نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۴۳ تا ۵۰

اصیل

سلامت اجتماعی در آیینه «گزارش وضعیت اجتماعی فرهنگی ایران»

نرگس تبریزچی[۱]، ابوالقاسم پوررضا[۲*]

۱. دانشیار پزشکی اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
۲. ***نویسنده مسئول:** استاد، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، abolghasemp@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ارکان اساسی سلامت، به دلیل تأثیرات گسترده‌اش بر ابعاد دیگر سلامتی و نیز کارکردآن در کیفیت زندگی فردی و پویایی جامعه، اهمیت ویژه‌ای دارد و درک عوامل مؤثر بر آن ضروری است. این مقاله با بررسی و تحلیل این عوامل، به دنبال ارائه تصویری از وضعیت اجتماعی فرهنگی کشور از دیدگاه سلامت اجتماعی است.

روش: این مطالعه با رویکرد توصیفی- تحلیلی، وضعیت برخی از عوامل موثر بر سلامت اجتماعی را براساس آخرین گزارش وضعیت اجتماعی فرهنگی ایران بهار۱۴۰۳ ارائه و به تحلیل آن براساس جلسه بحث گروهی در گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان می‌پردازد. در این جلسه، ۲۰ نفر از متخصصان درحوزه های پزشکی، روان‌پزشکی، پزشکی اجتماعی، مددکاری اجتماعی، جامعه شناسی، آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، روان‌شناسی عمومی و اجتماعی حضور داشتند.

یافته‌ها: خلاصه‌ای از وضعیت عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی با تاکید بر آموزش، سلامت و آسیب‌های اجتماعی، به همراه تحلیل آن ارائه شد. نرخ باسوادی از ۸۷/۹ ۱۳۹۵ به ۹۰/۷ درصد در ۱۴۰۲ افزایش یافته است ولی همچنان شکاف آماری بین مردان و زنان و شهر و روستا وجود دارد. توزیع دانشجویان حاکی از کاهش قابل توجه درصد دانشجویان گروه کشاورزی و دامپزشکی است. آمار مربوط به مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر یکسال و زیر پنج سال رو به کاهش و جمعیت دارای دسترسی به آب سالم و تحت پوشش شبکه فاضلاب شهری اقزایشی بوده است. آمار مربوط به پزشکان به نظر می‌رسد دارای اشکالات اساسی و غیردقیق باشد. تعداد مراکز و پذیرش درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و مراکز کاهش آسیب اعتیاد کاهش یافته است. تعداد مراجعات به دلیل نزاع فیزیکی کاهش و تعداد نزاع روانی افزایش یافته است. مرگ‌ومیر ناشی از حوادث کار هم در دوره مورد مطالعه به‌ویژه در زنان کاهش یافته است. درخواست و مجوز سقط قانونی هم روندکاهشی داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر دوسویه عوامل اجتماعی - فرهنگی و سلامت اجتماعی می‌توان با رصد دقیق و تحلیل موشکافانه این عوامل و اتخاذ سیاست‌های مبتنی بر شواهد انتظار داشت سلامت اجتماعی ارتقا یابد.

کلیدواژه‌ها: آموزش، ایران، بهداشت همگانی، روابط اجتماعی

مقدمه

سلامت اجتماعی کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه(۱) است و به عنوان یکی از ابعاد سلامت به وضعیتی اشاره دارد که فرد در آن احساس رفاه، ارتباط مثبت با دیگران، و توانایی در مشارکت فعال در جامعه را دارد(۲). سلامت اجتماعی نه تنها به عنوان بعدی از سلامت؛ بلکه به دلیل تأثیری که بر سایر ابعاد سلامت می‌گذارد دارای اهمیت می‌باشد. روابط مثبت و پشتیبانی اجتماعی نقش مهمی در سلامتی جسمی و روانی دارند(۳). مطالعات نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی موجب کاهش استرس، افزایش رضایت‌مندی از زندگی و بهبود عملکرد فردی می‌شود (۴). همچنین، جامعه‌ای با سطح بالای سلامت اجتماعی، فرد را قادر می‌سازد تا در فعالیت‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مشارکت فعال داشته باشد، که این به نوبه خود موجب توسعه و پایداری اجتماعی می‌شود.

سواد و آموزش نقش بسزایی در ارتقاء سلامت اجتماعی دارند، زیرا دانش و مهارت‌های لازم برای مواجهه با چالش‌های اجتماعی و اقتصادی را فراهم می‌کنند. سواد به معنای توانایی فهم و استفاده مؤثر از اطلاعات است(۵). افراد با سواد بهتر، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی قوی‌تری دارند و بهتر می‌توانند روابط مثبت برقرار کرده و در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت کنند. بر اساس مطالعات متعدد، سطح سواد پایین با افزایش تنش‌های روانی و مشکلات سلامت روانی، انزوا و کاهش کیفیت روابط

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]
[DOI: 10.22034/9.1.5]

اجتماعی مرتبط است(۶). آموزش در توسعه مهارت‌های اجتماعی، همدلی، و آگاهی‌های فرهنگی نقش مهمی دارد. برنامه‌های آموزشی جامع، از جمله آموزش‌های مهارتی و آموزشی سلامت، می‌توانند موجب افزایش سطح سواد سلامت و بهبود روابط اجتماعی شوند (۷). آموزش مؤثر، افراد را قادر می‌سازد که خودمختارانه تصمیم‌گیری کرده و به حل تعارضات کمک کند.

