

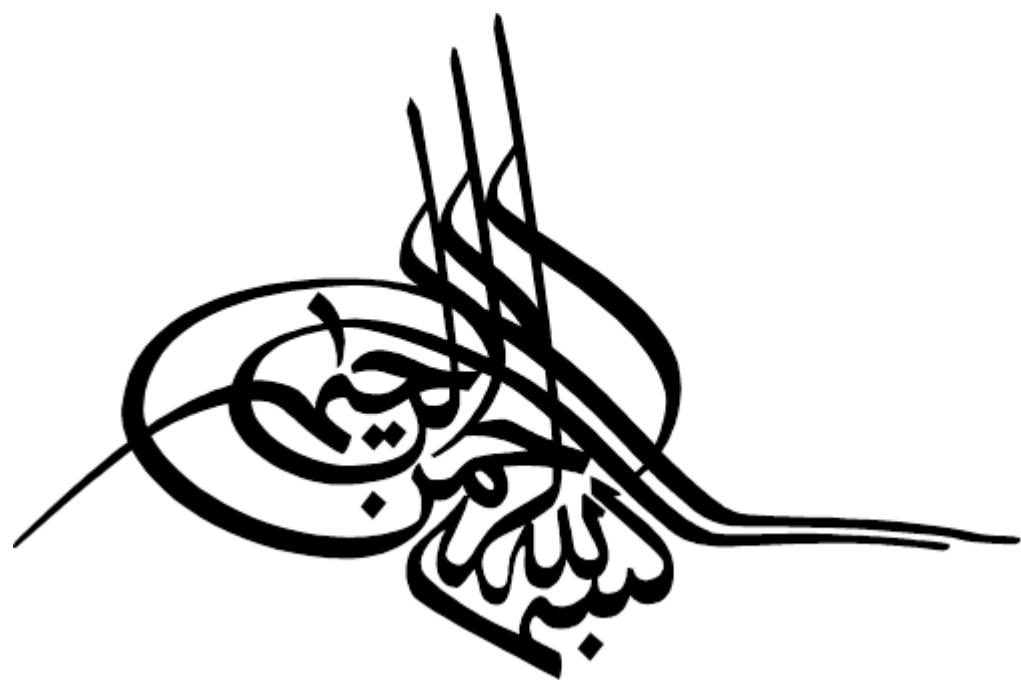
گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

ارزیابی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در ایران

مجری طرح

سهیل ریاضی

موسسه ملی تحقیقات سلامت



خلاصه اجرایی طرح

مقدمه: بیش از نیمی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی از قبیل شیوه تکامل دوران کودکی، آموزش، درآمد، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل‌ونقل عمومی، امنیت غذایی، خدمات سلامت، حمایت اجتماعی هستند. هر یک از عوامل یادشده تأثیر مهمی روی سلامت، کیفیت زندگی و مرگ‌ومیر جوامع دارد. نظام‌های سلامت در صورت عدم توجه به این عوامل در ارتقای سطح سلامت جامعه موفقیت چندانی نخواهند داشت. هدف از طرح حاضر تدوین گزارشی از وضعیت مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بررسی جایگاه ایران در میان سایر کشورها از نظر این عوامل می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه در سه مرحله به شرح زیر انجام شد: ابتدا حیطه‌های مربوط به مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و شاخص‌های هر حیطه تعیین شدند. سپس با جستجو در بانک‌های اطلاعات داده‌ای مقادیر شاخص‌های تعیین شده استخراج شد. پس از تعیین مقدار شاخص‌ها در کشور، این شاخص‌ها با دودسته از کشورها مقایسه گردید: الف - کشورهای منطقه چشم‌انداز، ب - کشورهای با درآمد متوسط و بالا (طبق تعریف بانک جهانی). در نهایت تجربیات، دستاوردها و چالش‌های کشورهای در زمینه مداخلات مؤثر بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت استخراج شدند و مداخلات مناسب در این زمینه پیشنهاد گردید.

نتایج: عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خارج از بخش سلامت و در بخش‌های مختلفی پراکنده‌اند و شواهد علمی نشان داده که دو راهبرد مداخله نظام سلامت در این مسیر جلب «همکاری بین بخشی» و «مشارکت مردم» است. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به‌عنوان بازوی فرا بخشی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ تشکیل شد و تاکنون بیش از صد مصوبه ملی داشته است اما چالش‌های متعدد موجب شده است که بخش بزرگی از این مصوبات به مرحله اجر در نیاید. با تشکیل معاونت اجتماعی و زیرمجموعه آن در وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۵ راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت مردم به شکل نظام‌مند استقرار یافته است. مهم‌تر از آغاز سیاست‌ها و برنامه‌های بین بخشی و مشارکت مردم، تداوم یافتن و پایداری آن‌ها است. مباحثی چون توسعه پایدار و محیط‌زیست می‌تواند به‌عنوان کانون نهادینه شدن همکاری بین بخشی مورد توجه قرار گیرند.

بحث و نتیجه‌گیری: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وظیفه دارد تا در حفظ و ارتقای سلامت مردم کشور گام بردارد، ممکن است به نظر برسد که این امر با مجموع فعالیت‌ها و اولویت‌های بخش درمان وزارت بهداشت، منافع بخش دارو، تجهیزات پزشکی و گروه‌های بالینی و آزمایشگاهی که به‌نوعی موجودیت آن‌ها به بیماری افراد جامعه وابسته است، تضاد داشته باشد. به همین دلیل لازم است بخش سلامت به مردم و سایر بخش‌ها و سیاست‌گذاران ارشد این اطمینان را بدهد که تعادل بین مداخلات پیشگیری و مداخلات درمانی را رعایت می‌کند. این موضوع از این نظر مهم است که در هر دولتی چنانکه خدمات پیشگیری مورد غفلت واقع شود، بارکاری دولت‌های بعدی بیشتر صرف درمان مردم شده و در عمل موضوع وقت‌گذاری و تلاش برای کاهش اثرات عوامل اجتماعی بر سلامت از طریق همکاری بین بخشی و مشارکت مردم در حاشیه قرار می‌گیرد.

مخاطبان طرح

الف) مدیران و سیاست‌گذاران سلامت در حوزه معاونت امور اجتماعی شامل:

دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

گروه هماهنگی سیاست‌های فرا بخشی

اداره توسعه پایدار

(ب) محققان شامل:

مراکز تحقیقاتی مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت

پژوهشگران حوزه اجتماعی سلامت

جامعه شناسان

برنامه برای کاربست نتایج

- ارائه در کنفرانس‌ها و سمینارهای داخلی
- ارسال خلاصه یا گزارش کامل طرح یا مقاله حاصل از آن برای استفاده‌کنندگان بالقوه آن
- قرار دادن متن کامل گزارش یا خلاصه‌ای از آن در وبسایت به منظور دسترسی استفاده‌کنندگان بالقوه به آن
- تهیه و ارسال نتایج با زبان متناسب مخاطبین (نظیر نوشته‌های ساده برای بیماران و یا مردم، گزارش‌های کوتاه برای مدیران و مسئولین)

پیام‌های اصلی

بیش از نیمی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی از قبیل شیوه تکامل دوران کودکی، آموزش، درآمد، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل‌ونقل عمومی، امنیت غذایی، خدمات سلامت، حمایت اجتماعی هستند. هر یک از عوامل یادشده تأثیر مهمی روی سلامت، کیفیت زندگی و مرگ‌ومیر جوامع دارد. نظام‌های سلامت در صورت عدم توجه به این عوامل در ارتقای سطح سلامت جامعه موفقیت چندانی نخواهند داشت.

• از آنجاکه این عوامل اجتماعی و محیطی خارج از بخش سلامت و در بخش‌های مختلفی پراکنده‌اند و شواهد علمی نشان داده که دو راهبرد مداخله نظام سلامت در این مسیر جلب «همکاری بین بخشی» و «مشارکت مردم» است.

• شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به‌عنوان بازوی فرا بخشی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ تشکیل شد و تاکنون بیش از صد مصوبه ملی داشته است اما چالش‌های متعدد موجب شده است که بخش بزرگی از این مصوبات به مرحله اجر در نیاید. با تشکیل معاونت اجتماعی و زیرمجموعه آن در وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۵ راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت مردم به شکل نظام‌مند استقرار یافته است.

• مهم‌تر از آغاز سیاست‌ها و برنامه‌های بین بخشی و مشارکت مردم، تداوم یافتن و پایداری آن‌ها است. مباحثی چون توسعه پایدار و محیط‌زیست می‌تواند به‌عنوان کانون نهادینه شدن همکاری بین بخشی مورد توجه قرار گیرند. درگیر کردن مردم در سایر کارها مانند هدف‌گذاری و پایش برنامه‌های سلامت (به‌جای آنکه صرفاً از مشارکت مردم به‌عنوان ابزار تأمین مالی و به‌عنوان شنونده یک‌طرفه پیام‌های بخش سلامت استفاده شود)، ضمن آنکه اثرات برنامه‌ها تقویت کرده و شاخص‌های مربوط به سلامت جامعه را ارتقا می‌دهد، باعث نهادینه‌سازی و پایداری بیشتر مشارکت مردم خواهد گردید.

• به نظر می‌رسد در بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مهم‌ترین عامل در کشور مسئله بیکاری می‌باشد. بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی مرکز آمار در سال ۱۳۹۵ نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر ۱۲,۴ درصد بوده است و نکته مهم‌تر و بالاتر بودن نرخ بیکاری در جوانان ۲۹,۲ درصد که بیش دو برابر نرخ بیکار در کشور می‌باشد. به صورتی که در حال حاضر حدود ۷۰ درصد از افراد بیکار در ایران جوانان هستند و بیکاری جوانان تبدیل به یکی از چالش‌های اصلی اقتصادی و اجتماعی کشور شده است. همچنین باینکه در زمینه آموزش و تحصیلات اختلاف جنسیتی واضحی بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود اما وجود تفاوت فراوان در زمینه اشتغال بین زنان و مردان (نرخ بیکاری ۱۰,۸ درصد در مردان و ۲۰,۱ درصد در زنان) نشان‌دهنده ضعف در رعایت عدالت جنسیتی در این زمینه در کشور می‌باشد.

• وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وظیفه دارد تا در حفظ و ارتقای سلامت مردم کشور گام بردارد، ممکن است به نظر برسد که این امر با مجموع فعالیت‌ها و اولویت‌های بخش درمان شامل بخش دارو، تجهیزات پزشکی و گروه‌های بالینی و آزمایشگاهی که به نوعی موجودیت آن‌ها به بیماری افراد جامعه وابسته است، تضاد داشته باشد. به همین دلیل لازم است بخش سلامت به مردم و سایر بخش‌ها و سیاست‌گذاران ارشد این اطمینان را بدهد که تعادل بین مداخلات پیشگیری و مداخلات درمانی را رعایت می‌کند. این موضوع از این نظر مهم است که در هر دولتی چنانکه خدمات پیشگیری مورد غفلت واقع شود، بارکاری دولت‌های بعدی بیشتر صرف درمان مردم شده و در عمل موضوع وقت‌گذاری و تلاش برای کاهش اثرات عوامل اجتماعی بر سلامت از طریق همکاری بین بخشی و مشارکت مردم در حاشیه قرار می‌گیرد.

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه.....	۹
فصل دوم - روش پژوهش.....	۱۱
فصل سوم - یافته‌های پژوهش.....	۱۲
فصل چهارم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات.....	۴۶
منابع	۴۸

فصل اول – مقدمه

بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی (در نظر گرفتن بعد معنوی در تعریف سلامت به عهده کشورها گذشته شده و در منطقه مدیترانه شرقی بر آن توافق وجود دارد). در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نیز به سلامت همه‌جانبه که دربرگیرنده هر چهار بعد گفته شده است، توجه شده است؛ بنابراین سلامت تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست. امروزه از انسان سالم به عنوان محور توسعه پایدار نام برده می‌شود و به همین دلیل یکی از وظایف حاکمیتی کشورها تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت جامعه است.

نشان داده شده که چهار دسته از عوامل در حفظ و ارتقای سلامت مؤثر هستند. سهم تقریبی این عوامل به صورت زیر می‌باشد: ۱. عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی (مانند سن و جنسیت) حدود ۲۲ درصد؛ ۲. ارائه خدمات بهداشت و درمان حدود ۱۱ درصد؛ ۳. عوامل رفتاری حدود ۳۶ درصد؛ ۴. عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی حدود ۳۱ درصد. البته باید به این نکته توجه داشت که عوامل رفتاری هم تا حد زیادی وابسته به محیطی اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی هستند به همین دلیل در مطالعات سهم عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی تا ۵۵ درصد نیز ذکر شده است.

نظام سلامت کشور در سه دهه گذشته در بهبود شاخص‌های مرگ مادر باردار، مرگ کودکان زیر یک سال و زیر ۵ سال دستاوردهای مهمی داشته است، اما شیوع بیماری‌های غیر واگیر، اختلالات روانی، آسیب‌های اجتماعی و بیماری‌های واگیر نوپدید ایجاب می‌کند برای بهبود شاخص‌های سلامت مردم راهبردهای جدیدتر و جدی‌تری به کار گرفته شود.

راهکارهای نظام سلامت در برخورد با هر دسته از عوامل به طور خلاصه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. عوامل مؤثر بر حفظ و ارتقای سلامت و راهکارهای نظام سلامت در برخورد با آنها

نام عامل	توضیحات	راهکار نظام سلامت
عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی (مانند سن و جنسیت)	این عوامل جزو خصوصیات ذاتی هر فرد هستند و نمی‌توان مداخلات زیاد و مؤثری را برای تغییر آنها اعمال کرد	شناسایی افراد این عوامل و از اطمینان پوشش خدمات سلامت برای افراد دارای این عوامل خطر (مانند سالمندان)
ارائه خدمات بهداشت و درمان	شاید به نظر برسد که مهم‌ترین وظیفه نظام سلامت ارائه این خدمات است.	ارائه خدمات عدالت محور و توجه به گروه‌های محروم جامعه
عوامل رفتاری	این عوامل هم تا حد زیادی وابسته به محیط (اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی) هستند	افزایش سواد سلامت - خود مراقبتی
عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی مؤثر بر سلامت	عموماً به شش دسته تقسیم می‌شوند: تکامل دوران کودکی، آموزش، درآمد، اشتغال، مسکن، پیشگیری با تکیه بر عوامل اجتماعی	مشخص است که این عوامل خارج از بخش سلامت در بخش‌های مختلفی پراکنده‌اند. دو بازوی مداخله وزارت بهداشت و دانشگاه‌های تابعه به عنوان نظام سلامت در این مسیر «همکاری بین بخشی» و «مشارکت مردم» است.

