختن به آن را در برنامه ریزی ها به طور عام و برنامه ریزی شهری به طور خاص بسیار زیاد می کند. مسکن فی نفسه قبلا از انقلاب صنعتی، چه در شهر و چه در روستا مسئله ای نبود، عمدتا دسترسی به آن هم راحت بود. بعد از انقلاب صنعتی، رشد بهداشت، بالا رفتن جمعیت، مهاجرت های شدید روستا شهری، انباشتگی شهر ها از جمعیت و تقاضای روزافزون برای آنها و در کنار آن شهری شدن سرمایه در کنار سرمایه داری که روز به روز این سوددهی در شهر بیشتر از سایر جاها می شد، فضا را هم وارد مناسبات اقتصادی کرد، قیمت آن بالاتر رفت و بعضا خارج از دسترس قشری شد مثل انگلستان و اروپا که کتاب بینوایان هم تحت تاثیر چنین وضعیت هایی نوشته شد. البته در کشورهای در حال توسعه هم بعد از شروع مدرنیزاسیون و در ایران به خصوص بعد از انباشتگی بحث نفت در بودجه و نظام برنامه ریزی، این قضیه بیشتر شد و با گذشت زمان هم بحث مسکن بسیار شدیدتر شد. نظام های برنامه ریزی شهری، به عنوان زیر مجموعه از نظام برنامه ریزی جامعه، فلسفه سیاسی یا ایدئولوژی دارد. در دنیا سه ایدئولوژی در نظام های برنامه ریزی شهری و برنامه ریزی به طور عام وجود دارد: اول: نظام برنامه ریزی که ریشه در تفکرات سرمایه داری یا لیبرالیستی دارد که دولت را چندان برای رفع و فتق امور مسکن موظف نمی داند و شاید هم برنامه ریزی شهری مانند آن شانه خالی می کند. طیف های تند و تیز آن در بحث های نئو لیبرالیستی، بحث شهروندی فعال و مسئول است، بیان می کند هر کسی باید گلیم خود را از آب بیرون کشد و خود را قوی کند که باور به تفکرات پدر علم اقتصاد دارد. دست نامرئی بازار قضیه را حل می کند نیاز به مداخله نیست. که البته بر آن هم نقدهایی وارد است که کرامت انسانی و امثال آن نمی تواند منتظر مکانیزم بازار باشد. ایدئولوژی دوم را که بیشتر دیدگاههای چپ در دنیا آوردند از جمله شوروی سابق پیشتر آن بود، مبتنی بر آن بود که تمام برنامه ریزی های شهری ذیل خواست و اراده دولت قرار می گیرد و مشکل مسکن را ریشه در مالکیت خصوصی دانسته است. مالکیت خصوصی را می خواهد براندازد و بر پایه مالکیت عمومی مسکنی ساخته شود که استانداردهای یکسان داشته باشند، که در این قضیه، طیف اقتصادی- اجتماعی متفاوت در نظر گرفته نمی شود. آن کسی که در طبقه بالای اقتصادی- اجتماعی قرار می گیرد به مسکنی دسترسی پیدا می کند که طبقه کارگر دسترسی پیدا می کند البته بر آن هم انتقاداتی وارد است. بعد از این قضایا، طی ۳۰-۴۰ سال اخیر، راه میانه را پیدا کردند، به خصوص در کشورهای اسکاندیناوی، که بعضی مسائل را دولت حل می کند و بقیه را خود شهروندان در نظام برنامه ریزی شرکت کنند و دسترسی به آن پیدا کنند. هر کدام از اینها دارای مزایا و معایبی است. ولی آن چیزی که در بحث مسکن به عنوان یک نیاز اساسی و مرکز اسکان بشر مطرح است این است که مسکن یک shelter یا سرپناه نیست، دسترسی به مسکن مناسب، دسترسی به فضای فیزیکی، نور، مالکیت مناسب است. منتها رسیدن به اینها یک آرمان و هدف هست و بدون آن آرمان انسانهای تاریخ ساز و جوامع تاریخ ساز نمی توانند به وجود بیایند. اگر در واقعیت ها غرق شویم باید در تمدن چند هزار ساله قبل بشری می ماندیم. عده ای بلند پرواز بودند و نپذیرفتند و تغییراتی به وجود آوردند. در این نظام برنامه ریزی شهری هم، دسترسی به مسکن مناسب، حداقل برای کشورهای در حال توسعه امر بسیار ضروری است. زمانی دولت ها ورود پیدا کردند و مسکن دولتی یا خانه های سازمانی ساختند که به دلیل هزینه بالایی که در قیمت تمام شده داشتند و گروه های هدفی که مد نظر داشتند، منحرف شدند و دسترسی به آن برای عده زیادی ممکن نشد. همین اتفاق را در مسکن مهر در مورد گروه های هدف میبینیم. ولی این ها دلیل نمی شود که از بحث مسکن و تأثیری که روی سلامت جسمی دارد، شانه خالی کنیم. مطالعات نشان داده است که بین مالکیت و کیفیت مسکن و سرمایه روانشناختی افراد که چند شاخص بود از جمله امید، خوشبینی، حس خودکارآمدی، حس خودآغازگری که نشان از توانمندی روحی و شخصیتی افراد دارد، یک رابطه معناداری وجود دارد. در اصل ۳۱ قانون اساسی داشتن مسکن مناسب را حق تک تک ایرانیان