اما در مقابل، آسیب‌های اجتماعی تهدیدی جدی برای سلامت اجتماعی محسوب می‌شوند و می‌توانند منجر به افزایش نابرابری‌های اجتماعی، کاهش کیفیت زندگی و تضعیف نهادهای اجتماعی شوند (۸).

باتوجه به موارد ذکر شده در این مقاله برآن است که با تشریح وضعیت عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی تحلیلی برآن را ارائه نماید.

روش

این مقاله، با اتخاذ رویکردی توصیفی- تحلیلی، تلاش می‌کند تا به بررسی و واکاوی دقیق‌تر عوامل مؤثر و تعیین‌کننده بر سلامت اجتماعی در جامعه ایران بپردازد. مبنای اصلی این بررسی، گزارش جامع و تفصیلی «وضعیت اجتماعی فرهنگی ایران» مربوط به بهار سال ۱۴۰۳ است که به عنوان منبعی غنی از داده‌ها و اطلاعات مورد استفاده قرار گرفته است. علاوه بر این، تحلیل‌های حاصل از یک جلسه بحث گروهی تخصصی نیز در این پژوهش به کار گرفته شده است. این جلسه بحث گروهی در گروه علمی سلامت اجتماعی فرهنگستان برگزار شد و فرصتی را فراهم آورد تا دیدگاه‌ها و نظرات متخصصان مختلف در این زمینه مورد تبادل و بررسی قرار گیرد. در این نشست تخصصی، ۲۰ نفر از متخصصان برجسته و صاحب‌نظر از حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامت اجتماعی حضور داشتند. این حوزه‌ها شامل رشته‌های پزشکی، روان‌پزشکی، پزشکی اجتماعی، مددکاری اجتماعی، جامعه‌شناسی، آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، روان‌شناسی عمومی و روان‌شناسی اجتماعی بود. تنوع تخصص شرکت‌کنندگان در این جلسه، امکان بررسی موضوع از زوایای مختلف و ارائه تحلیل‌های جامع‌تر و دقیق‌تری را فراهم نمود. هدف اصلی این مقاله، ارائه تصویری روشن و جامع از عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در ایران، با استفاده از داده‌های موجود و نظرات کارشناسان خبره در این زمینه است.

یافته‌ها

در این بخش، به ارائه خلاصه‌ای جامع از وضعیت عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی می‌پردازیم. این عوامل، نقش حیاتی در تعیین کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی افراد ایفا می‌کنند. در تحلیل حاضر، تأکید ویژه‌ای بر سه حوزه کلیدی خواهیم داشت: آموزش، سلامت و آسیب‌های اجتماعی. آموزش، به عنوان بستری برای رشد فردی و اجتماعی، تاثیر بسزایی در ارتقای سلامت اجتماعی دارد. دسترسی به آموزش با کیفیت، توانمندسازی افراد و افزایش آگاهی آن‌ها، می‌تواند منجر به اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر و مشارکت فعال‌تر در جامعه شود. حوزه سلامت نیز، به‌طور مستقیم بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار است. دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مناسب، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت روانی، از جمله عوامل مهم در این زمینه هستند. در نهایت، به بررسی آسیب‌های اجتماعی می‌پردازیم. این آسیب‌ها، از جمله فقر، بیکاری، اعتیاد و خشونت، می‌توانند سلامت اجتماعی را به طور جدی تهدید کنند. تحلیل دقیق این آسیب‌ها و ارائه راهکارهای مناسب برای مقابله با آن‌ها، از اهمیت بالایی برخوردار است. در ادامه، به تحلیل دقیق‌تر این عوامل و ارائه تصویری روشن از وضعیت سلامت اجتماعی خواهیم پرداخت.

آموزش پیش از دانشگاه

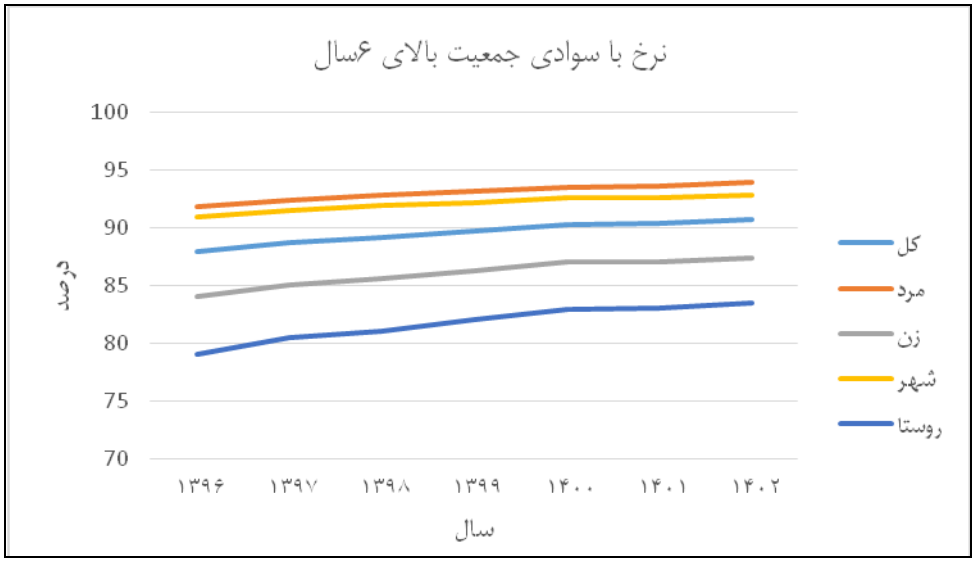
این توضیح لازم است که مدارس در این گزارش فقط به دو گروه مدارس دولتی و غیردولتی تقسیم شده و انواع متعدد آن زیر چتر این دو مفهوم قرار گرفته‌اند. می‌توان گفت که جزئیات تنوع ساختاری چندان مورد عنایت نبوده‌اند و این مسئله مقدار زیادی تحلیل‌های دقیق از آموزش و ابعاد آن را، مثلا عدالت آموزشی، با مشکل مواجه می‌سازد.