بیش از سه دهه تحقیق در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت نشان داده است که عوامل اجتماعی چون شیوه تکامل دوران کودکی، آموزش، درآمد، اشتغال، مسکن، تفریحات، حمل و نقل عمومی، کشاورزی، حمایت اجتماعی اثرات شناخته شده‌ای بر سلامت مردم دارد و هر یک از عوامل یادشده تأثیر مهمی روی سلامت و مرگ و میر جوامع دارد و نظام‌های سلامت در صورت عدم توجه به این عوامل در ارتقای سطح سلامت جامعه موفقیت چندان نخواهند داشت. به همین دلیل سرمایه‌گذاری در این‌گونه خدمات، بهبود شاخص‌های سلامتی جامعه را به دنبال خواهد داشت. از آنجاکه تاکنون گزارش مدونی از وضعیت شاخص‌های مربوط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در کشور تدوین نشده است. هدف از طرح حاضر تدوین گزارشی از وضعیت مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بررسی جایگاه ایران در میان سایر کشورها از نظر این عوامل می‌باشد. انتظار می‌رود با عملیاتی شدن نتایج این طرح:

۱. منبع مستندی در زمینه شاخص‌های مربوط به مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت برای ارجاع در دسترس باشد.
 ۲. نقاط تمرکز برای اجرای مداخلات مشخص گردد.
 ۳. نمایی از وضعیت فعلی کشور (به‌عنوان وضعیت پایه) جهت ارزشیابی مداخلات بعدی تهیه گردد.
- تا در نهایت با اجرای مداخلات مناسب شاخص‌های سلامت کشور به‌طور عادلانه مطابق با اهداف توسعه کشور ارتقاء پیدا کند.

فصل دوم – روش پژوهش

این مطالعه در سه مرحله به شرح زیر انجام شد:

۱ – تعیین حیطه‌های مربوط به مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و شاخص‌های هر حیطه

پس از تشکیل تیم پروژه ابتدا با بررسی متون با تأکید بر مقالات و کتاب‌های منتشرشده و سایت اینترنتی سازمان جهانی بهداشت حیطه‌های مربوط و شاخص‌های هر حیطه تعیین شد. در انتخاب حیطه‌ها تکیه بر موارد مورد تأکید توسط سازمان جهانی بهداشت بودند.

۲ – تعیین مقدار هر کدام از شاخص‌ها در کشور و سایر کشورها

در این مرحله با جستجو در بانک‌های اطلاعاتی کشور داده‌ای مقادیر شاخص‌های تعیین‌شده استخراج خواهند شد. اولویت استفاده از منابع به شرح زیر در نظر گرفته شده بودند:

۱. آمار رسمی منتشرشده توسط مرکز آمار ایران و سایر سازمان‌ها

۲. آمار غیررسمی شامل مصاحبه‌ها

۳. در مواردی که آمار رسمی و یا غیررسمی وجود ندارد، استفاده از نظر خبرگان به عنوان ملاک در نظر گرفته شد. که در عمل نیازی به استفاده از مورد سوم نشد.

پس از تعیین مقدار شاخص‌ها در کشور، این شاخص‌ها با دو دسته از کشورها مقایسه شدند: الف – کشورهای منطقه چشم‌انداز، ب – کشورهای با درآمد متوسط و بالا (طبق تعریف بانک جهانی) شامل کشور جمهوری اسلامی ایران. تا این قسمت از نتایج در قالب کتاب دیده‌بانی سلامت در جمهوری اسلامی ایران به چاپ رسیده است.

۳ – بررسی تجربیات، دستاوردها و چالش‌ها

در این مرحله مستند تهیه‌شده بر اساس نتایج مرحله قبل در اختیار سیاست‌گذاران بخش سلامت شامل قائم‌مقام وزیر بهداشت و چهار نفر از روسای ادارات و کارشناسان در معاونت امور اجتماعی به عنوان بازوی مداخله وزارت بهداشت در زمینه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت قرار گرفت. سپس با توجه به نظرات آنان دستاوردها، چالش‌ها و پیشنهاد اقدامات مناسب جهت ارتقاء وضعیت کشور در زمینه حیطه‌ها استخراج گردید. انتخاب این افراد به صورت نمونه‌گیری هدفمند (purposeful) بود.

فصل سوم – یافته‌های پژوهش

الف) شواهد مربوط به اثرات عوامل عمده اجتماعی مؤثر بر سلامت و وضعیت شاخص‌های آن‌ها شواهد مربوط به اثرات هشت عامل عمده اجتماعی مؤثر بر سلامت و وضعیت شاخص‌های مربوط به این عوامل در کشور در مقایسه با کشورهای منطقه چشم‌انداز و کشورهای با درآمد متوسط و بالا (طبق تعریف بانک جهانی) شامل کشور جمهوری اسلامی ایران:

۱. تکامل ابتدای کودکی

سال‌های ابتدای کودکی مهم‌ترین سال‌های حیات است و تجربیات این سال‌ها زیربنای زندگی فرد خواهد بود. اثرات آنچه در طول نخستین ماه‌ها و سال‌های زندگی کودک و حتی در دوره قبل از تولد روی می‌دهد، می‌تواند در تمام طول عمر ادامه یابد. لذا اگر به نیازها و حیطه‌های تکاملی کودکان در طی این دوران پاسخ مناسبی داده شود، آن‌ها سالم‌تر بوده، از قدرت تفکر و تعقل بیشتری برخوردار می‌گردند و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی، بهتری خواهند داشت. تکامل ابتدای کودکی شامل حیطه‌های مختلفی از قبیل شناختی، تکلمی، احساسی، اجتماعی، جسمی، روانی و معنوی می‌باشد که همگی بر روی سلامت فرد در طول دوران عمر وی تأثیرگذار می‌باشد. از مشکلات مهم حیطه تکامل ابتدای کودکی در کشور کم بودن تعداد مهدکودک‌ها و پوشش ناکافی آن‌هاست به طوری که در حال حاضر برای حدود ۸۰٪ جمعیت کودکان ۲ تا ۵ سال در کشور مهدکودک وجود ندارد.

جدول ۱. وضعیت شاخص‌های حیطه تکامل ابتدای کودکی مرتبط با سلامت^۱

سال	۱۳۹۵
تعداد کل مهدکودک‌های دارای مجوز در کشور	۱۷۰۰۰
تعداد روستا مهدها در کشور	۷۵۰۰
مهدکودک‌ها در حاشیه شهر در کشور	۱۲۰۰
پوشش مهدکودک (در جمعیت ۲ تا ۵ سال کشور)	حدود ۲۰٪، یعنی برای ۸۰٪ جمعیت کودکان ۲ تا ۵ سال در کشور مهدکودک وجود ندارد
تعداد مربیان بهداشتی مدارس در کشور	حدود ۶۰۰۰ نفر با احتساب اینکه باید به ازای هر ۷۵۰ دانش‌آموز، یک مربی بهداشت، کمبود حدود ۵۰۰۰ مربی بهداشت وجود دارد

^۱ منبع: سازمان بهزیستی کشور

۲. آموزش

میان آموزش و سلامت، ارتباط شناخته‌شده‌ای وجود دارد. این ارتباط در مورد دامنه‌های وسیع از شاخص‌های سلامتی مشاهده شده است. به‌عنوان مثال افرادی که دارای سطوح بالاتر تحصیلی هستند به نسبت آنانی که کمتر آموزش دیده‌اند کمتر دچار مرگ زودرس می‌شوند، میزان ابتلای آنان به بیماری‌های حاد و مزمن کمتر است. عملکردهای و روانی نیز در آنانی که بیشتر تحصیل می‌کنند بهتر است و این افراد کمتر اظهار می‌کنند که سلامت نامطلوبی دارند یا مبتلا به اضطراب یا افسردگی هستند. اینان همچنین ایام کمتری را به سبب بیماری در بستر می‌گذرانند یا غیبت از محل کار دارند. افراد دارای تحصیلات در صورتی که به سرطان مبتلا شوند به مدت طولانی‌تری عمر می‌کنند.

قدرت ارتباط میان آموزش و سلامت در بیماری‌های گوناگون متفاوت ولی در هر صورت این ارتباط بسیار زیاد است. نشان داده شده که به‌طور متوسط هر چهار سال تحصیل بیشتر، خطر بیماری قلبی را ۲/۱۶٪ و خطر دیابت را ۱/۳٪ کاهش می‌دهد و اظهار سلامت متوسط یا نامطلوب توسط فرد را تا ۶٪ و روزهای غیبت از محل کار به دلیل بیماری را به میزان ۲/۳ روز در سال کمتر خواهد کرد. وضعیت عوامل خطر بیماری‌ها نیز به‌طور کلی در افرادی که بیشتر تحصیل کرده‌اند، بهتر است. به ازای هر چهار سال تحصیل بیشتر، ۱۱٪ از شیوع مصرف دخانیات، ۷ روز از مصرف نوشیدنی الکلی (با الگوی ≤ 5 نوشیدنی در روز) در سال، ۵٪ از شیوع چاقی و ۰/۶٪ از شیوع مصرف مواد مخدر کاسته می‌شود. این تأثیرات با جنس و نژاد افراد تغییر زیادی نمی‌کند.

به همین دلیل یکی از نقاط تمرکز مهم برای بهبود شاخص‌های سلامت در جامعه، گروه‌های محروم از آموزش شامل افراد بازمانده از تحصیل و ترک تحصیل کرده می‌باشد. نظام آموزشی کشور در افزایش میزان باسوادی و پوشش مناسب تحصیلی و همچنین برقراری عدالت جنسیتی در تحصیلات دستاوردهای بزرگی به دست آورده است؛ اما هنوز کاستی‌هایی در این زمینه به چشم می‌خورد به‌عنوان مثال همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میزان پوشش تحصیلی به تدریج از دوره ابتدایی از ۹۸٫۲ درصد به ۸۵ درصد در دوره متوسطه اول و ۷۸ درصد در دوره متوسطه دوم کاهش می‌یابد که نشان‌دهنده افزایش میزان ترک تحصیل می‌باشد.

جدول ۲. وضعیت شاخص‌های حیطة پوشش آموزش^۱

سال	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
پوشش نوآموزان در دوره پیش از دبستان (درصد)	۵۲	۵۴	۶۲
پوشش تحصیلی دوره ابتدایی (درصد)	۹۸	۹۸	۹۸٫۲
پوشش تحصیلی دوره متوسطه اول (درصد)	۸۳	۸۳	۸۵
پوشش تحصیلی دوره متوسطه دوم (درصد)	۷۶	۷۶	۷۸
میزان باسوادی جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر (درصد)	۸۸٫۶	۸۸٫۶	۹۴٫۷
تعداد دانشجویان دولتی (نفر)	۲۷۰۳۹۵۴	۲۶۴۴۰۰۰	۲۵۸۶۰۰۰
تعداد دانشجویان غیردولتی (نفر)	۲۰۹۸۷۶۷	۲۰۷۰۰۰۰	۲۰۴۲۰۰۰

^۱ منبع وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم تحقیقات و فناوری

سال	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
سهام دانشجویان دولتی (درصد)	۵۶,۳	۵۶,۱	۵۵,۹
کودکان بازماندگان تحصیلی شناسایی شده			۱۳۶۰۰۰

جدول ۳. میزان باسوادی جمعیت ۶ ساله و بیشتر (درصد)^۱

سال	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
مرد	۲۲,۴	۴۰,۱	۸۵,۹	۷۱	۸۰,۶	۸۴,۷	۸۸,۷	۸۸,۴
زن	۸	۱۷,۹	۳۵,۵	۵۲,۱	۶۷,۱	۷۴,۲	۸۰,۳	۸۱,۱
جمع	۱۵,۱	۲۹,۴	۴۷,۵	۶۱,۸	۷۴,۱	۷۹,۵	۸۴,۶	۸۴,۷

جدول ۴. نسبت (درصد) باسوادی کشورهای منطقه چشم‌انداز در سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴)^۲

کشور	نرخ باسوادی (همه)	نرخ باسوادی مردان	نرخ باسوادی زنان	تفاوت جنسیتی
ارمنستان	۹۹,۸	۹۹,۸	۹۹,۷	۰,۱
آذربایجان	۹۹,۸	۹۹,۹	۹۹,۷	۰,۱
تاجیکستان	۹۹,۸	۹۹,۸	۹۹,۷	۰,۱
قزاقستان	۹۹,۸	۹۹,۸	۹۹,۸	۰,۰
گرجستان	۹۹,۸	۹۹,۸	۹۹,۷	۰,۱
ترکمنستان	۹۹,۷	۹۹,۸	۹۹,۶	۰,۱
ازبکستان	۹۹,۶	۹۹,۷	۹۹,۵	۰,۳
قرقیزستان	۹۹,۵	۹۹,۶	۹۹,۴	۰,۲
قطر	۹۷,۸	۹۷,۹	۹۷,۳	۰,۶
اردن	۹۶,۷	۹۸,۱	۹۵,۲	۳,۰
کویت	۹۶,۲	۹۶,۹	۹۵,۰	۱,۹
بحرین	۹۵,۷	۹۶,۹	۹۳,۵	۳,۵
عمان	۹۴,۸	۹۶,۹	۹۰,۰	۶,۹
عربستان سعودی	۹۴,۷	۹۷,۰	۹۱,۱	۵,۹
لبنان	۹۳,۹	۹۶,۰	۹۱,۸	۴,۱
امارات متحده عربی	۹۳,۸	۹۳,۱	۹۵,۸	۲,۶-

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران^۲ منبع: یونسکو. Adult literacy rate, population ۱۵+ years (both sexes, female, male)". UIS Data Centre. UNESCO. August ۲۰۱۵.