دانستند ولی چون نظام برنامه ریزی ما به صورت بخشی است و نه جغرافیایی و فضایی، یک خلأی در مورد مسکن دارد. با توجه به اینکه در شهرها هم قیمت زمین در حدی بالا رفته است که بعضا با پایتخت های کشورهای اروپایی برابری می کند مثلا ۶۳ متر آپارتمان در تهران بفروشید، می توانید در بارسلونا آپارتمان ۱۰۰ متری گرفت، اگر در تهران آپارتمان ۱۰۰ متری بفروشید، می توانید در پاریس یکی از گرانترین شهرهای جهان یک آپارتمان ۱۰۰ متری بخرید، البته با آن تفاوت درآمدی که وجود دارد. ما باید در نظام برنامه ریزی شهری این حداقل تفکیک قطعات را شناور کنیم. یک اصل در برنامه ریزی است، ما هیچ وقت نمی توانیم دایه مهربانتر از مادر باشیم و بگوییم همه باید در خانه های ویلایی زندگی کنند، اصلا امکان پذیر نیست. که اکثریت افراد جامعه از توانشان خارج است. باید شناور کنیم. شاید من علاقمند باشم در آپارتمان ۳۰ متری زندگی کنم منتها با استانداردهای اولیه. که اگر ما این را شناور می کردیم. مطمئنا مقدار درصد سکونتگاه های غیر رسمی یا حاشیه نشینی کمتر از این بود. مطالعات نشان می دهد، ابتدا به ساکن، اکثریت افراد به مناطق حاشیه نشین ورود پیدا نمی کنند، ابتدا وارد شهر می شوند و بعد از مدتی که تیغ تیز اجاره مسکن، هزینه و درآمد فرد را به شدت از ته برید، مجبور می شوند به مناطق حاشیه برونند، تا آن بار سنگین اجاره بها را از زندگی خودکم کنند به آن دلیل نیاز است که هم نظام برنامه ریزی شهری تحولی در خود ایجاد کند تا دسترسی به مسکن مناسب برای تمامی افراد با استانداردهای متغیر میسر باشد که تبعات مشکلات جسمی و روانی را به حداقل برسانیم.