در بازه زمانی مورد مطالعه، نرخ باسوادی از ۸۷/۹ در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به ۹۰/۷ درصد در ۱۴۰۲ افزایش یافته است(نمودار ۱).

نرخ باسوادی در کل کشور در حد تا اندازه مطلوبی است؛ اما با نابرابری جنسیتی همراه است. مردها بیشتر از زنان (۹۳/۹ درصد در برابر ۸۷/۴ درصد) از مزیت سواد برخوردارند. این نابرابری بین شهر و روستا هم به چشم می‌خورد ولی شکاف آماری در هر دو مورد کاهش یافته است(نمودار ۱).

در همین مدت با افزایش بسیار اندک فضای آموزشی از ۵/۱۷ به ۵/۲۸ متر مربع روبرو بوده‌ایم. در طول این دوره نسبت دانش آموزان مدارس غیردولتی به کل دانش آموزان از ۱۱/۴ درصد به ۱۴/۸ افزایش یافته و این نسبت در دوره ابتدایی در سال ۳-۱۴۰۲ بالاتر بوده است. استقبال از مدارس غیردولتی می‌تواند کیفیت و عدالت آموزشی در مدارس دولتی را زیر سوال ببرد. شاید در تأیید این مطلب بتوان شاخص تغییرات نسبت دانش آموز به معلم در مدارس دولتی را مورد توجه قرار داد. برابر داده‌های این گزارش، این نسبت در مقاطع تحصیلی ابتدائی از ۲۵/۲ به ۲۸/۳ درصد، متوسطه اول ۱۹/۹ به ۲۵/۹ درصد، متوسطه دوم ۱۳/۵ به ۱۶/۸ افزایش یافته است. چنین افزایشی می‌تواند مسائلی از قبیل استخدام محدود در آموزش و پروش، عدم جایگزینی بازنشسته‌ها، خروج معلمان از نظام آموزش و پرورش دولتی به دلایل گوناگون، رونق مدارس غیردولتی و جذب بیشتر معلمان توسط آنها و بی‌میلی و استقبال محدود برای جذب در آموزش و پرورش را در سیاست‌گذاری‌ها طرح کند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]
[DOI: 10.22034/9.1.5]



نمودار ۱. نرخ باسوادی جمعیت بالای ۶سال برحسب جنس و محل سکونت(شهر یا روستا) درسال‌های ۱۳۹۶ الی ۱۴۰۲

به لحاظ توزیع دانش آموزان در مقاطع تحصیلی مختلف بـه تفکیـک دولتی و غیر دولتی، در مقطع ابتدایی، مـدارس غیردولتـی دسـت بـالا را داشتند (بالای ۶۰ درصـد)؛ امـا در مقطـع متوسـطه اول و دوم مـدارس دولتی آمار بالاتری به خود اختصاص داده‌اند.

در مدارس غیردولتی، دانش آموزان پسر در همه مقـاطع و همـه سال‌ها نسبت بالاتری داشـتند. ایـن امـر مـی‌توانـد از طرفـی بیـانگر سرمایه‌گذاری بیشتر خانواده‌هـا روی پسـران و حتـی نـوعی تـرجیح جنسی بین آنها باشد که نابرابری جنسیتی را دوام می‌بخشد. از طرف دیگر عدم دسترسی فیزیکـی یـا نـاتوانی مـالی بـرای مقـاطع بـالاتر تحصیلی را حکایت کند.

یک شاخص مهم دیگر در ارزیابی عملکرد نظام آموزشی، میـزان و نـرخ ترک تحصیل دانش آموزان در مقاطع مختلف تحصیلی و بر حسـب جـنس آنها می‌باشد. در مقطع ابتدایی دخترهـا بیشـتر از پسـرها در اکثـر سـالهای مـورد مطالعـه اقـدام بـه تـرک تحصـیل نمـوده‌انـد (بجـز سـال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ که تعداد پسرها بیشتر بودند)؛ امـا در مقطـع متوسـطه اول و دوم دخترها کمتر از پسرها در همه سال‌ها دست به این اقدام زده‌اند. ادامـه چنین روندی، به شرط ثابت ماندن دیگر متغیرها، دخترانه‌تر شدن آمـوزش در مقاطع بالاتر تحصـیلی و حتـی در دانشـگاه‌هـا را محتمـل‌تـر مـی‌کنـد. پدیده‌ای که در سال‌های اخیر در دانشگاه‌ها کم و بیش شاهد آن بـوده‌ایـم. یک احتمال دیگر برای تحلیل این وضعیت، خروج بیشتر پسران از تحصـیل برای فعالیت در بازار کار برای کمک به معیشت خانواده با عنایت بـه فقیرتـر شدن پاره ای از اقشار جامعه در سال‌های اخیر است.