منبع داده‌های کشور ایران: مرکز آمار ایران، سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵

کشور	نرخ باسوادی (همه)	نرخ باسوادی مردان	نرخ باسوادی زنان	تفاوت جنسیتی
ایران	۸۷,۶	۹۱,۲	۸۲,۵	۸,۷
سوریه	۸۶,۴	۹۱,۷	۸۱,۰	۱۰,۷
عراق	۷۹,۷	۸۵,۷	۷۳,۷	۱۱,۹
مصر	۷۵,۲	۸۳,۲	۶۷,۳	۱۶,۰
یمن	۷۰,۱	۸۵,۱	۵۵,۰	۳۰,۱
پاکستان	۵۶,۴	۶۹,۶	۴۲,۷	۲۶,۹
افغانستان	۳۸,۲	۵۲,۰	۲۴,۲	۲۷,۸

جدول ۵. میزان باسوادی کشورهای با درآمد متوسط و بالا در سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴)^۱

کشور	نرخ باسوادی (همه)	نرخ باسوادی مردان	نرخ باسوادی زنان	تفاوت جنسیتی
آذربایجان	۹۹,۸	۹۹,۹	۹۹,۷	۰,۱
قزاقستان	۹۹,۸	۹۹,۸	۹۹,۸	۰,۰
بلاروس	۹۹,۷	۹۹,۸	۹۹,۷	۰,۱
ترکمنستان	۹۹,۷	۹۹,۸	۹۹,۶	۰,۱
روسیه	۹۹,۷	۹۹,۷	۹۹,۷	۰,۰
کوبا	۹۹,۷	۹۹,۷	۹۹,۸	۰,۱-
تونگا	۹۹,۴	۹۹,۳	۹۹,۴	۰,۱-
کرواسی	۹۹,۳	۹۹,۷	۹۸,۹	۰,۷
مالدیو	۹۹,۳	۹۹,۸	۹۸,۸	۰,۹
رومانی	۹۸,۸	۹۹,۱	۹۸,۵	۰,۶
مونتنگرو	۹۸,۷	۹۹,۵	۹۸,۰	۱,۴
بلغارستان	۹۸,۴	۹۸,۷	۹۸,۱	۰,۷
آرژانتین	۹۸,۱	۹۸,۰	۹۸,۱	۰,۱-
صربستان	۹۸,۱	۹۹,۱	۹۷,۲	۱,۹
کاستاریکا	۹۷,۸	۹۷,۷	۹۷,۸	۰,۱-
مقدونیه	۹۷,۸	۹۸,۸	۹۶,۸	۲,۰
آلبانی	۹۷,۶	۹۸,۴	۹۶,۸	۱,۶
تایلند	۹۶,۷	۹۶,۶	۹۶,۷	۰,۱-
چین	۹۶,۴	۹۸,۲	۹۴,۵	۳,۷

^۱ منبع: یونسکو. Adult literacy rate, population ۱۵+ years (both sexes, female, male)". UIS Data Centre. UNESCO. August ۲۰۱۵.

منبع داده‌های کشور ایران: مرکز آمار ایران، سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۹۵

کشور	نرخ باسوادی (همه)	نرخ باسوادی مردان	نرخ باسوادی زنان	تفاوت جنسیتی
پاراگوئه	۹۵,۶	۹۶,۱	۹۵,۰	۱,۱
سورینام	۹۵,۶	۹۶,۱	۹۵,۰	۱,۱
ونزوئلا	۹۵,۴	۹۵,۰	۹۵,۷	۰,۷-
گینه استوایی	۹۵,۳	۹۷,۴	۹۳,۰	۴,۴
کلمبیا	۹۴,۷	۹۴,۶	۹۴,۸	۰,۲-
مالزی	۹۴,۶	۹۶,۲	۹۳,۲	۳,۰
اکوادور	۹۴,۵	۹۵,۴	۹۳,۵	۱,۸
پرو	۹۴,۵	۹۷,۳	۹۱,۷	۵,۶
مکزیک	۹۴,۴	۹۵,۶	۹۳,۳	۲,۲
آفریقای جنوبی	۹۴,۳	۹۵,۵	۹۳,۱	۲,۴
لبنان	۹۳,۹	۹۶,۰	۹۱,۸	۴,۱
برزیل	۹۲,۶	۹۲,۲	۹۲,۹	۰,۷-
جمهوری دومینیکن	۹۱,۸	۹۱,۲	۹۲,۳	۱,۱-
موریس	۹۰,۶	۹۲,۹	۸۸,۵	۴,۴
جامائیکا	۸۸,۷	۸۴,۰	۹۳,۱	۹,۱-
بوتسوانا	۸۸,۵	۸۸,۰	۸۸,۹	۰,۹-
ایران	۸۶,۸	۹۱,۲	۸۲,۵	۸,۷
گابن	۸۳,۲	۸۵,۳	۸۱,۰	۴,۳
بلیز	۸۲,۷	۸۲,۳	۸۳,۰	۰,۷-
نامیبیا	۸۱,۹	۷۹,۲	۸۴,۵	۵,۳-
الجزایر	۸۰,۲	۸۷,۲	۷۳,۱	۱۴,۰
عراق	۷۹,۷	۸۵,۷	۷۳,۷	۱۱,۹
ساموآ	۰,۹۹	۹۸,۹	۹۹,۱	۰,۲-
بوسنی و هرزگوین	۹۸,۵۰٪	۹۹,۵۰٪	۹۷,۵۰٪	۲,۱۰٪
پاناما	۰,۹۵	۹۵,۷	۹۴,۴	۱,۲
ترکیه	۰,۹۵	۹۸,۴	۹۱,۸	۶,۶
لیبی	۰,۹۱	۹۶,۷	۸۵,۶	۱۱,۱
تووالو				
جزایر مارشال				
ساموآی آمریکا				
سنت لوسیا				
سنت وینسنت و گرنادین ها				
فیجی				

کشور	نرخ باسوادی (همه)	نرخ باسوادی مردان	نرخ باسوادی زنان	تفاوت جنسیتی
گرانادا				
گویان				

جدول ۶. نسبت دختران به پسران در مقاطع تحصیلی^۱

سال	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی	۰,۹۳	۰,۹۳	۰,۹۴	۰,۹۴	۰,۹۴	۰,۹۴	۰,۹۴	۰,۹۴	۱,۰۰	۰,۹۹
نسبت دختران به پسران در تحصیلات متوسطه	۰,۹۶	۱,۰۲	۱,۰۰	۰,۹۷	۰,۹۸	۰,۹۶	۰,۹۴	۰,۸۹	۰,۹۳	۰,۹۵
نسبت دختران به پسران در تحصیلات عالی	۱,۰۶	۱,۱۰	۱,۱۲	۱,۰۴	۰,۹۷	۰,۹۶	۰,۹۷	۰,۹۲	۰,۸۸	۰,۸۴

۳. اشتغال

اشتغال یکی از مؤلفه‌های اجتماعی مهم مؤثر بر سلامت می‌باشد. نشان داده شده که داشتن شغل به خودی خود باعث افزایش سلامتی فرد می‌شود و در مطالعات مختلف نقش بیکاری به عنوان یکی از فاکتور خطر مهم برای انواع اختلالات جسمی، روانی و آسیب‌های اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته است؛ که کار و اشتغال مناسب می‌تواند امنیت مالی، موقعیت اجتماعی، تکامل فردی، روابط اجتماعی و عزت نفس و حفاظت در برابر مخاطرات فیزیکی و روانی اجتماعی که هر یک برای سلامت مهم هستند را تأمین نمایند. به همین دلیل بیکاری هم به دلایل مشکلات روانی که برای فرد ایجاد می‌شود و هم به دلیل مشکلات مالی، افراد را در معرض مشکلات متعدد سلامتی قرار می‌دهد. امنیت شغلی منجر به سلامتی و احساس رضایت در فرد می‌شود و در جوامعی که میزان بیکاری افراد زیاد باشد بیماری و مرگ زودرس نیز افزایش می‌یابد؛ این امر در خانواده افراد بیکار نیز اثبات شده است.

شرایط محیط کاری نیز بر سلامت تأثیر دارد و شرایط کاری نامناسب می‌تواند به اندازه بیکاری و از دست دادن کار بر روی سلامت اثر منفی داشته باشد. استرس‌های شغلی در محیط کار با افزایش ۵۰ درصدی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی همراهی دارد. برخی مطالعات صورت گرفته در محل کار افراد در اروپا نشان داده‌اند کارکنانی که فرصت مناسبی برای بروز دادن مهارت‌های خود در محیط کار را ندارند یا قدرت تصمیم‌گیری آنان اندک است سلامتی‌شان در معرض خطر قرار می‌گیرد. محدود بودن قدرت تصمیم‌گیری در محیط کار باعث افزایش کمردرد، بیماری‌های قلبی و عروقی و غیبت از محل کار به دلیل بیماری می‌شود. این مسئله خصوصاً در مواردی که محدود بودن قدرت تصمیم‌گیری با توقع زیاد از حد کارفرما همراه باشد، تبعات ناگواری می‌یابد. دریافت مزد ناکافی به نسبت تلاش فرد نیز منجر به افزایش بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شود. توقعات بالای

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

شغلی، کنترل پایین و عدم تعادل بین پاداش و تلاش عوامل خطر برای مشکلات سلامت جسمی و روانی می‌باشند.

همان‌طور که در جداول ۷ و ۸ ملاحظه می‌شود، بر اساس آخرین آمار اعلام‌شده از سوی مرکز آمار در سال ۱۳۹۵ نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر ۱۲,۴ درصد بوده است و نکته مهم‌تر اختلاف جنسیتی در نرخ بیکاری به صورت نرخ بیکاری ۱۰,۸ درصد در مردان و ۲۰,۱ درصد در زنان و بالاتر بودن نرخ بیکاری در جوانان ۲۹,۲ درصد که بیش از دو برابر نرخ بیکار در کشور می‌باشد. به صورتی که در حال حاضر حدود ۷۰ درصد از افراد بیکار در ایران جوانان هستند و بیکاری جوانان تبدیل به یکی از چالش‌های اصلی اقتصادی و اجتماعی کشور شده است. بالاترین نرخ بیکاری جوانان در میان فارغ‌التحصیلان دانشگاه با ۳۷ درصد (۲۹ درصد در مردان و ۴۸ درصد در زنان) است. همچنین نرخ مشارکت اقتصادی مردان جوان نزدیک به پنج برابر زنان جوان می‌باشد.

جدول ۷. جدول نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر برحسب مناطق شهری و روستایی (۱۳۷۶-۱۳۹۵)^۱

سال	کل	شهری	روستایی
۱۳۷۶	۱۳,۱	۱۲,۷	۱۳,۶
۱۳۷۷	۱۲,۵	۱۳,۱	۱۱,۷
۱۳۷۸	۱۳,۵	۱۴,۰	۱۳,۰
۱۳۷۹	۱۴,۳	۱۴,۹	۱۳,۴
۱۳۸۰	۱۴,۲	۱۴,۸	۱۳,۵
۱۳۸۱	۱۲,۸	۱۴,۳	۱۰,۹
۱۳۸۲	۱۱,۸	۱۲,۸	۱۰,۰
۱۳۸۳	۱۰,۳	۱۲,۳	۶,۸
۱۳۸۴	۱۱,۵	۱۳,۸	۷,۱
۱۳۸۵	۱۱,۳	۱۳,۴	۷,۱
۱۳۸۶	۱۰,۵	۱۲,۵	۶,۶
۱۳۸۷	۱۰,۴	۱۲,۰	۷,۲
۱۳۸۸	۱۱,۹	۱۳,۵	۸,۳
۱۳۸۹	۱۳,۵	۱۵,۳	۹,۱
۱۳۹۰	۱۲,۳	۱۳,۷	۸,۹
۱۳۹۱	۱۲,۱	۱۳,۸	۸,۲
۱۳۹۲	۱۰,۴	۱۱,۸	۷,۰
۱۳۹۳	۱۰,۶	۱۱,۶	۷,۹
۱۳۹۴	۱۱,۰	۱۲,۲	۸,۱
۱۳۹۵	۱۲,۴	۱۳,۷	۸,۹

^۱ منبع: مرکز آمار ایران، نتایج طرح آمارگیری از ویژگی‌های اشتغال و بیکاری (۱۳۷۶-۱۳۸۳) و طرح آمارگیری نیروی کار (۱۳۹۵-۱۳۸۴).

جدول ۸. نرخ بیکاری جوانان ۲۴-۱۵ ساله برحسب مناطق شهری و روستایی (۱۳۷۶-۱۳۹۵)^۱

سال	کل	شهری	روستایی
۱۳۷۶	۳۰,۲	۳۱,۵	۲۸,۹
۱۳۷۷	۲۸,۹	۳۲,۵	۲۵,۷
۱۳۷۸	۳۱,۰	۳۴,۲	۲۸,۰
۱۳۷۹	۳۲,۳	۳۶,۱	۲۸,۷
۱۳۸۰	۳۳,۶	۳۷,۳	۲۹,۸
۱۳۸۱	۲۸,۲	۳۳,۷	۲۲,۷
۱۳۸۲	۲۶,۵	۳۰,۱	۲۱,۵
۱۳۸۳	۲۴,۰	۳۰,۵	۱۴,۴
۱۳۸۴	۲۳,۳	۲۹,۴	۱۳,۶
۱۳۸۵	۲۳,۵	۲۹,۲	۱۴,۰
۱۳۸۶	۲۲,۳	۲۷,۶	۱۳,۳
۱۳۸۷	۲۳,۰	۲۷,۴	۱۵,۳
۱۳۸۸	۲۴,۷	۲۹,۴	۱۶,۴
۱۳۸۹	۲۸,۷	۳۴,۰	۱۸,۴
۱۳۹۰	۲۶,۵	۳۰,۰	۱۹,۸
۱۳۹۱	۲۶,۸	۳۱,۴	۱۸,۴
۱۳۹۲	۲۴,۰	۲۸,۲	۱۶,۱
۱۳۹۳	۲۵,۲	۲۸,۵	۱۸,۸
۱۳۹۴	۲۶,۱	۲۹,۳	۲۰,۰
۱۳۹۵	۲۹,۲	۳۲,۳	۲۲,۵

^۱ منبع: مرکز آمار ایران، نتایج طرح آمارگیری از ویژگی‌های اشتغال و بیکاری (۱۳۷۶-۱۳۸۳) و طرح آمارگیری نیروی کار (۱۳۸۴-۱۳۹۵)

جدول ۹. نرخ بیکاری در کشورهای منطقه چشم‌انداز^۱

کشور	نرخ بیکاری (درصد)	تاریخ اطلاعات
قطر	۰,۴	۱۳۹۴
تاجیکستان	۲,۴	۱۳۹۴
کویت	۳	۱۳۹۵
ترکمنستان	۳,۵	۱۳۹۲
بحرین	۴,۱	۱۳۹۳
رژیم صهیونیستی	۴,۳	۱۳۹۶
امارات متحده عربی	۴,۳	۱۳۸۹
قزاقستان	۶,۱	۱۳۸۹
آذربایجان	۶,۴	۱۳۹۵
پاکستان	۶,۷	۱۳۹۵
ازبکستان	۸	۱۳۸۷
قرقیزستان	۸	۱۳۹۲
مصر	۸,۱	۱۳۹۲
لبنان	۱۰	۱۳۸۸
اردن	۱۱,۱	۱۳۹۳
عربستان سعودی	۱۱,۵	۱۳۹۴
ترکیه	۱۱,۸	۱۳۹۵
گرجستان	۱۲	۱۳۹۴
ایران	۱۲,۴	۱۳۹۵
عراق	۱۶	۱۳۹۱
ارمنستان	۱۸,۵	۱۳۹۴
افغانستان	۳۵	۱۳۸۷
یمن	۳۵	۱۳۸۸
سوریه	۴۰	۱۳۹۳

^۱ منبع: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_unemployment_rate

منبع داده‌های کشور ایران: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران تابستان ۱۳۹۴