جایگاه موسسات خیریه و خیرین در مسکن سالم

همکاری بین سازمان های اجرایی دولتی، بخش خصوصی، سازمان های مردم نهاد و دانشگاهها، به کاهش مشکلات اجتماع کمک خواهد کرد. در زمان های قدیم میگفتند فلان آقا فلان اختراع را کرد ولی در سالهای اخیر این مساله مطرح نیست کار را یک جمع انجام میدهد، از تلاش جمعی نتیجه حاصل می شود. فعالیت موسسات خیریه، گسترش فرهنگ پیشگیری از بیماری ها، توانمندسازی، ارتقاء فرهنگ نیکوکاری و انتقال رفتار و اخلاق نیکو به نسل های بعدی است. خیریه ابرار قائم، یک خیریه تخصصی در بحث مسکن است و زمینه فعالیت آن: تعمیرات، احداث، خرید خانه و رهن می باشد. حاصل ۸ سال فعالیت ابرار قائم: تعمیرات، احداث، خرید خانه و رهن و اجاره است. در کنار این فعالیت ها به عنوان تسهیل گر با استفاده از امکانات خیریه ها و سازمان های دیگر به امر توانمندسازی و آموزش نیز توجه دارد. در خانه هایی که تعمیر می شود ساختار اساسی نمی توان انجام داد ولی در خانه هایی که احداث می شود، آیین نامه زلزله و سایر قوانین رعایت می شود. اگر الان به ما اطلاع دهند که یک ساعت دیگه زلزله ای اتفاق خواهد افتاد و شما مقید هستید به جایی بروید، من به شما پیشنهاد میکنم به یکی از خانه هایی که ابرار قائم احداث کرده است بروید، یعنی اینها اینقدر محکم و امن هستند. در حوادث غیر مترقبه در کنار مردم هستیم، در زلزله کرمانشاه، در سیلی که اوایل سال پیش آمد، کمک هایی از طرف ابرار قائم به آن مناطق ارسال شد. در زلزله اخیر در میانه و سراب تاکنون ۲۰۰ کرسی برقی و ۳۰ کانکس به آن منطقه ارسال شده و تداوم دارد. ابرار قائم به وضعیت خاص بعضی از بیماران مانند بیماران پیوندی توجه دارد. تا حالا چندین خانه که از نظر بهداشتی و ایزوله بودن ضروری بود. ابرار قائم برای آنها، آن امکانات را فراهم کرده است. ارکان موسسه ابرار قائم، هیات امناء و هیات مدیره تماما تحصیلات دانشگاهی دارند و فرایندها و تصمیم گیری ها بر مبنای علمی و با خرد جمعی انجام می شود. کار ابرار قائم کار سیستمی و شفافیت و قانون مداری از فعالیت های قابل ذکر آن می باشد. ابرار قائم با بیش از ۳۲ موسسه همکاری نزدیک دارد که حدودا بیش از ۲۰۰ مورد خانوارهای تحت پوشش، خانواده هایی بودند که از سوی پزشکان یا موسسات درمانی به خیریه ابرار قائم معرفی شدند. ابرار قائم با توجه به توان علمی سامانه ای طراحی کرده که تمام اطلاعات مددجویان می تواند در آن ثبت شود. و در آن سامانه به صورت آنلاین در سطح کشور می تواند قابل وصول باشد که فرد مراجعه کننده چه خدماتی، از چه خیریه ای و در چه تاریخی دریافت کرده است. اغلب جلو سوء استفاده ها را خواهد گرفت، ثانيا از نظر آماری جهت تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها، این سامانه می تواند مفید باشد. این سامانه برای اولین بار در کشور توسط ابرار قائم طراحی شده است. از تاثیر مسکن بر

سلامتی مثالی میزنم: کودکی بود که در اثر رطوبت خانه، ابتدا راه میرفت ولی بعد دوباره شروع کرده بود به چهار دست و پا راه رفتن، وقتی خانه را تعمیر کردیم، دوباره بچه راه افتاد. یا خانمی مراجعه کرد که من شبها آرامش ندارم، موش ها روی سقف خانه راه می روند، که ما آنها را تعمیر کردیم. یا بچه ای میگفت من در مدرسه همیشه نگران مادرم هستم، میترسم خانه فرو بریزد و مادرم زیر آوار بماند، که خانه تعمیر شد. حدود ۱۵۰۰ خانه توسط ابرار قائم قابل سکونت شده، احداث، تعمیر، رهن و اجاره. ولی اینها مشکلات را به صورت ریشه ای حل نخواهد کرد، حل مشکلات به صورت ریشه ای با همکاری دانشگاه، بخش خصوصی و بخش دولتی و خیریه ها که با مردم در تماس دائم هستند، توسط آنها انجام خواهد گرفت. خانه هایی که محیط نامناسب باشد استعدادها رشد نمی کنند، این یک واقعیت است که وقتی محیط اجتماع و محیط زندگی سالم و شادی آور نباشد، از آنجا استعدادها نمی توانند رشد کنند. در مورد فضای شهری هم متأسفانه به همان شکل است، به عقیده من معماری سده های قبل از معماری اکنون بهتر بود، هارمونی بهتری داشت. گروهی از ژاپن دعوت می شوند و به شهردار وقت (کرباسچی) می گویند اگر زلزله ای در تهران اتفاق بیفتد، فرصتی برای دفن و کفن اون همه کشته نخواهید داشت و به طنز می گویند که به فکر کوره آدم سوزی باشید. تبریز وضعیتش به مراتب بدتر از تهران است. مناطق حاشیه تبریز کوچه هایی است با عرض کمتر از یک متر و با زوایای قائمه کوچکی ۸۰ سانتی از آنها منشعب شده که حتی برانکار هم نمیره چه برسه به ماشین آتش نشانی و آمبولانس و غیره. اگر در تبریز اتفاقی بیفتد هزینه ها و تبعاتش به قدری بالا خواهد بود که قابل قیاس با پیشگیری امروزه نخواهد بود. برای جامعه پزشکی، برای مجموعه اجرایی کلی هزینه بار خواهد آورد. به مسئولین کشور و استان پیشنهاد این است که قبل از اون که اتفاق بیفتد یک فکری کنیم. ساختمان های مناطق حاشیه نشین اصلاً استحکام ندارند حتی پیاده هم همیشه رفت به اون مناطق پیشنهاد دیگر، تفاهم و همکاری بین تمام تصمیم گیران و افرادی که دست اندرکار هستند. از اساتید و دانشجویان تقاضا دارم، ارتباط نزدیکی با خیریه ها داشته باشند. با دردهای جامعه آشنا بشوند ما به فکر و اندیشه شما نیاز داریم.