بازماندگان از تحصیل متغیر مهمی در پوشش جامع نظام آموزشی به شمار می‌رود. در مقطع ابتدایی، در سال‌های ۱۳۹۶-۱۴۰۲، بازماندگان از تحصیل پسر، بیشتر از همتایان دختر آنها بوده اسـت. نمـودار ۲ مقایسـه سال‌های آغاز و پایان مطالعه این واقعیت را بر حسب جنس نشان می‌دهد.

با وجود تغییرات نمودار در سال‌های مختلف ولی مقایسه بازماندگان از تحصیل در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵با سال۱۴۰۳-۱۴۰۲نشان می‌دهد در مقطع ابتدایی با شیب ملایم آمـار افزایشـی، در متوسـطه اول بـا شـیب ملایـم کاهشی و در متوسطه دوم متغیر بوده است(نمودار۲).

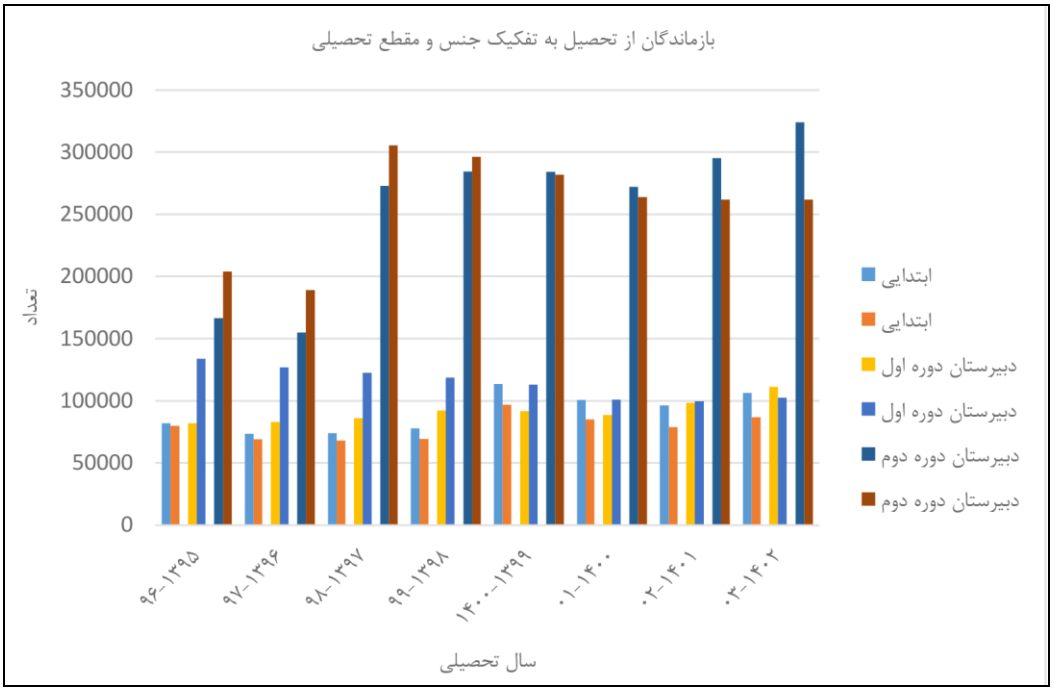
آموزش دانشگاهی

با توجه به اینکه شمار کلی دانشجویان طی مدت مطالعه کاهشی بوده است(۲۰درصد کاهش یافته است) ولی ایـن رونـد در توزیـع دانشـجویان بازتـاب یکسـانی نداشـته وبرخـی از رشـته کـاهش شـدیدتری را تجربـه نموده‌اند؛ درحالی‌که اقبال به رشته‌هایی بیشتر بوده است(جدول۱).

نکتـه مهـم و قابـل تاکیـد در ایـن آمـار تعلـق کمتـرین میـزان کـادر دانشجویی بـه گـروه کشـاورزی و دامپزشـکی اسـت؛ بـه‌طـوری‌کـه تعـداد دانشجویان این گروه کاهش ۳۰درصدی را نشان می‌دهند. بی‌تردیـد تـداوم این روند، به هر دلیلی اعم از عدم توسعه زیرساخت‌های آموزشی ایـن گـروه آموزشی یا عدم استقبال جوانان از این رشته‌ها و یا...، می‌تواند به عدم رشـد علمی کشور و مدرن سازی تولیدات کشاورزی و درجا زدن و دوام شیوه‌های سنتی تولید و نابودی تدریجی زیرساخت‌های کشاورزی منجر شود و منبـع اصلی غذا و تولیدات غذایی را که معیشت مردم بر آن استوار است، فـراهم و امنیت غذایی کشور را دچار بحران نماید.

این توضـیح لازم اسـت کـه توزیـع دانشـجویان در همـه گـروه‌هـای تحصیلی (علوم انسانی، علوم پایه، فنی مهندسی و...)، به جز گروه پزشکی، در ۱۴۰۳-۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ روندی کاهشی دارد. دلایل بالقوه این امر می‌تواند جایگاه شغلی، قطعیت اشتغال، درآمد، سهولت برای جذب در خارج از کشور و... باشد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]
[DOI: 10.22034/9.1.5]



نمودار ۲. بازماندگان از تحصیل به تفکیک مقطع و سال تحصیلی و جنس

جدول ۱. توزیع دانشجویان در سال‌های تحصیلی ۱۳۹۶ –۱۳۹۵ و ۱۴۰۲-۱۴۰۲، در گروه‌های مختلف آموزشی