جدول ۱۰. نرخ بیکاری در کشورهای با درآمد متوسط و بالا^۱

کشور	نرخ بیکاری (درصد)	تاریخ اطلاعات
بلاروس	۰,۷	۱۳۹۳
تایلند	۰,۹	۱۳۹۳
کوبا	۳,۳	۱۳۹۳
ترکمنستان	۳,۵	۱۳۹۲
مالزی	۳,۵	۱۳۹۶
مکزیک	۳,۷	۱۳۹۵
چین	۴,۱	۱۳۹۴
پاناما	۴,۵	۱۳۹۴
اکوادور	۵,۵	۱۳۹۵
روسیه	۶	۱۳۹۵
پرو	۶,۱	۱۳۹۴
قزاقستان	۶,۱	۱۳۸۹
پاراگوئه	۶,۲	۱۳۹۵
آذربایجان	۶,۴	۱۳۹۵
رومانی	۶,۴	۱۳۹۵
تونگا	۶,۵	۱۳۹۰
بلغارستان	۷,۷	۱۳۹۵
موریس	۷,۸	۱۳۹۵
فیجی	۸,۶	۱۳۸۶
سورینام	۸,۹	۱۳۹۳
کلمبیا	۸,۹	۱۳۹۴
گویان	۹	۱۳۸۱
آرژانتین	۹,۳	۱۳۹۵
کاستاریکا	۹,۷	۱۳۹۳
لبنان	۱۰	۱۳۸۱
الجزایر	۱۱,۲	۱۳۹۴
ترکیه	۱۱,۸	۱۳۹۵
ایران	۱۲,۴	۱۳۹۵
بلیز	۱۲,۹	۱۳۹۳
صربستان	۱۳	۱۳۹۵
لیبی	۱۳	۱۳۸۴

^۱ منبع: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_unemployment_rate

منبع داده‌های کشور ایران: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران تابستان ۱۳۹۴

کشور	نرخ بیکاری (درصد)	تاریخ اطلاعات
برزیل	۱۳,۷	۱۳۹۶
جامائیکا	۱۳,۸	۱۳۹۵
آلبانی	۱۴,۲	۱۳۹۵
جمهـوری دومینیکن	۱۴,۴	۱۳۸۹
کرواسی	۱۴,۴	۱۳۹۶
سنت لوسیا	۱۵,۷	۱۳۸۵
عراق	۱۶	۱۳۹۱
سنت وینسنت و گرنادین‌ها	۱۸	۱۳۸۸
ونزوئلا	۱۸,۱	۱۳۹۵
مونتنگرو	۱۸,۳	۱۳۹۵
بوتسوانا	۲۰	۱۳۹۲
گابن	۲۱	۱۳۸۵
گینه استوایی	۲۲,۳	۱۳۸۸
مقدونیه	۲۲,۹	۱۳۹۶
دومینیکا	۲۳	۱۳۷۹
نائورو	۲۳	۱۳۹۰
گرنادا	۲۴,۵	۱۳۸۸
بوسنی و هرزگوین	۲۵,۴	۱۳۹۵
آفریقای جنوبی	۲۶,۵	۱۳۹۵
نامیبیا	۲۸,۱	۱۳۹۳
جزایر مارشال	۳۶	۱۳۸۵
ساموای آمریکا (آمریکا)	۴۹,۹	۱۳۹۰
تووالو		
مالدیو		

جدول ۱۱. وضعیت شاخص‌های حیطه فقر^۱

سال	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
نسبت جمعیت با درآمد کمتر از یک دلار در روز (درصد)			۰,۱۶	۰,۵۶	۰,۳۵	۰,۱۷	۰,۰۷	۰,۰۳	۰,۰۱	۰,۰۵
نسبت جمعیت با درآمد کمتر از دو دلار در روز (درصد)	۳,۱۰	۱,۷۰		۱,۵۱			۰,۳۷۵	۰,۰۹۳	۰,۱۲۳	۰,۱۳

۴. مسکن

تأثیر مسکن و محل زندگی افراد بر روی سلامت را می‌توان در سه گروه تقسیم کرد: الف- راحت بودن در منزل از قبیل دمای (حداکثر و حداقل) درون خانه، رطوبت، رشد قارچ‌ها و بهداشت منزل، ب- ایمنی منزل شامل ایمنی درون خانه و حوادثی که در آن اتفاق می‌افتد، از قبیل حوادث و یا جرم و جنایت در درون خانه یا ترس از وقوع آن، ج- از همه مهم‌تر بهره‌مندی و اقتصاد شامل داشتن مسکن و سهم هزینه مسکن در سبد خانوار. یکی از چالش‌های مهم کشور در سال‌های اخیر افزایش میزان حاشیه‌نشینی در کشور می‌باشد باینکه آمار رسمی از جمعیت ساکن حاشیه شهرها و بافت‌های فرسوده در کشور وجود ندارد اما بر اساس آمار غیررسمی روند حاشیه‌نشینی رو به افزایش می‌باشد و هم‌اکنون حدود ۱۱ میلیون نفر در حاشیه شهرها ساکن هستند و ۹ میلیون نفر نیز ساکن بافت‌های فرسوده می‌باشند.

جدول ۱۲. روند میزان هزینه خانوار برای مسکن^۲

سال	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
درصد هزینه خانوار برای مسکن در سال	۳۰,۶	۳۲,۹	۳۴,۱	۳۳,۴	۳۵

جدول ۱۳. درصد افراد صاحب‌خانه^۳

سال	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
شهری	۶۲,۲	۵۶,۶	۵۴,۶
روستایی	۸۲	۷۹,۳	۷۹,۴
کل	۶۷,۹	۶۲,۷	۶۰,۶

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

^۳ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

جدول ۱۴. جمعیت حاشیه‌نشین و ساکن در بافت فرسوده^۱

سال	۱۳۷۰	۱۳۸۸	۱۳۹۵
جمعیت حاشیه‌نشین	۵,۳ میلیون نفر	۸ میلیون نفر	۱۱ میلیون نفر
جمعیت ساکن بافت فرسوده			۹ میلیون نفر

۵. امنیت غذایی

نقش مهم تغذیه بر سلامتی بر کسی پوشیده نیست. بنا بر تعریف سازمان ملل، امنیت غذایی عبارت است از «دسترسی همه مردم به غذای کافی در تمام اوقات برای داشتن یک جسم سالم». طبق این تعریف موجود بودن غذا، دسترسی به غذا و پایداری در دریافت غذا سه عنصر اصلی امنیت غذایی می‌باشند. اگرچه سوءتغذیه ناشی از ناامنی غذایی یکی از دلایل عمده بیماری و مرگ در سراسر جهان می‌باشد ولی مشکل اصلی امروزه عدم وجود تعادل در رژیم غذایی روزانه افراد است. پرخوری، رژیم غذایی نامناسب و عدم تحرک ناشی از زندگی مدرن، اضافه‌وزن و چاقی را به یک مشکل مهم سلامت در کشورهای صنعتی و همچنین در حال توسعه تبدیل نموده. ارتباط بین بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی، دیابت و انواع سرطان‌ها با تغذیه به اثبات رسیده است. چالش دیگر در زمینه تولید غذا، تخریب محیط‌زیست و طبیعت می‌باشد. این تخریب از دو جنبه با امنیت غذایی در ارتباط است. یک اینکه با محدود کردن زمین‌های کشاورزی، تولید مواد غذایی را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر کشاورزی نادرست باعث مشکلاتی مانند فرسایش خاک، آلودگی آب، انتشار گازهای گلخانه‌ای و از بین رفتن تنوع زیست‌محیطی شده که علاوه بر تأثیر منفی بر سلامت افراد، تهدیدی جدی علیه تولید جهانی غذا به شمار می‌روند.

جدول ۱۵. وضعیت میزان تولیدات کشاورزی^۲

سال	۱۳۸۹-۱۳۹۰	۱۳۹۰-۱۳۹۱	۱۳۹۱-۱۳۹۲	۱۳۹۳-۹۲	۱۳۹۳-۱۳۹۴
میزان تولید کل محصولات زراعی کشور (تن)	۶۵۴۳۷۲۵۰	۶۵۵۰۶۴۲۷	۶۸۰۷۳۷۳۵	۷۴۰۰۷۲،۲۹۵	۷۷،۰۳۸،۸۳۱

جدول ۱۶. در صد جمعیت دارای ناامنی غذایی شدید تا متوسط^۳

سال	۱۳۹۵
جمعیت دارای ناامنی غذایی شدید تا متوسط (در صد)	حدود ۵ درصد

^۱ منبع: آمار غیررسمی

^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

^۳ منبع: دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

جدول ۱۷. مقدار زمین زیر کشت کشورهای منطقه چشم‌انداز (استفاده کشورها از زمین) و رتبه آن‌ها بر اساس مقدار سطح زیر کشت^۱

رتبه در جهان	کشور	زمین زیر کشت به کیلومتر مربع	درصد کشت زمین	مجموع مساحت به کیلومتر مربع
۱۳	ترکیه	۲۵۵,۸۹۳	۳۳,۲	۷۷۰,۷۶۰
۱۵	قزاقستان	۲۲۲,۳۹۴	۸,۳۳	۲,۶۶۹,۸۰۰
۱۶	ایران	۲۲۱,۴۰۰	۱۴,۴۶	۱,۶۴۸,۱۹۵
۱۷	پاکستان	۱۹۶,۸۶۰	۲۵,۲۸	۷۷۸,۷۲۰
۳۳	افغانستان	۷۹,۹۰۲	۱۲,۳۴	۶۴۷,۵۰۰
۴۱	عراق	۵۹,۳۳۶	۱۳,۷۳	۴۳۲,۱۶۲
۴۴	سوریه	۵۳,۸۷۱	۲۹,۲۷	۱۸۴,۰۵۰
۴۸	ازبکستان	۴۷,۹۴۳	۱۱,۲۷	۴۲۵,۴۰۰
۵۷	عربستان سعودی	۳۷,۸۳۵	۱,۷۶	۲,۱۴۹,۶۹۰
۶۴	مصر	۳۴,۰۴۴	۳,۴۲	۹۹۵,۴۵۰
۸۱	ترکمنستان	۲۲,۶۹۶	۴,۶۵	۴۸۸,۱۰۰
۸۸	آذربایجان	۲۰,۰۰۱	۲۳,۲۳	۸۶,۱۰۰
۹۵	یمن	۱۶,۶۸۴	۳,۱۶	۵۲۷,۹۷۰
۱۰۳	قرقیزستان	۱۳,۰۶۶	۶,۸۳	۱۹۱,۳۰۰
۱۰۹	گرجستان	۱۰,۶۶۴	۱۵,۳	۶۹,۷۰۰
۱۱۰	تاجیکستان	۱۰,۵۷۴	۷,۴۱	۱۴۲,۷۰۰
۱۲۶	ارمنستان	۵,۳۴۷	۱۸,۷۹	۲۸,۴۵۴
۱۳۳	اردن	۴,۱۳۸	۴,۵	۹۱,۹۷۱
۱۴۱	امارات متحده عربی	۲,۵۴۲	۳,۰۴	۸۳,۶۰۰
۱۵۹	عمان	۵۵۲	۰,۲۶	۲۱۲,۴۶۰
۱۶۴	قطر	۲۱۹	۱,۹۱	۱۱,۴۳۷
۱۶۶	کویت	۱۸۰	۱,۰۱	۱۷,۸۲۰
۱۸۱	بحرین	۵۶	۸,۴۵	۶۶۵

^۱ منبع: سازمان خواروبار جهانی (فائو) سال ۲۰۰۵

جدول ۱۸. مقدار زمین زیر کشت کشورهای با درآمد توسط و بالا (استفاده کشورها از زمین) و رتبه آن‌ها بر اساس مقدار سطح زیر کشت^۱

رتبه در جهان	کشور	زمین زیر کشت به کیلومتر مربع	درصد کشت زمین	مجموع مساحت به کیلومتر مربع
۳	چین	۱,۵۰۴,۳۵۰	۱۶,۱۳	۹,۳۲۶,۴۱۰
۴	روسیه	۱,۱۹۲,۳۰۰	۷,۲۸	۱۶,۳۷۷,۷۴۲
۵	برزیل	۶۶۱,۲۹۹	۷,۸۲	۸,۴۵۶,۵۱۰
۱۱	آرژانتین	۲۸۴,۳۴۲	۱۰,۳۹	۲,۷۳۶,۶۹۰
۱۲	مکزیک	۲۶۸,۰۷۲	۱۳,۹۴	۱,۹۲۳,۰۴۰
۱۳	ترکیه	۲۵۵,۸۹۳	۳۳,۲	۷۷۰,۷۶۰
۱۵	قزاقستان	۲۲۲,۳۹۴	۸,۳۳	۲,۶۶۹,۸۰۰
۱۶	ایران	۲۲۱,۴۰۰	۱۴,۴۶	۱,۶۴۸,۱۹۵
۱۹	تایلند	۱۷۶,۴۰۷	۳۴,۴۷	۵۱۱,۷۷۰
۲۰	آفریقای جنوبی	۱۵۷,۲۴۶	۱۲,۸۹	۱,۲۱۹,۹۱۲
۲۹	رومانی	۹۵,۳۸۴	۴۱,۴۱	۲۳۰,۳۴۰
۳۲	الجزایر	۸۲,۱۷۰	۳,۴۵	۲,۳۸۱,۷۴۰
۳۵	مالزی	۷۵,۵۶۷	۲۳,۰	۳۲۸,۵۵۰
۴۱	عراق	۵۹,۳۳۶	۱۳,۷۳	۴۳۲,۱۶۲
۴۲	بلاروس	۵۶,۸۲۱	۲۷,۳۷	۲۰۷,۶۰۰
۵۶	کوبا	۳۷,۸۸۱	۳۴,۱۷	۱۱۰,۸۶۰
۶۱	بلغارستان	۳۵,۱۹۹	۳۱,۸۴	۱۱۰,۵۵۰
۶۳	کلمبیا	۳۵,۱۰۸	۳,۳۸	۱,۰۳۸,۷۰۰
۶۵	پرو	۳۳,۵۰۰	۳,۳۵	۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۷	ونزوئلا	۳۲,۹۰۰	۳,۷۳	۸۸۲,۰۵۰
۷۰	پاراگوئه	۳۰,۶۳۲	۷,۷۱	۳۹۷,۳۰۰
۷۲	اکوادور	۲۹,۱۲۴	۱۰,۵۲	۲۷۶,۸۴۰
۸۱	ترکمنستان	۲۲,۶۹۶	۴,۶۵	۴۸۸,۱۰۰
۸۳	لیبی	۲۱,۴۶۶	۱,۲۲	۱,۷۵۹,۵۴۰
۸۸	آذربایجان	۲۰,۰۰۱	۲۳,۲۳	۸۶,۱۰۰
۹۶	جمهوری دومینیکن	۱۵,۸۴۵	۳۲,۷۵	۴۸,۳۸۰
۹۷	کرواسی	۱۵,۸۰۱	۲۸,۰۱	۵۶,۴۱۴
۱۰۷	بوسنی و هرزگوین	۱۱,۰۰۸	۲۱,۵	۵۱,۱۹۷