نقش سازمانهای دولتی و سیاستگذاران شهری در مسکن سالم

فریبا رفیع در کتاب پرنده من می نویسند که خاصیت آدم های عاشق است که بخشی از شور درونشان را به دیگران می بخشند. درس مبانی برنامه ریزی شهری سه هدف را بیان می کند: ۱- اهداف و مقاصد برنامه ریزی شهری، ۲- ایجاد آسایش و سلامت برای شهروندان، ۳- ایجاد زیبایی در شهر. هر چند هر سه با هم همپوشانی کامل را دارند. ایجاد آسایش در شهروندان حتماً به ایجاد سلامت کمک خواهد کرد و زیباتر کردن شهرها سلامتی شهروندان را در پی خواهد داشت. برنامه ریزی کاربری اراضی شهری، بر اساس نیازهای شهروندان یک سری اشل هایی را تعریف می کند به عنوان مثال نهاد سیاست گذار شهرسازی ایران را شورای عالی شهرسازی معماری ایران دارد. سال ۸۹، یک مصوبه ای را داشتند که در آن، کاربری های شهری را به ۲۰ گروه تقسیم کردند. از کاربری مسکونی تا کاربری صنعتی. به عنوان مثال متناسب با میزان جمعیتی که در شهرها سرانه مسکونی تعیین می شود، سرانه مسکونی در شهرهای کم جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر، ۵۰ متر مربع، در شهرهای بزرگتر، این رقم کمتر می شود به ۲۵ متر مربع می رسد. کاربری آموزشی ۲ تا ۵ متر مربع، کاربری ورزشی ۱/۲ تا ۲ متر مربع، کاربری های درمانی ۱ تا ۲/۵ متر مربع، فرهنگی ۱/۲ تا ۱/۷۵ متر مربع به ازای هر شهروند است، سرانه هایی که شورای عالی مصوب کرده است و در طرح های توسعه شهری مهندسی مشاور بایستی با این سرانه ها، برای شهر طرح تهیه کنند. پارک به عنوان یکی از مهمترین کاربری های شهری که می تواند سلامت شهروندان را تحقق دهد بیش از ۸ متر مربع یعنی حداقل فضای پارک ۸ متر مربع در طرح های توسعه شهری است و تجهیزات شهری و تاسیسات شهری جزء کاربری هایی هستند که ما در شهرها بایستی داشته باشیم حول و حوش ۱ تا ۲ متر مربع. اینها ضوابط، مقررات و استانداردهایی هستند. آیا مهندسی مشاور این امکان را دارند که در همچین فضاهایی با این وضعیت توپوگرافی کاربری ورزشی تامین کنند. با بررسی GIS نقشه شهری مشاهده می شود، ۹۰ درصد از کاربری های شهری در بخش قابل توجهی از شهر تک کاربری هایی به نام مسکونی هستند و آن ۱۰ درصد دیگر معابر پله ای یا مدارس می باشند.