گروه‌های آموزشی	تعداد(درصد) در سال تحصیلی۱۳۹۶-۱۳۹۵	تعداد(درصد) درسال تحصیلی۱۴۰۲-۱۴۰۱
گروه علوم انسانی	(۴۶/۹)۱۹۱۲۰۶۳	(۵۲/۲)۱۶۹۵۹۹۴
علوم پایه	(۵/۹)۲۴۱۰۳۳	(۶/۳)۲۰۶۶۰۴
کشاورزی و دامپزشکی	(۳/۹)۱۶۰۳۲۰	(۳/۵)۱۱۳۲۶۳
فنی مهندسی	(۲۹)۱۱۷۶۶۹۰	(۲۲/۴)۷۲۷۰۴۶
هنر	(۸/۱)۳۳۱۹۵۹	(۷)۲۲۴۹۸۹
علوم پزشکی	(۶/۲)۲۵۱۷۶۲	(۸/۶)۲۸۱۷۰۵
کل	(۱۰۰)۴۰۷۳۸۲۷	(۱۰۰)۳۲۴۹۶۰۱

شاخص‌های سلامت

مرگ و میر کودکان زیر یکسال و زیر یکسال تا پنج سال، از مهمترین شاخص‌های سنجش عملکرد نظام سلامت به شمار می‌رود. میزان مرگ و میر کودکان در هر دو گروه سنی، در طول دوره مطالعه و در مقایسه سال‌های اول و آخر مطالعه، رو به کاهش بوده است. مرگ‌ومیر کودکان زیر یکسال از ۸۲۶۱ نفر در سال ۹۶-۹۵ به ۱۳۶۴ نفر در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ کاهش یافته است. در جمع کودکان زیر پنج سال هم شاهد کاهش مرگ و میر از ۳۶۴۳ نفر در ۱۳۹۶-۱۳۹۵ به ۶۱۱ نفر در سال پایانی مطالعه در پاییز ۱۴۰۳ هستیم که پیشرفت محسوسی را نشان می‌دهد. البته در فاصله سال‌های اول و آخر مطالعه، نوساناتی جزیی در آمار مربوط به روند مرگ‌ومیر ارائه شده دیده می‌شود؛ اما در مجموع سیر نزولی مرگ‌ومیر کودکان بسیار قابل توجه است. نکته قابل توجه این است که در جمع کودکان زیر یکسال، مرگ و میر دخترها کمتر از پسرها اعلام شده است؛ اما در گروه کودکان زیر پنجسال، تعداد مرگ‌ومیر از هر دو جنس در سال ۱۴۰۳ تقریباً برابر بوده است (فقط با یک مورد اختلاف به نفع پسرها).

مرگ‌ومیر نوزادان از ۸/۷۶ در هر هزار تولد زنده در سال ۹۶ به ۸/۳۳ در ۱۴۰۲ رسیده است که تغییر چندان محسوسی را نشان نمی‌دهد، هرچند طبیعی و توجیه‌پذیر به نظر می‌رسد.

چنین روند آرام و بطئی در رابطه با نسبت جمعیت دارای دسترسی به آب سالم نیز به چشم می‌خورد. این نسبت از ۹۳/۶۰ درصد در سال ۱۳۹۶ به ۹۴/۲۰ درصد در ۱۴۰۲ رسیده است که پیشرفت بسیار اندکی را نشان می‌دهد؛ اما نسبت جمعیت تحت پوشش شبکه فاضلاب شهری در مقایسه با شاخص مذکور پیشرفت محسوسی داشته و از ۴۸/۹۰ درصد در سال ۱۳۹۶ به ۵۵/۸۹ درصد در سال ۱۴۰۲ رسیده است.

تعداد پزشکان

آمار این قسمت به شدت ناقص است؛ لذا هرگونه تحلیل در این رابطه

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]
[DOI: 10.22034/9.1.5]

باید بسیار محتاطانه باشد. تعداد پزشکان عمومی در سال ۱۳۹۶ حدود ۱۶۵۷۹ نفر و در سال ۱۴۰۲ برابر ۱۸۱۸۹ نفر اعلام شده است؛ اما تعداد پزشکان متخصص ۱۷۷۲۵ نفر در سال ۱۳۹۶ و ۱۸۸۱۹ نفر در سال ۱۴۰۲ ذکر شده که در هر دو مقطع زمانی نسبت به پزشکان عمومی فزونی نشان می دهد. البته در متن گزارش و در پای جدول مربوط به این شاخص، عدم ارائه آمار از سوی تعداد زیادی از دانشگاه‌ها با ذکر نام آنها قید شده است. در هر صورت اگر آمار ارائه شده صحیح باشد، پیاده سازی پزشکی خانواده و سیستم ارجاع می‌تواند با مشکل جدی همراه باشد. به‌هم ریختگی نسبت‌ها می‌تواند بیانگر مشکلات ساختاری و در رفتگی سازمانی باشد و امید است که چنین معضلی سازمان‌های ما را تهدید نکند. در طول دوره مطالعه، نسبت پزشک عمومی به جمعیت در هر ده هزار نفر از ۲/۰۵ در ۱۳۹۶ به ۲/۱۳ در ۱۴۰۲ رسیده است که افزایشی بسیار مختصر را نشان می‌دهد. این افزایش در مورد نسبت پزشکان متخصص به هر ده هزار نفرجمعیت، بسیار ناچیز و در حد یک صدم بوده است (یعنی از ۲/۱۹ در ۱۳۹۶ به ۲/۲۰ در ۱۴۰۲).