^۱ منبع: سازمان خواروبار جهانی (فائو) سال ۲۰۰۵

رتبه در جهان	کشور	زمین زیر کشت به کیلومتر مربع	درصد کشت زمین	مجموع مساحت به کیلومتر مربع
۱۱۷	نامیبیا	۸,۲۵۵	۱,۰	۸۲۵,۴۱۸
۱۱۹	پاناما	۶,۹۹۹	۹,۲۱	۷۵,۹۹۰
۱۲۰	آلبانی	۶,۶۶۰	۲۴,۳۱	۲۷,۳۹۸
۱۲۲	جمهوری مقدونیه	۵,۹۱۶	۲۳,۸	۲۴,۸۵۶
۱۲۸	کاستاریکا	۵,۲۰۳	۱۰,۲۷	۵۰,۶۶۰
۱۲۹	گابن	۴,۷۶۷	۱,۸۵	۲۵۷,۶۶۷
۱۳۰	گویان	۴,۶۶۶	۲,۳۷	۱۹۶,۸۵۰
۱۳۵	بوتسوانا	۳,۸۶۴	۰,۶۶	۵۸۵,۳۷۰
۱۳۷	لبنان	۳,۰۸۰	۳۰,۱	۱۰,۲۳۰
۱۳۸	فیجی	۲,۸۵۱	۱۵,۶	۱۸,۲۷۰
۱۴۰	جامائیکا	۲,۷۹۹	۲۵,۸۴	۱۰,۸۳۱
۱۴۲	گینه استوایی	۲,۳۰۰	۸,۲	۲۸,۰۵۱
۱۴۸	ساموآ	۱,۳۳۳	۴۵,۴۳	۲,۹۳۴
۱۵۲	موریس	۱,۰۵۵	۵۱,۹۶	۲,۰۳۰
۱۵۴	بلیز	۱,۰۱۳	۴,۴۴	۲۲,۸۰۶
۱۵۷	سورینام	۶۷۸	۰,۴۲	۱۶۱,۴۷۰
۱۶۳	تونگا	۲۴۹	۳۴,۶۷	۷۱۸
۱۶۵	دومینیکا	۲۱۱	۲۸,۰	۷۵۴
۱۶۷	سنت لوسیا	۱۷۶	۲۹,۰۳	۶۰۶
۱۷۰	سنت وینسنت و گرنادین‌ها	۱۴۰	۳۵,۹	۳۸۹
۱۷۱	مالدیو	۱۳۰	۴۳,۳۳	۳۰۰
۱۷۲	گرنادا	۱۲۱	۳۵,۲۹	۳۴۴
۱۷۵	جزایر مارشال	۱۰۰	۵۵,۵۵	۱۸۱
۱۸۴	تووالو	۱۷	۶۶,۶۷	۲۶



شکل ۱. نقشه امنیت غذایی بر اساس آنالیز تحلیل عواملی زیرساخت‌های کشاورزی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و تغذیه‌ای^۱

^۱ منبع: پژوهش سمپات (سامانه ملی پایش امنیت غذا و تغذیه ایران) ۱۳۹۰

۶. تفریحات

تفریح جزئی اساسی از زندگی انسان امروزی است که بسته به تمایلات فردی و شرایط اجتماعی اشکال گوناگونی دارد. نشان داده شده که تفریحات اثرات مثبت فراوانی بر سلامت دارند از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: اثر جسمی: کاهش بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها (ریه، پستان و پوست)، افزایش شیوه زندگی سالم (کاهش رفتارهای ناسالم)، کاهش پوکی استخوان. اثر روانی: کاهش افسردگی و اضطراب (در سالمندان: دمانس، آلزایمر و افسردگی)، افزایش یادگیری، کاهش استرس، افزایش اعتمادبه‌نفس. اثر اجتماعی: کاهش اعتیاد، خشونت، رفتارهای خود تخریبی، جرم و انزوا، کاهش جرم علیه کودکان، افزایش رضایت‌مندی و فعالیت‌های داوطلبانه، انسجام فرهنگی و اجتماعی و خانوادگی. اثر معنوی: هدفمندی و یافتن معنی در زندگی، ترسیم رسالت و هدف بهتر فردی. اثر محیط‌زیست: افزایش احترام به محیط‌زیست؛ و بالاخره اثرات نهایی‌تر: بهبود کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی، موتور محرکه اقتصادی، کاهش هزینه‌های سلامتی، اجتماعی و پلیسی و قضایی، افزایش نشاط. متأسفانه وضعیت تفریحات در سال‌های اخیر چندان مناسب نبوده و آمارها نشان می‌دهد که سهم هزینه خانوار برای تفریحات از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ روند کاهش داشته است. در جداول ۲۰ الی ۲۳ شاخص‌های مربوط به تفریحات کشور نشان داده شده است.

جدول ۱۹. درصد هزینه خانوار در کشور برای تفریحات در سال^۱

سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
درصد هزینه خانوار برای تفریحات در سال	۲٫۸	۲٫۷	۲٫۳	۲٫۳	۲٫۳	۲

جدول ۲۰. تعداد اجرای صحنه‌ای موسیقی در کشور^۲

سال	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
جمع	۵۰۱	۸۱۶	۹۰۸	۱۳۲۰	۳۶۶۹	۳۸۸۷

جدول ۲۱. سینماها و تماشاگران فیلم‌های سینمایی در کشور - منبع مرکز آمار ایران^۳

سال	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱
سینماها	تعداد سینما	۲۲۸	۲۲۸	۲۴۰	۲۳۶	۲۲۸	۲۶۵
	گنجایش (تعداد صندلی)	۱۱۸۵۸۱	۱۱۰۴۰۷	۱۱۲۶۶۶	۱۱۰۱۲۲	۱۰۰۸۶۶	۱۱۰۳۵۱
	جمع	۱۵۸۰۶	۱۴۳۰۰	۱۵۶۹۴	۱۸۱۹۳	۹۵۰۷	۱۴۱۶۹

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران
^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران
^۳ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

سال							تعداد تماشاگران (هزار نفر)
۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	
۱۱۱۱۳	۱۴۱۴۳	۹۴۸۴	۱۸۱۷۱	۱۵۵۹۲	۱۴۱۵۳	۱۵۶۵۹	فیلم‌های ایرانی
۲۱	۲۶	۲۳	۲۲	۱۰۲	۱۴۷	۱۴۷	فیلم‌های خارجی

جدول ۲۲. تعداد عناوین نمایش‌های تولیدشده، دفعات اجرا و تماشاگران در کشور^۱

سال						تماشاگران (هزار نفر)
۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۵	
۵۹۴۴	۴۹۱۰	۴۹۳۸	۴۸۹۱	۴۷۱۲	۳۳۸۳	نمایش
۸۷۳۰۸	۶۷۴۸۰	۶۷۶۹۹	۶۶۹۰۸	۶۴۹۹۷	۳۸۱۳۱	دفعات اجرا
۳۶۹۴	۲۲۲۸	۲۲۳۱	۲۲۰۸	۲۱۴۴	۱۲۹۶	تماشاگران (هزار نفر)

جدول ۲۳. تعداد عناوین کتاب‌های منتشرشده در کشور برحسب نوع اثر شامل کتاب‌های کمک‌درسی^۲

سال								
۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۸۰	۱۳۷۵	
۶۵۵۲۰	۵۷۵۸۰	۵۳۳۲۱	۱۲۹۶۹	۴۶۳۱۳	۴۲۲۹۶	۲۶۵۸۹	۱۲۱۹۰	تألیف
۱۵۰۶۲	۱۵۳۱۷	۱۲۷۳۴	۵۰۹۵۴	۲۲۴۵۹	۱۱۰۶۶	۵۸۸۶	۲۴۷۰	ترجمه
۸۰۵۸۲	۷۲۸۹۷	۶۶۰۵۵	۶۳۹۲۳	۶۸۷۷۲	۵۳۳۶۲	۳۲۴۷۵	۱۴۶۶۰	جمع

۷. حمل‌ونقل

بخش حمل‌ونقل بر سلامت تأثیر فراوانی دارد مهم‌ترین اثرات این بخش بر سلامت را می‌توان در پنج گروه جمع‌بندی نمود:

۱- سوانح و حوادث حمل‌ونقل که موجب جراحت، فوت، خسارات روان‌شناختی و اقتصادی شده، ایمنی و سلامت افراد را به خطر می‌اندازند و شاید می‌تواند آن را به‌عنوان عمده‌ترین تبعات منفی بخش حمل‌ونقل برای سلامت در کشور ما محسوب نمود.

۲- سهم بخش حمل‌ونقل در آلودگی هوا و هزینه‌های سلامت ناشی از آن؛

۳- نقش مهم بخش حمل‌ونقل در فعالیت فیزیکی؛ چاقی ناشی از کم‌تحرکی خود پیامد استفاده مدیریت نشده از وسایل نقلیه است که در کشور ما مقدار مهمی از بار عوامل خطر را به خود اختصاص می‌دهد.

۴- دسترسی به خدمات از جمله خدمات بهداشتی و درمانی؛ عدم امکان تردد و ترابری از مهم‌ترین عوامل توسعه‌نیافتگی نقاط دوردست و دسترسی ناکافی مردم به خدمات سلامت است که خود با پیامدهایی چون سطح سلامت پایین و مهاجرت بی‌رویه و سازمان‌دهی نشده همراه می‌شود.

۵- نقش بخش حمل‌ونقل در گسترش بیماری‌های واگیر؛ بررسی‌ها تردهای گسترده بین‌المللی و به‌طور عمده هوایی را از موجبات گسترش سریع برخی بیماری‌های واگیر مهم همچون سارس دانسته‌اند.

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

جدول ۲۴. وضعیت شاخص‌های حیطه حمل‌ونقل در کشور^۱

سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
تعداد سفر و مسافر جابه‌جاشده درون استانی توسط انواع وسایل نقلیه عمومی مسافری جاده‌ای	۱۲۷۴۲	۱۲۰۷۷	۱۱۵۴۹	۱۱۱۳۳	۱۰۲۸۷	
درصد هزینه خانوار برای حمل‌ونقل (درصد)	۱۱,۳	۱۱,۷	۹,۴	۸,۵	۱۰,۴	۱۰,۲

جدول ۲۵. تعداد انواع وسایل نقلیه موتوری و موتورسیکلت شماره‌گذاری شده (دستگاه)^۲

سال	۱۳۷۵	۱۳۸۰	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
تعداد انواع وسایل نقلیه موتوری و موتورسیکلت شماره‌گذاری شده (دستگاه)	۱۶۴۸۹۹	۴۵۱۹۸۴	۱۹۳۲۶۰۸	۲۴۸۲۷۱۸	۱۳۳۳۶۰۹	۱۱۲۷۳۶۱	۱۸۸۰۱۳۰	۱۵۱۶۹۱۷

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

جدول ۲۶. تعداد وسایل نقلیه موتوری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در کشورهای چشم‌انداز در سال ۱۴۰۱

کشور	تعداد وسایل نقلیه موتوری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
بحرین	۵۳۷
قطر	۵۳۲
عراق	۴۹۶
لبنان	۴۳۴
رژیم صهیونیستی	۳۸۳
عربستان سعودی	۳۳۶
امارات متحده عربی	۳۱۳
ترکیه	۲۵۳
قزاقستان	۲۵۰
عمان	۲۱۵
ایران	۲۱۳
اردن	۱۶۶
گرجستان	۱۵۵
آذربایجان	۱۱۲
ترکمنستان	۱۰۷
قرقیزستان	۵۹
مصر	۴۵
تاجیکستان	۳۸
یمن	۳۵
افغانستان	۲۸
پاکستان	۱۸

^۱ منبع: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_vehicles_per_capita

جدول ۲۷. تعداد وسایل نقلیه موتوری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در کشورهای با درآمد متوسط و بالا در سال ۱۴۰۱

کشور	تعداد وسایل نقلیه موتوری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
عراق	۴۹۶
لبنان	۴۳۴
بلغارستان	۳۹۳
کرواسی	۳۸۰
موریس	۳۷۸
بلاروس	۳۶۲
مالزی	۳۶۱
رومانی	۳۳۰
آرژانتین	۳۱۴
موتته نگرو	۳۰۹
جمهوری فدراتیو روسیه	۲۹۳
سورینام	۲۹۱
لیبی	۲۹۰
کاستاریکا	۲۸۴
مکزیک	۲۷۵
ترکیه	۲۵۳
قزاقستان	۲۵۰
برزیل	۲۴۹
صربستان	۲۳۸
بوسنی و هرزگوین	۲۱۴
ایران	۲۱۳
تایلند	۲۰۶
سنت وینسنت و گرنادین ها	۲۰۴
فیجی	۱۸۸
جامائیکا	۱۷۹
بلیز	۱۷۴
تونگا	۱۷۴
سنت لوسیا	۱۶۵
آفریقای جنوبی	۱۶۴
دومینیکا	۱۶۳
نائورو	۱۵۹
جمهوری مقدونیه	۱۵۵
کلمبیا	۱۴۸

^۱ منبع: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_vehicles_per_capita

کشور	تعداد وسایل نقلیه موتوری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر
چین	۱۴۰
بوتسوانا	۱۳۳
پاناما	۱۳۲
جمهوری دومینیکن	۱۲۸
آلبانی	۱۲۴
گرانادا	۱۲۲
الجزایر	۱۱۴
آذربایجان	۱۱۲
اکوادور	۱۰۹
ترکمنستان	۱۰۷
نامیبیا	۱۰۶
گویان	۹۵
ساموآ	۷۷
پرو	۷۳
پاراگوئه	۵۷
جمهوری بولیواری ونزوئلا	۵۴
کوبا	۳۸
مالدیو	۲۸
گابن	۱۴
گینه استوایی	۱۳
ساموآی آمریکا	
جزایر مارشال	
تووالو	

۸. حمایت اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی

یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت انسان، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی به معنای اقدام‌های کمکی در شرایط سخت زندگی است. شواهد معتبر جهانی نشان می‌دهند که حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. حمایت اجتماعی می‌تواند متغیری بسیار مهم در خانواده‌های دچار آسیب‌ها و وقایع تنش‌زا یا بحران‌های زندگی از قبیل طلاق، خشونت خانگی، اعتیاد باشد. نشان داده‌شده که هرچه درجه حمایت اجتماعی در یک جامعه افزایش می‌یابد، میزان خودکشی پایین‌تر می‌آید.