چیزی تحت عنوان برنامه ریزی کاربری اراضی شهری در بخش قابل توجهی از شهر موضوعیت ندارد. دستور کار جدید شهری که سازمان ملل برای ۲۰۳۰ توصیه کرده است این است که شهرها بایستی همه شمول باشند. بایستی دوستدار کودک باشد، دوستدار سالمند باشد، دوستدار زنان، افراد معلول، همه گروه های آسیب پذیر را قید کرده است. آیا این شهر ما با این وضعیت موجود و با این حجم عظیمی از مسائل که داریم، امکان همه شمول بودن آن هست. سازمان ملل به این دستورالعمل رسیده است که اگر می خواهید اتفاقی در شهرها و جوامع خود به ویژه در کشورهای در حال توسعه جهان سوم رقم بزنید، بایستی این کارها را انجام دهید. ۱- در جامعه خود گفتمان سازی کنید. چگونه است که برای قطع یک درخت کمپین راه می اندازیم، انواع و اقسام فحاشی ها را بار کسانی میکنیم که برای پروژه عمرانی قطع درخت میکنند. اما برای صدها هزار کودکان معصوم، سالمندانی که سالها در این پله های کوچه ها زندانی می شوند، واکنشی نشان نمی دهیم. درد همه حاشیه نشینی باشد، درد همه استانداردهای بی استاندارد باشد، بد مسکنی در شهرها باشد. برای همه دغدغه باشد. مطالبه گری را داشته باشیم، با کلمات بازی نکنیم، یک زمان یک دولتی مسکن مهر را برپا می کند، فردا دولت دیگری می آید و سیاست بازآفرینی شهری را بنا می کند. بازی با کلمات، بازی با جان میلیون ها نفر حاشیه نشین، بد مسکن در این جامعه است. رقمی نزدیک به ۲۰ میلیون نفر از شهروندان ایرانی در چنین بافت هایی زندگی می کنند. از ۸۰ میلیون نفر، ۲۰ میلیون نفر به عبارتی، یک چهارم جمعیت کشور، در بافت های ناکارآمد شهری و بافت های مسئله دار زندگی می کنند. در بازآفرینی کارگروه ها، یکی از کارگروه هایی که در سطح شهرستان، قانونگذار پیشنهاد کرده است، کارگروه حقوقی، پیش نگری و پیشگیری از بافت های ناکارآمد شهری است. اما امروزه واقعیت های شهری تبریز را ببینیم. همین جمله نقل قول است از شهردار تهران، خبرنگار می پرسد، میزان بدهی های شهرداری تهران چقدر است؟ می گوید الان یا الان. عین همین سوال را اگر از من عضو شورای شهر تبریز هم بپرسید، در مورد اینکه ساکنین در بافت های ناکارآمد شهری تبریز چقدر هستند؟ عین همان را پاسخ خواهم داد، لحظه به لحظه بر ساکنین این بافت ها در شهر تبریز افزوده می شود. میزان جمعیت حاشیه نشین روز به روز در حال افزایش است، در شرایط جنگی هم این اتفاق نمی افتد. مشاهده می شود در سه سال جمعیت دو برابر می شود، آیا امکانات هم سه برابر می شود؟ یک اراده ای در این مملکت باید باشد که یک جایی مرزها را ببندیم، در کشور ترکیه محلات حاشیه نشین طی این ۳۰ سال اجازه ندادند حتی یک آجر وارد شود به عبارتی وضعیت را تثبیت کردند، بعد از تثبیت، راهکار سوم تهیه طرح موضعی بود و شهر را دوباره ساختند. این محلات با یک خانه ساختن و ۲ تا خانه تعمیر کردن، این حجم عظیم مشکلات حل نخواهد شد. چاره کار در وهله اول به رسمیت شناختن ساکنین محلات است. بعضی از دولتی ها می گویند که به این حاشیه نشین ها باید آنقدر سخت گرفت که به روستاهای خود برگردند. دیدگاه لیبرالیستی، فاجعه است. مسئول مملکت دیدگاهش این باشد که اینقدر سخت بگیرد که حتی زباله هایشان را هم بر ندارد تا برگردند کوره دهاتشان، اصلاً چه کسی برای اینها دعوت نامه فرستاده است. با این دیدگاه، شهرهای ما به این مرحله رسیده اند. اصلاح دیدگاه، بازنگری در سیاست ها بایستی داشته باشیم. اینا همگی شهروند هستند و باید آنها را به رسمیت بشناسیم. دومین قدم در رسمیت شناختن حق مالکیت بر زمین هایی است که دارند. اگر دولت توان داشت مانع از تصرف می شد، هزاران نفر آمدند این زمین ها را گرفتند، حاشیه نشین این زمین ها را خریداری کرد. در کارگروه های مربوطه، دولت مسئولیت دارد که یک راهکاری برای این پیدا کند. دنبال این نباشیم که مقصر کیست، مقصرها تا دلتان بخواد در این مملکت داشته ایم. یک سوال بپرسیم، سهم من از این رسالت پیش رو چه می باشد؟ چقدر می توانیم از توانایی های من در این راه استفاده کنیم. به صورت پراکنده و جزیره ای کارهایی انجام می شود اما آن اتفاقی که قرار است در شهر بیفتد، نیوفتاده و برمی گردد به راهکار اول، گفتمان سازی و تبدیل این چالش به بزرگترین دغدغه شهر تبریز و شهروندان تبریز.

بحث مسکن صراحت قانونی دارد. قانون اساسی دولت را موظف کرده که مسکن را تامین کند. اما در قانون شهرداری ها ماده ۵۵ بند ۲۱ یک جایی برای حاشیه نشین ها نوشته، اتخاذ تدابیری برای مسکن ارزان قیمت افراد بی بضاعت شهر. در این راستا شهرداری تبریز ۲-۳ سال قبل یک مجتمع مسکونی ۱۷۱ واحدی را در محله خلیل آباد احداث کرد، هر چند به لحاظ فنی ایراداتی را داریم. انتظار می رفت قدم های بعدی هم برداشته شود