آسیب‌های اجتماعی

آسیب‌های اجتماعی شامل مواردی همچون اعتیاد، بزهکاری، فقر، بی‌سوادی، اعتیاد به مواد مخدر، خشونت و سقط جنین هستند که به تخریب نهاد خانواده و کاهش سلامت روان و جسم افراد منجر می‌شود(۹). از جمله آسیب‌های مهم اجتماعی که پایه بسیاری از سوءرفتارها و ناهنجاری‌های دیگر اجتماعی محسوب می‌شود، اعتیاد است. شواهد حاکی از آن است که پدیده سوء مصرف مواد، رو به گسترش، و سن استفاده از آن کاهش، و درگیری دختران در مصرف آن افزایش یافته است. این مسئله، البته شایسته بررسی‌های دقیق‌تر و عمیق‌تری است و محافظت آحاد جامعه از آن، به‌ویژه جوانان، وظیفه‌ای بر دوش دولت‌ها و نهادهای سلامت‌محور است.

مطابق گزارش مرکز آمار در فاصله سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲، تعداد گیرندگان خدمت از مراکز درمان اعتیاد از ۴۸۶۴۶۰ نفر به ۶۶۲۱۳۶ نفر افزایش یافته است درحالی‌که تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمت از ۲۳۰۴ به ۲۲۰۵ کاهش یافته است. این داده، می‌تواند تا حدی نگران‌کننده و بیانگر عدم دسترسی به درمانگر و مراکز ارائه خدمت، درمان یا مشاوره، و یا بی‌اعتنایی و بی‌اعتمادی به درمان و پیشگیری را طرح کند. البته توزیع مراکز و کیفیت ارائه خدمت و دیگر متغییرهای مؤثر بر مراجعه به این مراکز، از جمله خود درمانی، عطاری‌ها و... را هم باید در تحلیل جامع تر ملحوظ کرد؛ اما نکته نگران‌کننده این است که تعداد افراد پذیرش شده در مراکز مجاز درمان اعتیاد، در بازه زمانی گزارش از ۱۲۵۴۷۰۴ نفر در ۱۳۹۶ به ۱۵۸۱۲۹۱ نفر در ۱۴۰۲ افزایش یافته است. خدمت گیرندگان سرپایی مراکز درمان اعتیاد تحت پوشش بهزیستی در بخش دولتی در سال ۱۳۹۶، ۱۴۶۳ نفرو ۴۰۵۷ نفر در سال ۱۴۰۲ اعلام شده‌اند. در بخش غیردولتی، آمار خدمت گیرندگان افزایش چشمگیرتری را نشان می‌دهد بهطوری‌که از ۹۶۱۶۰ نفر در سال ۱۳۹۶ به۳۰۳۵۵۳ نفر در سال ۱۴۰۲رسیده است. باید بررسی شود که رشد بخش خصوصی در این عرصه آیا حکایت از کمبود در دسترسی، ضعف کیفیت خدمات در بخش دولتی، یا شرم اجتماعی از مراجعه به مراکز عمومی دارد؟

انواع مواد مخدر کشف شده در بازه زمانی فوق از ۸۰۸۶۳۲ کیلوگرم به ۶۱۲۲۵۵ کاهش یافته است که اندکی نامتعارف به نظر می‌رسد. بیشترین مواد کشف شده در درجه اول تریاک بوده و میزان کشف شده از این ماده مخدر در دوره مطالعه از ۶۴۹۶۱۶ کیلو گرم در سال ۹۶ به ۴۰۴۹۷۶ کیلوگرم در ۱۴۰۲ کاهش نشان می‌دهد. کانابیس در مرتبه بعد از تریاک قرار دارد و در دوره زمانی یاد شده میزان کشف آن از ۱۰۸۱۱۱ کیلوگرم به ۱۱۹۱۲۲ کیلوگرم افزایش یافته است. شیشه، مرفین و هرویین در مراتب بعدی قرار دارند.

تعداد مراکز کاهش آسیب اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور، و تعداد خدمات گیرندگان این مراکز نیز همانگونه که در جدول ۲ خلاصه شده، کلاً رو به کاهش بوده است

تعداد مراکز و پذیرش درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها هم همانگونه که از جدول ۳ بر می‌آید، به‌رغم افزایش تعداد گیرندگان خدمت، رو به کاهش بوده است.

تعداد مددجویان بهزیستی از ۲۲۶۹۰۳۰ نفر در ۱۳۹۶ به ۲۷۱۶۹۵۳ نفر در ۱۴۰۲ افزایش یافته است. این تغییر می‌تواند نشانه‌ای از حرکت گروه‌هایی از جامعه به سمت فقیرتر شدن و آسیب پذیرتر شدن باشد. این روند به نوعی خود را در افزایش تعداد خدمت گیرندگان از کانکس‌ها نشان می‌دهد که از ۱۴۳۴ نفر در سال ۱۳۹۸ به ۲۲۱۸۷ نفر در ۱۴۰۲ فزایش یافته‌اند. تعداد کانکس‌ها در همین بازه زمانی از ۸ مرکز به ۷۶ مرکز افزایش نشان می‌دهد.