جدول ۲۸. وضعیت شاخص‌های حیطه حمایت اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی مرتبط با سلامت در سال^۱

سال	۱۳۹۵
زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی (نفر)	۱۸۰ هزار نفر
استان‌های دارای خانه امن برای زنان در معرض خشونت	۱۸ استان
تعداد مراکز شبانه‌روزی پذیرش کودکان خیابانی در کشور	۳۱
کودکان خیابانی پذیرش شده در مراکز (نفر در سال)	۶۰۰۰
تعداد مراکز ویژه زنان آسیب‌دیده اجتماعی در کشور	۲۴
تعداد خانه سلامت برای دختران فراری در کشور	۳۱
دختران پذیرش شده در خانه سلامت (نفر در سال)	۱۰۰۰

جدول ۲۹. تعداد خانوارهای شاهد حقوق و مستمری‌بگیر تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران در کشور و مبلغ پرداختی به

آنان^۲

جمع	تعداد	۱۳۷۵	۱۳۸۰	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
تعداد	۲۱۶۱۳۱	۲۱۶۸۸۵	۲۱۸۶۲۴	۲۰۱۹۴۹	۱۹۹۲۰۹	۱۹۴۶۷۷	۱۸۹۴۵۰	۱۸۵۴۹۷	
مبلغ	۶۸۰۸۷۰	۲۲۳۳۵۳۷	۶۶۷۵۲۰۵	۱۶۵۱۰۸۹۶	۲۱۲۶۹۷۷۳	۲۶۸۲۳۷۳۲	۳۱۵۰۷۳۲۹	۳۶۴۸۶۳۹۳	

^۱ منبع سازمان بهزیستی، جمهوری اسلامی ایران

^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

جدول ۳۰. تعداد خانوارهای مستمری‌بگیر سازمان بهزیستی^۱

سال	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	
معاونت اجتماعی	۱۷۱۲۷۵	۱۷۳۵۹۹	۱۷۱۶۶۲	۱۷۹۶۹۵	۱۷۹۸۱۸	
معاونت توان‌بخشی	توان‌بخشی	۲۱۷۶۲۵	۲۲۲۱۰۹	۲۲۵۶۶۸	۲۹۴۶۳۷	۲۹۶۲۵۳
	روانی ترخیص از مرکز	۱۱۹۰۱	۷۸۳۰	۷۶۷۶	۸۶۳۱	۸۵۱۹
	روانی مزمن	۶۵۲۷	۱۰۵۱۲	۱۰۷۵۸	۱۵۸۹۵	۱۶۴۴۹

جدول ۳۱. خدمات ارائه‌شده به مددجویان توسط کمیته امداد امام خمینی و مبلغ پرداخت‌شده (میلیون ریال)^۲

سال	۱۳۷۵	۱۳۸۰	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
	بیمه‌های اجتماعی							
زنان سرپرست خانوار شهری زیر ۵۰ سال	-	-	-	۸۶۵۸۳	۱۲۵۱۳۰	۱۲۶۷۳۱	۱۱۹۰۴۳	۱۱۷۰۰۶
بیمه‌های اجتماعی روستائیان و عشایر	-	-	-	۱۰۴۱۸۹	۸۳۹۵۲	۹۳۴۸۴	۱۰۳۶۳۸	۹۴۹۹۹
مشمولان طرح‌های اشتغال	-	-	۲۷۹۷۷	۸۰۵۷۵	۱۱۳۱۷۹	۱۱۲۸۰۲	۱۰۵۳۱۲	۹۸۸۸۲
مبلغ	-	-	-	۸۶۸۲۴۳	۱۳۷۳۲۹۴	۱۸۶۵۷۰۹	۱۷۰۶۷۸۴	۱۹۲۰۷۴۰
بیمه خدمات درمانی	بیمه‌شدگان	۴۳۳۰۰۰۰	۵۳۴۶۶۰۶	۱۳۴۹۷۷۵	۱۱۸۱۲۰۷	۱۱۳۱۲۸۱	۱۱۹۷۶۶۶	۱۲۴۲۱۵۲
	موردحمایت	۲۸۲۱۹۵	۴۶۱۶۳۴	۶۷۷۹۷۷	۱۳۹۸۸۹۹	۱۳۹۵۰۶۶	۲۲۷۰۱۱۰	۲۲۸۲۶۹۰
خدمات تأمین و تعمیر مسکن	تعداد	۲۶۰۸۱	۶۹۶۷۳	۶۵۸۰۰	۱۱۱۵۳۲	۸۳۴۸۹	۶۵۷۷۲	۶۷۸۰۸
	مبلغ	۳۲۴۷۹	۱۶۰۶۵۷	۳۳۷۳۰۳	۹۱۴۱۶۴	۸۶۹۱۳۰	۶۳۳۳۹۴	۷۲۴۵۰۰
ایجاد فرصت‌های شغلی	وام اشتغال پرداختی	تعداد	۱۶۰۵۸	۳۵۰۹۵	۲۶۳۰۲	۶۷۱۳۶	۴۴۵۲۸	۳۶۳۶۲
		از محل صندوق اشتغال امداد	۴۴۰۷۳	۳۴۷۸۹۷	۹۰۴۹۹۴	۲۲۶۵۷۲۴	۱۸۶۵۰۴۷	۲۲۶۹۳۶۶
	تسهیلات بانکی	تعداد	۱۸۸۴	۹۹۳۷	۴۳۰۳۸	۲۱۱۴۲۵	۱۶۲۱۶۹	۱۱۱۳۸۲
		مبلغ	۵۹۲۴	۸۰۸۴۲	۲۳۰۰۰۴۲	۱۰۰۸۳۲۴	۱۰۴۹۳۸۴۵	۸۶۵۷۸۵۰
افراد اشتغال یافته از طریق کارایی	۴۰۷۵	۹۶۲۰	۱۸۶۴۹	۲۸۷۱۸	۳۴۶۳۸	۳۶۵۷۴	۲۵۶۹۵	
افراد آموزش فنی و حرفه‌ای دیده	۵۷۰۹	۶۰۹۴۰	۱۲۴۰۶۶	۲۴۴۴۰۷	۳۹۳۹۸۳	۳۹۸۸۱۶	۳۸۰۶۵۳	
اعطای وام قرض‌الحسنه	تعداد	۵۶۹۳۸	۱۴۸۷۲۳	۲۸۷۳۶۱	۳۲۶۳۹۸	۲۹۳۸۹۲	۲۹۳۳۹۹	
	مبلغ	۲۵۲۴۱	۲۵۴۲۵۶	۹۶۵۹۵۱	۲۳۳۷۱۲۴	۲۵۹۳۳۵۹	۳۲۵۲۴۹۸	
کمک هزینه ازدواج	تعداد	۲۶۰۸۵	۶۳۷۲۷	۹۲۳۹۸	۱۲۵۱۹۴	۷۹۶۸۸	۹۰۸۵۴	
	مبلغ	۳۳۲۴۰	۱۰۷۳۶۰	۳۲۸۷۲۴	۵۴۱۸۳۵	۶۱۴۶۲۶	۹۱۵۴۳۰	
خدمات استفاده‌کنندگان دانش‌آموز	۷۵۲۰۷۶	۱۰۶۵۷۶۰	۷۳۳۸۸۶	۴۵۳۱۴۲	۳۶۶۸۳۰	۳۳۱۳۹۸	۳۳۰۰۸۵	

^۱ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران^۲ منبع: داده‌ها و اطلاعات آماری، درگاه اینترنتی مرکز آمار ایران

سال								فرهنگی و آموزشی
۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۸۰	۱۳۷۵	
۷۸۹۴۶	۸۷۵۵۳	۹۳۲۵۳	۹۹۰۱۲	۹۵۴۸۱	۵۰۳۶۹	۳۳۹۸۶	۱۷۲۳۷	از خدمات تحصیلی و فرهنگی
۷۷۷۱۰۰	۹۹۷۷۴۴	۱۳۴۷۹۲۹	۸۹۴۷۱۹	۷۷۳۵۳۶	۵۱۰۵۱۱	۶۴۲۱۱۶	۲۲۶۲۰۶	افراد شرکت کننده در آموزش‌های مهارت زندگی
۱۵۷۹۵۵	۱۰۸۹۷۱	۱۰۱۹۲۳	۱۰۲۱۰۴	۹۶۰۹۶	۱۱۰۴۲۷	۱۱۲۲۰۵	۸۸۸۱۸	افراد شرکت کننده در اردوهای تربیت فرهنگی
۱۴۵۸۳۲۹	۱۱۹۵۵۸۷	۱۱۱۶۰۳۵	۷۵۸۰۲۱	۵۸۲۸۷۰	۵۰۱۸۲۴	۱۹۱۵۳۶	۴۱۵۰۶	مبلغ
۷۹۱۳۹۹	۵۲۴۱۰۳	۷۷۵۰۸۰	۱۱۵۵۳۳۵	۲۰۹۲۱۸۹	۱۹۵۹۳۳	-	-	سایر کمک‌ها پرداختی به مددجویان از محل تسهیلات بانکی شامل وام‌های کارگشایی، وام‌های بهسازی و نوسازی مسکن روستایی و...

روند طلاق در کشور روند افزایشی داشته به طوری که نسبت تعداد ازدواج به تعداد طلاق ثبت شده در کشور از ۹,۸ در سال ۱۳۸۳ به ۳,۹ در سال ۱۳۹۵ کاهش یافته است یعنی چیزی حدود یک سوم. به همین موازات میانگین سن ازدواج نیز در کشور افزایش یافته و از ۲۴,۹ در مردان و ۱۹ در زنان در سال ۱۳۳۵ به ۲۶,۷ در مردان و ۲۳,۴ در زنان در سال ۱۳۹۰ رسیده است. بین سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ درصد زنان ازدواج نکرده از ۹,۴ به ۲۶,۲ درصد و مردان ازدواج نکرده از ۱۸,۵ به ۴۰,۵ درصد افزایش یافته است. در حال حاضر ۱۶,۳ درصد ازدواج‌ها در میان جوانان به طلاق ختم می‌شود.

جدول ۳۲. وضعیت ازدواج و طلاق^۱

سال	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵ (نه ماهه اول)
تعداد ازدواج	۷۲۳۹۷۶	۷۸۷۸۱۸	۷۷۸۲۹۱	۸۴۱۱۰۷	۸۸۱۵۹۲	۸۹۰۲۰۸	۸۹۱۶۲۷	۸۷۴۷۹۲	۸۲۹۹۶۸	۷۷۴۵۱۳	۷۲۴۳۲۴	۶۸۵۲۵۲	۵۳۵۶۷۰
تعداد طلاق	۷۳۸۸۲	۸۴۲۴۱	۹۴۰۳۹	۹۹۸۵۲	۱۱۰۵۱۰	۱۲۵۷۴۷	۱۳۷۲۰۰	۱۴۲۸۴۱	۱۸۰۳۲۴	۱۵۵۳۶۹	۱۶۳۵۶۹	۱۶۳۷۶۵	۱۳۵۶۶۷
نسبت تعداد ازدواج به طلاق	۹,۸	۹,۴	۸,۳	۸,۴	۸	۷,۱	۶,۵	۶,۱	۵,۵	۵	۴,۴	۴,۲	۳,۹
طلاق کمتر از ۱ سال از ازدواج	۱۱۰۴۰	۱۲۹۹۱	۱۵۳۳۱	۱۵۶۸۳	۱۷۵۰۰	۱۸۹۱۹	۱۹۵۷۸	۱۹۷۳۰	۲۱۱۲۷	۲۲۰۳۵	۲۲۸۶۰	۲۱۴۵۱	۱۵۱۷۱
	درصد	۱۴,۹۴	۱۵,۴۲	۱۶,۳۰	۱۵,۷۱	۱۵,۸۴	۱۵,۰۵	۱۴,۲۷	۱۳,۸۱	۱۱,۷۲	۱۴,۱۸	۱۳,۹۸	۱۳,۱۰

^۱ منبع: سازمان ثبت‌احوال کشور

جدول ۳۳. میانگین سن در اولین ازدواج برحسب جنس^۱

سال								مرد	میانگین سن در اولین ازدواج برحسب جنس در کشور
۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۷۰	۱۳۶۵	۱۳۵۵	۱۳۴۵	۱۳۳۵		
۲۶,۷	۲۶,۲	۲۵,۶	۲۴,۴	۲۳,۸	۲۴,۱	۲۵,۰	۲۴,۹		
۲۳,۴	۲۳,۳	۲۲,۴	۲۰,۹	۱۹,۹	۱۹,۷	۱۸,۴	۱۹,۰	زن	

جدول ۳۴. نرخ ازدواج، طلاق و نسبت طلاق به ازدواج به تفکیک در کشورهای منطقه چشم‌انداز^۲

سال اطلاعات	نسبت طلاق به ازدواج (درصد)	نرخ طلاق خام (تعداد طلاق در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ ازدواج خام (تعداد ازدواج در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	کشور
۱۳۸۹	۴۲	۲,۲	۵,۲	کویت
۱۳۹۰	۳۳	۱,۱	۳,۳	قطر
۱۳۸۸	۲۸	۱,۸	۶,۵	رژیم صهیونیستی
۱۳۸۷	۲۷	۲,۳	۸,۶	قزاقستان
۱۳۸۹	۲۵	۲,۶	۱۰,۲	اردن
۱۳۹۳	۲۲	۲	۹,۲	ایران
۱۳۸۴	۲۱	۱,۱	۵,۲	عربستان سعودی
۱۳۹۰	۲۰	۱,۶	۸	ترکیه
۱۳۹۰	۱۹	۱,۳	۶,۹	گرجستان
۱۳۹۰	۱۷	۱	۶	ارمنستان
۱۳۸۹	۱۷	۱,۹	۱۱	مصر
۱۳۸۶	۱۷	۱,۶	۹,۵	لبنان
۱۳۸۹	۱۶	۱,۶	۹,۷	قرقیزستان
۱۳۹۰	۱۲	۱,۲	۹,۷	آذربایجان
۱۳۸۵	۹	۱	۱۰,۶	سوریه
۱۳۸۵	۸	۰,۶	۷,۸	ازبکستان
۱۳۸۸	۶	۰,۸	۱۳,۵	تاجیکستان
				افغانستان
				امارات متحده عربی
				بحرین
				پاکستان
				ترکمنستان
				عراق
				عمان
				یمن

^۱ منبع: سازمان ثبت‌احوال کشور^۲ منبع: https://en.wikipedia.org/wiki/Divorce_demography

جدول ۳۵. نرخ ازدواج، طلاق و نسبت طلاق به ازدواج به تفکیک در کشورهای با درآمد متوسط و بالا^۱