ولی به دلیل مشکلات مالی شهرداری و عدم عزم و اراده لازم تا به امروز برداشته نشده. ماده ۸۰ قانون شورا، ۳۴ وظیفه برای شوراها برشمرده که بند دوم بیشتر مرتبط است. ارائه راهکارها و نقشی که می تواند به جهت سیاستگذاری و نظارت بر امور دستگاههای مربوطه به ویژه

بحث

محیط مسکونی به عنوان یکی از عوامل اصلی مؤثر بر سلامت انسان شناخته میشود. کیفیت هوای داخل ساختمان مسکونی، ایمنی خانه، سرو صدا، رطوبت، درجه حرارت داخل ساختمان، سرب، رادون و ازدحام برخی از تهدیدات بهداشتی مرتبط با مسکن است که ممکن است در خانه یافت شود. بر این اساس، مسکن سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و شرایط زندگی را تحت تأثیر قرار میدهد. در واقع محیط مسکن و محله نشان دهنده چشم انداز روزمره ای است که میتواند باعث حمایت و یا محدود کردن فعالیتهای جسمی، روانی، اجتماعی و رفاه ساکنان شود.

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 (گرم 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 و بین رطوبت محل سکونت و بیماری های تنفسی وجود دارد و هم چنین تنشهای حرارتی در منزل منجر به افزایش مخاطرات ابتلا به بیماری های تنفسی و آلرژیک میگردد. 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 سیاستهای 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.

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 میمانند مثل حاشیه نشین ها، گروه های مختلف قومی. مواردی که معمولا در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار میگیرد. مواردی از قبیل امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایتهای 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.

پدیده حاشیه نشینی، از علل ناپایدار کننده نظام شهری به ویژه در کشورهای در حال توسعه و از مصادیق بارز اسکان غیررسمی است که بنابر مشاهدات جهانی در حال گسترش فزاینده است. این نحوه اسکان هر چند نشان از فقر دارد اما به نوعی بیان کننده کاستی ها و نارسایی های سیاست های دولتی و بازار اسکان رسمی است. اسکان غیررسمی به سبب باز تولید فقر و گسترش آن، به مخاطره انداختن محیط زیست و تحمیل هزینه ای مضاعف در مقایسه با هزینه پیشگیری، تهدیدی جدی برای پایداری و انسجام جامعه شهری به حساب می آید. لذا نیازمند تدابیر ویژه ای برای ساماندهی وضعیت کنونی و جلوگیری از گسترش آن ها در آینده است. از آن جا که اسکان غیررسمی از زمین های فراتر از مکان آن نشأت می گیرد و بر محیطی فراتر از مکان آن تأثیر می گذارد، رفع این معضل نیازمند سیاستگذاری و اقداماتی نه فقط در سطح محلی، بلکه در سطح ملی بوده و همکاری تمامی نهادهای ذی مدخل را طلب می کند.

تعریف سلامتی در سازمان بهداشت جهانی، این فرضیه رایج که سیاست گذاری برای سلامتی فقط موضوعی است که می باید مدنظر متخصصان بهداشت قرار بگیرد را مورد چالش قرار می دهد و به ویژه این مطلب را که برنامه ریزان شهری نقشی کلیدی در افزایش سطح سلامتی در محیط دارند، مطرح می نماید. عملاً زمان زیادی طول کشید تا نگرش عمومی در برخورد با تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی تغییر یابد. در واقع تا اواخر دهه ۱۹۷۰ روند سنتی در مورد بیماری زایی (علت پیدایش بیماری) با رویکرد سلامت محوری (کشف علت سلامتی به منظور تقویت آنها) درآمیخته شد. اما هنوز بسیاری از نظا مه‌های برنامه ریزی شهری، موضوعات مرتبط با سلامتی را در بر نمی‌گرفت. با این همه کیفیت محیط و طبیعت و ماهیت توسعه برای بهره‌وری اقتصادی در این دوره مورد توجه است و سلامتی و بهداشت مشخصه‌هایی از کیفیت حیات هستند، اما برنامه ریزی شهری و سلامت مستلزم توجه به نسل آینده است. روش زندگی و تصمیم‌گیری در سطح خانوارها سلامت را شکل می دهد اما این تصمیم‌گیری از طریق فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی، درآمد، تحصیلات و کیفیت محیطی که به وسیله اعضای خانواده تجربه می شوند، با محدودیت روبه‌رو هستند (۳۳).