علت این افزایش، یا یکی از علل آن شاید کاهش مراکز سرپناه شبانه باشد که از ۹۰ مرکز به ۴۴ مرکز در دوره مذکور رسیده است. به خودی خود با کاهش تعداد این مراکز، خدمت گیرندگان آنها هم به لحاظ محدودیت دسترسی کاهش یافته و بازماندگان به مراکز و محل‌های جایگزین سر ریز می‌شوند. همانگونه که اشاره شد خدمت گیرندگان مراکز سرپناه شبانه از ۱۶۴۳۸ نفر در ۱۳۹۶ به ۵۴۳۸ نفر در ۱۴۰۲ کاهش یافته‌اند.

به نظر می‌رسد فقر و آسیب‌های اجتماعی هم مانند سالمندی، روند زنانه شدن در پیش گرفته است؛ اما ساختارهای نابرابر و بوروکراتیک و مبتنی بر سلسله مراتب منزلت و قدرت، توجه چندانی به این مسئله ندارند. مراکز حمایت و بازپروری زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی در کل و از ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ از ۱۴۳۲ مرکز به ۶۹۸ مرکز کاهش یافته‌اند. این کاهش بیشتر در بخش دولتی بوده است. مطابق آمار ارائه شده در گزارش

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]
[DOI: 10.22034/9.1.5]

جدول ۲. آمارمراکز کاهش آسیب اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور، و خدمات گیرندگان در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۴۰۲

نوع مرکز	تعداد در سال ۱۳۹۶	تعداد در سال ۱۴۰۲	تعداد خدمت گیرنده در سال۱۳۹۶	تعداد خدمت گیرنده درسال ۱۴۰۲
مرکز تحت پوشش بهزیستی	۴۶۶	۳۹۴	۱۹۲۶۹۸ نفر	۹۲۷۰۴ نفر
تیم سیار	۲۳۱	۱۲۲	۳۹۶ ۱۰۴ نفر	۲۰۳۸۱ نفر
گذری	۱۴۵	۶۹	۷۱۸۶۴ نفر	۱۴۶۷۵ نفر

جدول ۳. آمارمراکز و پذیرش درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۴۰۲

	تعداد مرکز در سال۱۳۹۶	تعداد مرکز در سال ۱۴۰۲	تعداد خدمت گیرنده در سال۱۳۹۶	تعداد خدمت گیرنده درسال ۱۴۰۲
(ماده ۱۵)	۸۶۳۲	۸۲۵۱	۱۲۵۴۷۰۴ نفر	۱۵۸۱۲۹۱ نفر
(ماده ۱۶)	۵۷۹	۳۹۵	۸۲۶۶۵ نفر	۱۴۸۸۴۵ نفر

مرکز آمار در بازه زمانی گزارش خانه امن دولتی از ۱۱۳۵ به ۶۶۷ کاهش و خانه امن غیر دولتی از ۷۲۴ به ۱۲۷۰ افزایش یافته است. گفتنی است که مراکز حمایت‌های روانی اجتماعی دختران و خانواده (روزانه) از ۳۷۲ به ۹۹۲ مرکز، مراکز حمایتی آموزشی کودک و خانواده (روزانه) کودکان کار و خیابان از ۶۳۳۱ به ۱۰۶۱۱، و مراکز غیردولتی و غیراقامتی حمایت و توانمندسازی زنان آسیب دیده اجتماعی (راه نوین) از ۱۴۹ به ۹۴۲ افزایش داشته است. هم افزایش و هم کاهش این مراکز به نوعی نگران کننده است. صرفنظر از بعد اقتصادی و سودطلبانه برخی فعالیت‌ها و فعالان در این عرصه، افزایش این مراکز می تواند بازتابی از شیوع گسترده آسیب و کاهش آنها نشانه‌ای از بی‌اعتنایی، عدم دسترسی و ناتوانی از درمان را حکایت کند.

در کنار اعتیاد و بی‌پناهی، آسیب‌های دیگری هم جامعه انسانی را تهدید می‌کند که پایه و اساس آنها بیشتر رفتاری و فرهنگی است. مثلا از تعداد مرگ‌های غیر طبیعی گزارش شده در پاییز ۱۴۰۳(جمعاً ۱۲۳۰۵ مورد)، بیشترین میزان آن، یعنی ۴۸۶۳ مورد به حوادث رانندگی و پس از آن به سلاح سرد تعلق دارد (۲۶۶) مورد. پر واضح است که اینگونه رفتارهای جمعی آثار سوء اقتصادی اجتماعی و بار درمانی و فرهنگی دارند. تعداد معاینات بالینی به علت نزاع جسمانی در پاییز ۱۴۰۳، ۱۳۹۵۱۰ مورد و نزاع روانی ۳۵۰ مورد گزارش شده است که معاینات بالینی بابت نزاع جسمانی ۵۹۳۶ مورد کاهش نسبت به فصل مشابه سال قبل و معاینات بالینی بابت نزاع روانی ۱۹ مورد افزایش نسبت به فصل مشابه سال قبل نشان می‌دهد. اگر افزایش در معاینات بالینی نزاع روانی را روندی رو به رشد فرض کنیم، باید به تغییر الگوهای خشونت در جامعه بیشتر بیاندیشیم.