کشور	نرخ ازدواج خام (تعداد ازدواج در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ طلاق خام (تعداد طلاق در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	نسبت طلاق به ازدواج (درصد)	سال اطلاعات
کوبا	۵,۲	۲,۹	۵۶	۱۳۸۹
روسیه	۹,۲	۴,۸	۵۱	۱۳۹۰
بلغارستان	۳,۲	۱,۵	۴۷	۱۳۸۹
کاستاریکا	۵,۳	۲,۵	۴۷	۱۳۸۹
جمهوری دومینیکن	۴,۴	۱,۸	۴۱	۱۳۸۹
سورینام	۴,۲	۱,۳	۳۱	۱۳۸۶
چین	۹,۳	۲,۸	۳۰	۱۳۹۴
کرواسی	۴,۷	۱,۴	۳۰	۱۳۹۴
رومانی	۵,۴	۱,۵	۲۸	۱۳۸۹
قزاقستان	۸,۶	۲,۳	۲۷	۱۳۸۷
پاناما	۳,۷	۱	۲۷	۱۳۸۹
ونزوئلا	۳,۳	۰,۹	۲۷	۱۳۸۵
سنت لوسیا	۲,۸	۰,۷	۲۵	۱۳۸۳
تایلند	۵,۵	۱,۴	۲۵	۱۳۸۴
گرانادا	۵	۱,۱	۲۲	۱۳۸۰
ایران	۹,۲	۲	۲۲	۱۳۹۳
صربستان	۴,۹	۱,۱	۲۲	۱۳۹۰
برزیل	۶,۶	۱,۴	۲۱	۱۳۸۸
اکوادور	۵,۶	۱,۱	۲۰	۱۳۸۵
ترکیه	۸	۱,۶	۲۰	۱۳۹۰
لبنان	۹,۵	۱,۶	۱۷	۱۳۸۶
موریس	۸,۲	۱,۴	۱۷	۱۳۸۹
آفریقای جنوبی	۳,۵	۰,۶	۱۷	۱۳۸۸
آلبانی	۸,۷	۱,۳	۱۵	۱۳۹۴
مکزیک	۵,۲	۰,۸	۱۵	۱۳۸۸
مونتنگرو	۵,۷	۰,۸	۱۴	۱۳۹۰
سنت وینسنت و گرنادین ها	۵,۸	۰,۸	۱۴	۱۳۸۶
تونگا	۷,۱	۱	۱۴	۱۳۸۲

^۱ منبع: https://en.wikipedia.org/wiki/Divorce_demography

کشور	نرخ ازدواج خام (تعداد ازدواج در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ طلاق خام (تعداد طلاق در ۱۰۰۰ نفر جمعیت)	نسبت طلاق به ازدواج (درصد)	سال اطلاعات
آذربایجان	۹,۷	۱,۲	۱۲	۱۳۹۰
جمهوری مقدونیه	۷,۲	۰,۸	۱۱	۱۳۹۰
کلمبیا	۲,۳	۰,۲	۹	۱۳۸۶
جامائیکا	۷,۵	۰,۷	۹	۱۳۹۰
بوسنی و هرزگوین	۵,۱	۰,۴	۸	۱۳۸۹
لیبی	۶	۰,۳	۵	۱۳۸۱
الجزایر				
آذربایجان				
آرژانتین				
بلاروس				
بلیز				
بوتسوانا				
پاراگوئه				
پرو				
ترکمنستان				
جزایر مارشال				
دومینیکا				
ساموآ				
ساموآی آمریکا				
عراق				
فیجی				
گابن				
گویان				
گینه استوایی				
مالدیو				
مالزی				
نامیبیا				
نائورو				

جدول ۳۶. تعداد افراد مصرف‌کننده مواد مخدر^۱

سال	۱۳۹۶
تعداد افراد مصرف‌کننده مواد مخدر در کشور (نفر)	۲,۸۵۰,۰۰۰

جدول ۳۶. موارد ابتلا به HIV ثبت‌شده در کشور به تفکیک سال^۲

سال	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
تعداد موارد ثبت‌شده	۲۴۳۷	۲۱۹۸	۲۰۸۷	۱۸۳۶	۱۹۰۸	۱۸۱۱	۱۸۸۶	۱۸۴۴	۱۸۶۴	۲۰۱۱

ب) تجربیات، دستاوردها و چالش‌ها

از آنجایی که این عوامل خارج از بخش سلامت در بخش‌های مختلفی پراکنده‌اند، لازم است که در فرآیند سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی همه بخش‌ها، تأثیرات احتمالی سیاست‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماع ارزیابی گردند. برای دستیابی به نتایج مطلوب مردم با حداقل بی‌عدالتی ناگزیر از مداخلات مرتبط و مبتنی بر شواهد هستیم. مطالعات نشان داده که به‌طور کلی دو بازوی مداخله نظام سلامت در این مسیر «جلب همکاری بین بخشی» و «مشارکت مردم» است.

لازم است این راهبردها توأم با توانمند شدن نظام‌های سلامت رخ دهد چراکه در هر دو راهبرد بخش سلامت به خارج از خود رجوع می‌کند و در چنین موقعیتی مهارت‌های ویژه‌ای برای جلب مشارکت آنان لازم است. یکی از اقدامات مهم وزارت بهداشت در این زمینه، تشکیل معاونت امور اجتماعی و ادارات کل زیرمجموعه آن در وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۵ بوده که باعث تجمیع و ساماندهی مداخلات در دو حیطة «جلب همکاری بین بخشی» و «مشارکت مردم» شده است. در این معاونت باوجود ادارات کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت امکان استفاده از این ظرفیت‌های بالقوه در ارتقای شاخص‌های سلامت مهیا شده و از آنجایی که در این راستا ارتباطات بین بخشی منسجمی نیاز است، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در چارت این معاونت نقش کلیدی در تبیین و تصویب سیاست‌ها و برنامه‌های راهبردی لازم برای این همکاری‌ها را ایفا می‌کند. دبیرخانه آسیب‌های اجتماعی و اعتیاد نیز فرآیند بهبود وضعیت شاخص‌های اجتماعی را تسهیل کرده و در زیرمجموعه اداره کل مؤلفه‌های اجتماعی سلامت نیز، اداره اهداف توسعه پایدار سلامت نقش دیده‌بانی و هماهنگی را در داخل معاونت، وزارت و سازمان‌های برون بخشی به عهده دارد. در ذیل به تحلیل وضعیت و دستاوردهای وزارت بهداشت در این دو راهبرد اشاره می‌گردد:

^۱ منبع: ستاد مبارزه با مواد مخدر، همچنین بر اساس پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۹۰ شیوع اعتیاد (هرگونه اختلال مصرف مواد غیرقانونی) در کشور ۲٫۱ درصد و شیوع هرگونه اختلال مصرف الکل در کشور ۱ درصد بوده است.

^۲ منبع گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت

همکاری بین بخشی

طبق تعریف همکاری بین بخشی عبارت است از: «یک رابطه شناخته شده بین بخش یا بخش‌های سلامتی با بخش یا بخش‌های دیگر است که برای انجام اقداماتی در جهت کسب نتایج نهایی یا پیامدهای سلامتی دایر شده‌اند، به طوری که از تنها عمل کردن بخش سلامتی برای کسب این نتایج مؤثرتر، کارا تر و پایدارتر است.»
(الف) تجربیات کشور:

در کشور از بعد از پیروزی انقلاب اسلامی تجربیات مختلفی از همکاری‌های بین بخشی در زمینه سلامت وجود دارند که می‌توان آن‌ها را به سه دسته عمده تقسیم کرد:

۱. دسته اول شامل فعالیت‌های بین بخشی حول محور بحران‌ها و عوامل ایجادکننده شرایط اضطراری مانند بازسازی و پاسخ به نیازهای سلامت آسیب دیدگان از بلایای طبیعی از طریق مشارکت سازمان‌های دولتی و غیردولتی است که بارها در کشور اتفاق افتاده‌اند. این تجربیات نسبتاً موفق بوده‌اند، اما با سپری شدن ایام و فروکش کردن هیجان ناشی از بحران، این جمع بین بخشی نیز نقش کم‌رنگی پیدا کرده و سازمان‌های محدودی به تنهایی، امور را به‌کندی پیش برده‌اند.

۲. دسته دوم آن قسمت از تجربیات بین بخشی هستند که با برنامه از پیش تعیین شده (و نه بحرانی) اما با یک ضرب‌الاجل مشخص و اراده جمعی ناشی از سیاست‌گذاری کلان و معمولاً به صورت بسیج اجتماعی به اجرا گذاشته شده‌اند که به دلیل وجود عزم سیاسی و ساختار مشخص معمولاً موفقیت شایان توجهی (در محدوده زمانی اجرای خود) داشته‌اند. نمونه بارز این تجربیات، بسیج ملی ریشه‌کنی فلج اطفال و برنامه واکسیناسیون همگانی علیه بیماری‌های سرخک، اوریون و سرخجه می‌باشد.

۳. دسته سوم که بخش عمده‌ها فعالیت‌ها را تشکیل می‌دهند همکاری‌های بین بخشی هستند که در قالب کمیته‌ها، شوراهای تیم‌های بین بخشی انجام گرفته و می‌گیرند. تجربه نشان داده که تشکلهایی که فاقد ساختار رسمی و یا حتی غیررسمی بوده‌اند، تصمیمات آن‌ها از پشتوانه محکمی برخوردار نبودند؛ اما آن قسمت از آن‌ها که دارای ساختار بودند، هرچند که مشکلاتی در زمینه تبدیل شدن تصمیمات به عمل داشته‌اند ولی از پایداری خوبی برخوردار بودند. از مشخص‌ترین این تشکلهای، شوراهای بهداشت بودند که در سه سطح کشوری، استانی و شهرستانی وجود داشتند. در سال ۱۳۸۲ هیئت‌وزیران آیین‌نامه شورای عالی سلامت در کشور و شورای سلامت و امنیت غذایی در استان‌ها را به تصویب رساند. این شورا که جایگزین شوراهای قبلی شده است، نسبتاً از ساختار و جایگاه خوبی برخوردار است. این شورا تاکنون بیش از صد مصوبه ملی داشته است اما ضعف توانمندی اجرایی سازمان‌های تابعه موجب شده است که بخش بزرگی از این مصوبات به مرحله اجر در نیاید. در سال ۱۳۹۵ پس از تشکیل معاونت امور اجتماعی در وزارت بهداشت دبیرخانه این شورا در ذیل این معاونت قرار گرفت و به‌عنوان بازوی فرا بخشی وزارت بهداشت در جهت تحقق سیاست‌ها و قوانین فرا بخشی برای تأمین سلامت و نهادینه کردن تعهد و پاسخگویی دستگاه‌ها عمل می‌نماید.

(ب) دستاوردها:

از عمده فعالیت‌ها و دستاوردهای وزارت بهداشت در زمینه افزایش همکاری‌های بین بخشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ایجاد معاونت امور اجتماعی در وزارت بهداشت و معاونین امور اجتماعی در ساختار دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌عنوان ساختاری مناسب برای برقراری و همکاری‌های پایدار جهت ارتقا عادلانه سلامت در کشور؛

- برگزاری مجمع ملی سلامت با مشارکت تمامی ذینفعان درون و برون بخشی در سطح ملی و استان‌ها و پیگیری برگزاری آن در استان‌ها و شهرستان‌ها؛
- جدی شدن تشکیل جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با حضور وزیر بهداشت و معاون رئیس‌جمهور؛
- عزم وزارت بهداشت برای پایش مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نظارت بر عملکرد دبیرخانه‌های استانی؛
- تأکید بیشتر بر مباحث عوامل اجتماعی سلامت و توسعه پایدار با تشکیل دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و اداره کل توسعه پایدار در ذیل معاونت امور اجتماعی؛
- مشخص شدن نقش و سهم دستگاه‌ها در سلامت، تدوین شاخص‌های همکاری بین بخشی و مطرح‌شدن شاخص‌های مشارکت بین بخشی در ارزیابی‌ها؛
- تشکیل دبیرخانه سلامت در سه وزارتخانه (جهاد کشاورزی، راه و شهرسازی و ورزش و جوانان)؛
- تهیه ۱۲ مورد تفاهم نامه بین وزارت بهداشت یا سایر دستگاه‌ها (نیرو، کشور، آموزش‌وپرورش، ارشاد، محیط‌زیست، استاندارد، رفاه، صنعت و اقتصاد) و پایش و ارزشیابی اجرایی شدن مفاد تفاهم‌نامه‌ها؛
- افزایش آگاهی و انگیزش نسبی مسئولین و کارشناسان دستگاه‌های خارج از مجموعه وزارت بهداشت از تعریف سلامت و اهمیت همکاری بین بخشی در آن از طریق تهیه بسته آموزشی ویژه مدیران کل دستگاه‌های اجرایی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛
- پررنگ شدن نقش رابطان دستگاه‌های ملی که نقش مؤثری در توسعه مفاهیم سلامت و حمایت‌طلبی در زمینه سلامت‌محوری دستگاه‌ها دارند
- وجود تجربیات کافی در دسترس در منابع فعلی پیرامون رویکردها، روش‌ها و ارزیابی همکاری‌های بین بخشی و به‌کارگیری این راهبرد در برخی از واحدهای فنی وزارت بهداشت؛
- اجرای الگوی استانی برای شکل‌گیری همکاری بین بخشی در قالب برنامه جامع سلامت استان‌ها با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛
- طراحی الگو و دستورالعمل برای تدوین پیوست سلامت برای طرح‌های ملی؛
- ظرفیت‌سازی کار بین بخشی در جهت تأمین سلامت جامعه از طریق تولید و انتشار شواهد در قالب انتشار مقالات، خلاصه برگ، اسناد سیاستی، خبرنامه الکترونیک و...؛
- تدوین شاخص‌های عدالت در سلامت با همکاری نهادها و سازمان‌های بیرونی در دو مقطع ۱۳۸۹ و ۱۳۹۵ که به‌منظور راه‌اندازی سیستم پایش عدالت در سلامت و تعیین آسیب عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و نیز جلوگیری از این آسیب‌ها ضروری می‌باشد.
- مصوبه محوریت مرکز آمار ایران (با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی) برای پایش شاخص‌های عدالت در سلامت و اهداف توسعه پایدار.

ج) چالش‌ها

باینکه گام‌های مثبتی توسط وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌های اجرایی در جهت افزایش همکاری در زمینه سلامت برداشته شده و فرهنگ همکاری و انجام کار تیمی در کشور حال گسترش است، با این حال به نظر می‌رسد که هنوز موانع قانونی و بوروکراتیک در برقراری رسمی روابط سازمانی در کشور وجود دارند که باعث شده مداخلات بعضاً جزیره‌ای و پراکنده صورت بگیرند و فرصت تجمیع شدن نیابند. همچنین هنوز برخی از مدیران و کارشناسان دستگاه‌های اجرایی به سلامت به عنوان یک اولویت برتر نگاه نمی‌کنند و ضعف در یک چشم انداز ملموس، منسجم، مورد اتفاق در سطح ملی و در دوره‌های زمانی معین برای سلامت مردم به چشم می‌آید. هرچند که اسناد بالادستی تا حد زیادی در جهت رفع این ضعف حرکت کرده‌اند با این حال هنوز ارتباط برنامه‌های مختلف سازمان‌ها برای رسیدن به اهداف راهبردی در سند چشم‌انداز، نقشه جامع علمی و برنامه‌های توسعه به طور شفاف مشخص نیست. مسئله مهم دیگر موضوع تداوم یافتن و پایداری برنامه‌های بین بخشی است و مباحثی چون توسعه پایدار و محیط‌زیست باید به عنوان کانون نهادینه شدن همکاری بین بخشی مورد توجه قرار گیرند. برخی وزارتخانه‌ها به دلیل نقش جامع در ایجاد مشارکت‌ها اولویت‌دار هستند، وزارت کشور از آن جمله است، وجود سامانه‌های احزاب سیاسی، شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان‌های مردم‌نهاد، نظارت بر عملکرد استانداری‌ها، فرمانداری‌ها، بخشداری‌ها و دهیاری‌ها ایجاب می‌کند که نقطه ورود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای توسعه همکاری‌های بین بخشی این وزارت خانه باشد.