اقدام بر روی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به ویژه مسکن، باید کل دولت، جامعه مدنی و جوامع محلی، تجارت و مجامع جهانی را درگیر کند. آنها می توانند حامی رویکرد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بالاترین سطوح جامعه باشند. آنها می توانند اثربخشی را از طریق عملکرد و مثال‌های خوب نشان دهند. امروزه فرصتی بی‌سابقه برای از میان بردن ریشه‌های بیماری‌ها و مرگ‌های قابل پیشگیری خصوصاً در جوامع فقیر و آسیب‌پذیر دنیا فراهم آمده است. اغلب نابرابری‌های سلامت و عمده درد و رنج‌های بشری ریشه اجتماعی دارند (یعنی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت). این فرصت بسیار مهمتر از آن است که با سهل‌انگاری از دست برود. برای نیل به این اهداف به مدیریتی نیاز است که بر دانش‌های مرتبط احاطه داشته و در عین حال از نگرش‌های اخلاقی و هشیاری سیاسی لازم نیز برخوردار باشد.

همه‌انگهی بیشتر سازمان‌های مربوطه و همچنین تدوین قوانین جدیدتر به طوری که سازندگان مسکن را ملزم به رعایت حداقلی شاخص‌های مسکن سالم در ساخت و سازهایشان کند، میتواند تا حد زیادی در این زمینه راهگشا باشد و زمینه تحقق کامل مسکن سالم را در جامعه فراهم سازد. همچنین از طریق فرهنگ‌سازی بین مردم و آگاه کردن آنها از اثرات نامطلوب مسکن ناسالم و تبلیغات بیشتر در زمینه مسکن سالم و اهمیت آن میتوان باعث افزایش مشارکت شهروندان در طرح‌های مسکن سالم شده و سرمایه‌های اجتماعی شهر را در جهت تحقق مسکن سالم، شهر سالم و در نهایت جامعه سالم به کار گرفته و مانع از بروز بسیاری از مشکلات شد.

با وجود همه شواهد، اجرای دانش ضعیف است. ساخت و ساز مسکن و همچنین توانبخشی هنوز به طور کامل از دانش نظری موجود بهره نمی برد و انتقال این دانش به عمل به عنوان چالش‌های مسکن و سلامتی زمان ما محسوب شود. در واقع، ما به اندازه کافی می دانیم که چگونه بتوانیم خانه‌های بهتری بسازیم، و به اندازه کافی می دانیم که به تولید‌کنندگان ساختمان، و همچنین به کاربران ساختمانی در مورد چگونگی ایجاد، نگهداری و سکونت در خانه‌های سالم آموزش دهیم. به جای بررسی‌های فردی مربوط به مسکن، جامعه مسکن و بهداشت باید چالش‌های جدید، بزرگتر و عمومی‌تری را بپذیرند هدف، تأمین ساختمان‌های سالم به همه گروه‌های جمعیتی است. جوامع علمی باید درادغام جنبه‌های سلامت در دنیای ساخت و ساز درگیر شوند، پیشرفت‌های دانشگاهی و علمی می تواند به موازات آنچه واقعاً به دنبال آن هستیم باعث بهبود سلامت مردم از طریق شرایط بهتر و مساوی توزیع مسکن شود. در بحث درمان دیدگاه‌هایی که در پزشکی اجتماعی می باشد، بحثی به نام نسخه نویسی اجتماعی داریم یعنی همراهی و دست به دست دادن با سازمان‌های خیریه و مردم نهاد و سازمان‌های مختلف دیگری که از نظر اجتماعی، افراد را درمان کنند و در این نشست می‌خواهیم این دیدگاه را به نوعی گسترش بدیم که بحث نسخه نویسی اجتماعی یکی از ابعاد نگاه به علم در حیطه‌های مختلف علوم پزشکی است.

در ایران که فرآیند مدرنیزاسیون را با شتاب تجربه می کند، چگونگی تأمین کیفیت در مسکن یکی از چالش های جدی فراروی برنامه ها و سیاست های مسکن است. در واقع نتایج به دست آمده در این تحقیق میتواند به تحقق مسکن سالم و افزایش کیفیت زندگی در شهر کمک کند و زمینه لازم برای تحقق هدف غایی شهرسازی که ایجاد محیط مطلوب برای ساکنان و شهروندان است، فراهم سازد؛ چرا که بیش از نیمی از فضای شهرها را کاربری مسکونی و عناصر وابسته به آن تشکیل میدهد و بنابراین با رفع کاستیهای موجود در این بخش این مهم دست یافتنی میشود.