مشارکت مردم

بر طبق تعریف مشارکت مردم فرایندی است که در آن افراد جامعه تعیین نیاز می‌کنند، توجه می‌کنند که چگونه باید با این نیازها روبرو شوند، در مورد اولویت‌هایشان تصمیم می‌گیرند و باهم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار می‌کنند؛ بنابراین مشارکت تنها به معنای مشورت نیست بلکه به معنای شناسایی راه‌هایی است برای اینکه مردم احساس نمایند که بخش اصلی فرآیند تصمیم‌گیری هستند و درگیری آن‌ها به‌طور واقعی در تصمیمی که گرفته می‌شود، مؤثر است. از مهم‌ترین دلایل برای مشارکت مردم در موفقیت نظام سلامت می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. مشارکت به‌خودی‌خود سلامت فردی و اجتماعی افراد مشارکت‌کننده را زیاد می‌کند به‌بیان‌دیگر مشارکت مردم یک هدف است، نه وسیله‌ای برای ارتقای سلامت؛
 ۲. مشارکت مردم افزایش مالکیت، مقبولیت و بومی شدن برنامه‌های سلامتی را به همراه دارد که خود موجبات تسریع نهادینه شدن و پایداری برنامه‌ها را فراهم می‌آورد؛
 ۳. مشارکت توانمندی مردم را افزایش می‌دهد که این اثر خود را در سایر بخش‌های توسعه نشان می‌دهد. (یادگیری اجتماعی)؛
 ۴. مشارکت مردم دسترسی و پوشش خدمات را برای اقشار آسیب‌پذیر افزایش می‌دهد؛
 ۵. مشارکت نیازهای واقعی سلامت مردم را به نیازهای متخصصین نزدیک می‌کند و دسترسی به منابع را افزایش می‌دهد؛
- دلایل فوق نشان می‌دهند که احساس نیاز بخش سلامت نسبت به مداخله و مشارکت مردم نیازی راهبردی و مستدام است نه مقطعی و گذرا.
- الف) تجربیات

تجربیات موفق مختلفی در کشور برای چگونگی جلب مشارکت مردم در سلامت وجود دارند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به برنامه رابطین سلامت با قدمتی بیش از ۲۵ سال، برنامه شهر و روستای سالم، برنامه تأمین نیازهای اساسی توسعه و برنامه توانمندسازی زنان و بسیج‌های مردمی برای امور سلامت اشاره کرد. پس از ایجاد معاونت امور اجتماعی در وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۵، ادارات کل سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت امکان ساماندهی و استفاده از ظرفیت‌های بالقوه برای مشارکت مردم در سلامت را بیش‌ازپیش فراهم کرده است.

ب) دستاوردها: از اهم دستاوردهای وزارت بهداشت در زمینه مشارکت مردم می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: راه‌اندازی بانک اطلاعاتی برای سمن‌ها (سازمان‌های مردم‌نهاد) حوزه سلامت و سازمان‌دهی سمن‌های در حوزه‌های تخصصی دخانیات، هموفیلی، بیماری‌های اعصاب و اختلالات روانی؛

- احصای فعالیت‌های اجرایی و پژوهشی قابل‌واگذاری وزارت بهداشت به سمن‌ها؛
- تهیه بسته‌های آموزشی و اطلاعاتی برای سمن‌های سلامت با همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت؛
- تکمیل بانک اطلاعاتی ۲۸۱ موسسه خیریه حوزه سلامت و بانک اطلاعاتی ۷۰۰۰ خیر سلامت؛
- ایجاد شبکه ملی مؤسسات خیریه فعال حوزه سرطان، کودکان و اعتیاد؛
- جذب حدود ۱۵۰۰۰ میلیارد ریال کمک مردمی و خیرین برای توسعه زیرساخت‌های حوزه سلامت؛

ج) نقاط ضعف: هم‌اکنون سیاست‌گذاران سلامت به اهمیت مشارکت مردم اعتقاد جدی دارند و بخش سلامت سیاست‌های سنجیده و اعلام‌شده برای جلب و سازمان‌دهی مشارکت مردم دارد. با این حال به نظر می‌رسد هنوز اعتقاد به باارزش بودن نظرات مردم و اعتماد به توانایی‌های آنان در بدنه بخش سلامت آن‌طور که باید شکل نگرفته و هنوز در نگاه برخی مسئولین از مشارکت مردم به‌عنوان ابزار تأمین مالی و به‌عنوان شنونده یک‌طرفه پیام‌های بخش سلامت تعبیر می‌شود. درگیر کردن مردم در سایر کارها مانند هدف‌گذاری و پایش برنامه‌های سلامت، ضمن آنکه اثرات برنامه‌ها تقویت کرده و شاخص‌های مربوط به سلامت جامعه را ارتقا می‌دهد، باعث نهادینه‌سازی و پایداری بیشتر مشارکت مردم خواهد گردید. همچنین با اینکه مستندات زیادی از تجربیات مربوط به مشارکت مردم در نظام سلامت در کشور وجود دارد ولی به نظر می‌رسد که مستندسازی در این زمینه ضعیف بوده است.

فصل چهارم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

هدف از طرح حاضر تدوین گزارشی از وضعیت مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در جمهوری اسلامی ایران و بررسی جایگاه ایران در میان سایر کشورها از نظر این عوامل به همراه پیشنهادهای سیاستی جهت ارتقاء وضعیت کشور بود.

وضعیت شاخص‌های در ۸ حیطة عمده مؤلفه‌های اجتماعی سلامت در جداول ۱ تا ۳۶ نشان داده شده است. با نگاهی دقیق‌تر به این جدول نکات زیر استخراج می‌شود:

در مورد آموزش جمعیت هدف سنین برای اجرای مداخلات سوادآموزی، جمعیت ۱۰ تا ۴۹ سال می‌باشد. همان‌طور که در قسمت نتایج مشاهده می‌شود، افزایش نرخ باسوادی در جمعیت ۱۰ تا ۴۹ سال بیشتر از جمعیت ۶ سال به بالا می‌باشد و همچنین میزان باسوادی در بین زنان و مردان با یکدیگر اختلاف معناداری ندارد که نشان‌دهنده رعایت عدالت در این زمینه در کشور می‌باشد؛ اما مشکل اصلی در این زمینه مسئله ترک تحصیل می‌باشد به طوری که میزان پوشش تحصیلی به تدریج از دوره ابتدایی از ۹۸,۲ درصد به ۸۵ درصد در دوره متوسطه اول و ۷۸ درصد در دوره متوسطه دوم کاهش می‌یابد که نشان‌دهنده افزایش میزان ترک تحصیل می‌باشد.

اما در بین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مهم‌ترین عامل در کشور مسئله بیکاری می‌باشد. بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی مرکز آمار در سال ۱۳۹۵ نرخ بیکاری در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر ۱۲,۴ درصد بوده است و نکته مهم‌تر و بالاتر بودن نرخ بیکاری در جوانان ۲۹,۲ درصد که بیش از دو برابر نرخ بیکار در کشور می‌باشد. به صورتی که در حال حاضر حدود ۷۰ درصد از افراد بیکار در ایران جوانان هستند و بیکاری جوانان تبدیل به یکی از چالش‌های اصلی اقتصادی و اجتماعی کشور شده است. همچنین با اینکه در زمینه آموزش و تحصیلات اختلاف جنسیتی واضحی بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود اما وجود تفاوت فراوان در زمینه اشتغال بین زنان و مردان (نرخ بیکاری ۱۰,۸ درصد در مردان و ۲۰,۱ درصد در زنان) نشان‌دهنده ضعف در رعایت عدالت جنسیتی در این زمینه در کشور می‌باشد. میانگین نرخ بیکاری در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا برابر ۶/۳ درصد می‌باشد که ایران در مقایسه با این گروه کشورها نرخ بیکاری بالاتری دارد.

در مورد مسکن یکی از چالش‌های مهم کشور در سال‌های اخیر افزایش میزان حاشیه‌نشینی در کشور می‌باشد با اینکه آمار رسمی از جمعیت ساکن حاشیه شهرها و بافت‌های فرسوده در کشور وجود ندارد اما بر اساس آمار غیررسمی روند حاشیه‌نشینی رو به افزایش می‌باشد و هم‌اکنون حدود ۱۱ میلیون نفر در حاشیه شهرها ساکن هستند و ۹ میلیون نفر نیز ساکن بافت‌های فرسوده می‌باشند.

در بحث اوقات فراغت امور مرتبط با سیاست‌گذاری کلان در حوزه اوقات فراغت به عهده شورای عالی جوانان می‌باشد. سازمان‌ها و دستگاه‌های زیادی از جمله وزارت آموزش و پرورش، وزارت ورزش و جوانان، شهرداری‌ها، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و... نیز در این امر دخیل هستند و مداخلاتی را به صورت پراکنده و جزیره‌ای انجام می‌دهند. باین‌همه وضعیت تفریحات در سال‌های اخیر چندان مناسب نبوده و آمارها نشان می‌دهد که سهم هزینه خانوار برای تفریحات از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ روند کاهشی داشته که به نظر می‌رسد علت آن افزایش سهم هزینه مسکن و هزینه‌های خوراکی در سبد خانوار بوده است.

روند طلاق در کشور روند افزایشی داشته به طوری که نسبت تعداد ازدواج به تعداد طلاق ثبت شده در کشور از ۹,۸ در سال ۱۳۸۳ به ۳,۹ در سال ۱۳۹۵ کاهش یافته است یعنی چیزی حدود یک‌سوم. به همین موازات

میانگین سن ازدواج نیز در کشور افزایش یافته و از ۲۴,۹ در مردان و ۱۹ در زنان در سال ۱۳۳۵ به ۲۶,۷ در مردان و ۲۳,۴ در زنان در سال ۱۳۹۰ رسیده است. به نظر می‌رسد که یکی از علل افزایش نسبت طلاق به ازدواج در سال‌های اخیر این باشد که همان‌طور که در هرم جمعیتی کشور مشاهده می‌شود در حال حاضر بیشترین جمعیت کشور در سن ۳۰ تا ۳۴ سال می‌باشد که بالاتر از میانگین سن ازدواج کشور می‌باشد بنابراین اکثر این جمعیت متأهل هستند و انتظار داریم که میزان ازدواج‌های ثبت‌شده در سال‌های اخیر روند کاهشی داشته باشد و از سوی دیگر طلاق‌ها افزایش پیدا کنند.

نقش وزارت بهداشت و دانشگاه‌های تابعه به‌عنوان سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات در کاهش خطرات مرتبط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سه وظیفه خلاصه می‌شود: ۱. رهبری: ایجاد انگیزه و تعهد کافی در همکاری بین بخشی؛ ۲. حمایت‌طلبی: تغییر دادن نگاه حاکم بر تخصیص منابع و در پیش گرفتن راهبردهای برد-برد؛ ۳. میانجیگری دانش: برای انتقال دانش به سیاست‌گذاران و آحاد مردم.

نتیجه‌گیری

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وظیفه دارد تا در حفظ و ارتقای سلامت مردم کشور گام بردارد، ممکن است به نظر برسد که این امر با مجموع فعالیت‌ها و اولویت‌های بخش درمان وزارت بهداشت، منافع بخش دارو، تجهیزات پزشکی و گروه‌های بالینی و آزمایشگاهی که به‌نوعی موجودیت آن‌ها به بیماری افراد جامعه وابسته است، تضاد داشته باشد. به همین دلیل لازم است بخش سلامت به مردم و سایر بخش‌ها و سیاست‌گذاران ارشد این اطمینان را بدهد که تعادل بین مداخلات پیشگیری و مداخلات درمانی را رعایت می‌کند. این موضوع از این نظر مهم است که در هر دولتی چنانکه خدمات پیشگیری مورد غفلت واقع شود، بارکاری دولت‌های بعدی بیشتر صرف درمان مردم شده و در عمل موضوع وقت‌گذاری و تلاش برای کاهش اثرات عوامل اجتماعی بر سلامت از طریق همکاری بین بخشی و مشارکت مردم در حاشیه قرار می‌گیرد.

منابع

۱. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. The Lancet. ۲۰۱۲ Sep ۱۵;۳۸۰(۹۸۴۶):۱۰۱۱-۲۹.
۲. Marmot, M. and Allen, J.J., ۲۰۱۴. Social determinants of health equity.
۳. World Health Organization. Social determinants of mental health. World Health Organization; ۲۰۱۴.
۴. Adler NE, Cutler DM, Jonathan JE, Galea S, Glymour M, Koh HK, Satcher D. Addressing social determinants of health and health disparities. National Academy of Medicine. Perspectives: Vital Directions for Health and Health Care Initiative. ۲۰۱۶ Sep ۱۹.
۵. de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC, Ribeiro KG, Koller TS, Cruz FN, Atun R. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. The Lancet. ۲۰۱۵ Apr ۴;۳۸۵(۹۹۷۵):۱۳۴۳-۵۱.
۶. پورتال معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی. قابل دسترسی: مردادماه ۱۳۶۹
۷. پورتال وزارت آموزش و پرورش. قابل دسترسی: مردادماه ۱۳۶۹
۸. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۵.
۹. طرح شناسایی کودکان بازمانده از تحصیل مقطع ابتدایی در کشور، ۱۳۹۵.
۱۰. مرکز آمار ایران، نتایج طرح آمارگیری از ویژگی‌های اشتغال و بیکاری (۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳) و طرح آمارگیری نیروی کار (۱۳۸۴ تا ۱۳۹۵)
۱۱. درگاه ملی آمار، شاخص‌های اهداف توسعه هزاره جمهوری اسلامی ایران (در مرداد ۱۳۹۶) قابل دسترسی در: <https://www.amar.org.ir/>
۱۲. مرکز آمار ایران، مطالعه هزینه درآمد خانوار، ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۴.
۱۳. سازمان ثبت‌احوال کشور، دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت (در مرداد ۱۳۹۶) قابل دسترسی در <https://www.sabteahval.ir/avej/tab۴۷۶۹-.aspx>
۱۴. ستاد مبارزه با مواد مخدر، پیمایش ملی خانوار در مورد شیوع مصرف مواد مخدر و روان گردانها در جمعیت عمومی خانوار، ۱۳۹۵ (گزارش چاپ نشده)