منابع

۱. Yazdi Feyzabadi V, Seyfaddini R, Ghandi M, Mehrolhasani M. The world health organization's definition of health: a short review of critiques and necessity of a shifting paradigm. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;13:155-65.
۲. WHOCotWHO. [Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>]. ۱۹۴۶.
۳. Braubach M. Key challenges of housing and health from WHO perspective. *International journal of public health*. 2011;56(6):579-80.
۴. Sharpe RA, Taylor T, Fleming LE, Morrissey K, Morris G, Wigglesworth R. Making the case for “whole system” approaches: Integrating public health and housing. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(11):2345.
۵. Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *American journal of public health*. 2002;92(5):758-68.
۶. Bentley R, Baker E, Mason K, Subramanian S, Kavanagh AM. Association between housing affordability and mental health: a longitudinal analysis of a nationally representative household survey in Australia. *American journal of epidemiology*. 2011;174(7):753-60.
۷. Zuluaga MC, Guallar-Castillón P, Conthe P, Rodríguez-Pascual C, Graciani A, León-Muñoz LM, et al. Housing conditions and mortality in older patients hospitalized for heart failure. *American heart journal*. 2011;161(5):950-5.
۸. Ormandy D. Housing and child health. *Paediatrics and child health*. 2014;24(3):115-7.
۹. Hahn RA, Truman BI, Williams DR. Civil rights as determinants of public health and racial and health equity: health care, education, employment, and housing in the United States. *SSM- ethnic population health*. 2018;4:17-24.
۱۰. ZIARI S, FARHODI R, POURAHMAD A, HATAMINEJAD H. Analysis of sustainable housing in Karaj City. *Geography and Development*. 2018;52:۵۶-۱۴۱.
۱۱. Baker E, Beer A, Lester L, Pevalin D, Whitehead C, Bentley R. Is housing a health insult? *International journal of environmental research and public health*. 2017;14(6):567.
۱۲. Chhabra M, Sorrentino AE, Cusack M, Dichter ME, Montgomery AE, True G. Screening for housing instability: providers' reflections on addressing a social determinant of health. *Journal of general internal medicine*. 2019;34(7):1213-9.
۱۳. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet*. ۱۹۹۱;۳۳۸(۸۷۷۴):۶۳-۱۰۵۹.
۱۴. Barton H, Grant M, Guise R. *Shaping neighbourhoods: a guide for health, sustainability and vitality*: Taylor & Francis; 2003.
۱۵. Edwards B. *Design guidelines for sustainable housing. Sustainable housing principles and practice*. ۲۰۰۰:۴۱-۱۲۴.
۱۶. Huchzermeyer M. Housing for the poor? Negotiated housing policy in South Africa. *Habitat International*. 2001;25(3):303-31.

۱۷. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(5):379-87
۱۸. Chan CQH, Lee KH, Low LL. A systematic review of health status, health seeking behaviour and healthcare utilisation of low socioeconomic status populations in urban Singapore. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):39
۱۹. Maliene V, Malys N. High-quality housing—A key issue in delivering sustainable communities. *Building and Environment*. 2009;44(2):426-30
۲۰. Gibson M, Petticrew M, Bambra C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health & place*. 2011;17(1):175-84
۲۱. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. The health impacts of housing improvement: a systematic review of intervention studies from 1887 to 2007. *American journal of public health*. 2009;99(S3):S681-S92
۲۲. سجادی، زیلا، تیموری، مقدم ط. تحلیلی بر پایداری کالبدی مسکن شهری با رویکرد توسعه پایدار مورد پژوهی: محله اسلام‌آباد زنجان. *جغرافیا و مطالعات محیطی*. ۲۰۱۶؛ ۵(۱۹): ۳۹-۴۸.
۲۳. Rodda DT. Rich man, poor renter: A study of the relationship between the income distribution and low-cost rental housing. 1995
۲۴. Jackson L, van Noordwijk M, Bengtsson J, Foster W, Lipper L, Pulleman M, et al. Biodiversity and agricultural sustainability: from assessment to adaptive management. *Current opinion in environmental sustainability*. 2010;2(1):7-10
۲۵. Luffman J. Measuring housing affordability: Citeseer; 2006
۲۶. Tilly C. 1 The Economic Environment of Housing: Income Inequality and Insecurity. A right to housing: Foundation for a new social agenda. 2006:269-315
۲۷. The good, the bad and the ugly. *Housing demand*. 2011;2025. Schmuecker K
۲۸. Buttimer RJ, Gu AY, Yang TT. The Chinese housing provident fund. *International Real Estate Review*. 2004;7(1):1-30
۲۹. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2018;391(10117):241-50
۳۰. M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 2014;384(9953):1529-40
۳۱. Hodgetts D, Radley A, Chamberlain K, Hodgetts A. Health inequalities and homelessness: Considering material, spatial and relational dimensions. *Journal of Health Psychology*. 2007;12(5):709-25
۳۲. Fitzpatrick S, Bramley G, Sosenko F, Blenkinsopp J, Wood J, Johnsen S, et al. *Destitution in the UK*. 2018. York: Joseph Rowntree Foundation. 2018
۳۳. اکهممآز. ارزیابی وضعیت مسکن سالم در شهرها. فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات شهری. ۱۳۹۷؛ ۲۶.