بی‌احتیاطی در محیط کار، به ویژه در محیط‌های نسبتاً پرخطر، همواره یکی از آسیب‌های اساسی منجر به مرگ‌ومیر بوده و سلامت نیروهای تولید را تهدید کرده است. مرگ‌ومیر ناشی از حوادث کار، اعم از این که نتیجه کمبود تجهیزات ایمنی باشد یا رفتار پر ریسک منابع انسانی در فضاهای تولید و خدمت، از ویژگی و قابلیت پیشگیری داشتن، برخوردار است و لذا می‌توان آن را در حد قابل قبولی کاهش و عوامل خطر آن را کنترل کرد؛ اما مطابق گزارش حاضر، تعداد مرگ‌ومیرهای ناشی از حوادث کار در پاییز ۱۴۰۳، ۶۳۷ مورد بوده که نسبت به فصل قبل و فصل مشابه سال قبل به ترتیب ۱۶۹ و ۸۹ مورد افزایش یافته است. به جز این مورد، حوادث ناشی از کار در مجموع، در بازه زمانی گزارش، با نوساناتی جزیی، روند نزولی در بین هر دو جنس دارد. در جمع مردان، حوادث ناشی از کار از ۱۶۷۵ مورد در سال ۱۳۹۶ به مورد۶۳۵ در ۱۴۰۳ کاهش یافته است. این کاهش در مورد زنان بسیار چشمگیر است و از ۱۸ مورد در سال ۱۳۹۶ به ۲ مورد در ۱۴۰۳ رسیده است که شایسته تامل است.

آسیب اجتماعی دیگر که به‌ویژه در عرصه سلامت اجتماعی باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد، و در این گزارش نیز به آن پرداخته شده است، سقط جنین است. البته آمار و ارقام ارائه شده در این خصوص باید با احتیاط بسیار مورد توجه و تامل قرار گیرد؛ چرا که سقط جنین در جامعه ایرانی غیر قانونی و غیر شرعی است و به عبارت دیگر هم جرم و هم گناه است؛ اما برخی موارد سقط (درمانی) با مجوز مقامات رسمی و طی فرایندی پیچیده صورت می‌گیرد که بسیار شایسته توجه است. مطابق آمار مندرج در این گزارش، از ۱۳۰۲۵ مراجعه برای دریافت مجوز سقط در سال ۱۳۹۶، فقط تعداد ۹۳۹۴ نفر موفق به دریافت مجوز شده‌اند. این ارقام در سال ۱۴۰۲ از ۲۷۲۷ مورد مراجعه به ۲۱۲۰ مجوز کاهش یافته است که با توجه به سیاست‌های جمعیتی و ممنوعیت غربالگری و ... قابل توجیه است. گفتنی است که برای تحلیل دقیق‌تر این پدیده، به ویژه در رابطه با جمعیت جوان، باید به بالا رفتن سن ازدواج، گسترش برخی شیوه‌های نامتعارف همزیستی، آموزشهای غیر سالم و ناروای رایج در برخی شبکه‌های موجود در فضای مجازی، و سیاست‌گذاری‌های غیرمؤثر و ناکارآمد در این خصوص، توجه شود.

بحث

جای خوشوقتی است که روند باسوادی جمعیت از ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ به‌طورکلی صعودی بوده است. با وجود کاهش قابل توجه نرخ بی‌سوادی

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]
[DOI: 10.22034/9.1.5]

طی سال‌های اخیر، تفاوت‌های جنسیتی در سطح سواد هنوز وجود دارد. نابرابری جنسیتی در موضوع سواد در ایران یکی از چالش‌های مهم توسعه‌ای و اجتماعی است. به‌طورکلی، این نابرابری نشان‌دهنده تفاوت‌های قابل ملاحظه بین زنان و مردان در دسترسی، فراگیری و بهره‌مندی از تحصیلات است که تأثیرات زیادی بر توسعه فردی و اجتماعی دارد. به ویژه در روستاها و مناطق محروم. زنان بیشتر در معرض بار اقتصادی و فرهنگی قرار دارند که ممکن است مانع ادامه تحصیل آنها شود. پیامدهای این امر کاهش فرصت های شغلی، محدودیت در مشارکت فعال اجتماعی و سلامت احتماعی و روانی زنان است(۱۰). ترک تحصیل زودهنگام و بازماندگان از تحصیل با چالش‌های متعددی در ابعاد مختلف سلامت روبرو هستند. این افراد دچار کاهش اعتماد به نهادهای اجتماعی، ضعف روابط اجتماعی و کاهش مشارکت در فعالیت‌های گروهی می‌شوند، که این امر بر سلامت اجتماعی، سلامت روان و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد(۱۱).

روندکاهشی شاخص مرگ‌ومیر زیر ۵ سال و نوزادان که از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت عمومی است؛ نشان‌دهنده بهبود وضعیت بهداشت، مراقبت‌های سلامت، تغذیه و توسعه اجتماعی کشور است ولی این شاخص ها باید در مناطق مختلف شهری و روستایی به تفکیک توزیع درآمدی مورد تحلیل و بررسی قرار گیرند؛ زیرا به شدت تحت تأثیر توزیع نابرابر اقتصادی و دسترسی به امکانات بهداشتی و خدمات سلامت قرار دارند(۱۲). نیروهای انسانی سلامت از جمله پزشکان عمومی و متخصص مهمترین ورودی نظام ارائه خدمات و مراقبت های سلامت هستند(۱۳) و داشتن آمار دقیق این سرمایه برای سیاست گذاری‌های سلامت ضروری است.

برخی از مهم ترین آسیب‌های اجتماعی در این مطالعه مورد تحلیل قرار گرفت. یکی از آنها سوء مصرف مواد مخدر است. به دلیل آسیبی که اعتیاد به مواد مخدر بر سلامت فرد، خانواده و جامعه وارد می نماید. مراکز درمان اعتیاد و مراکز کاهش آسیب اعتیاد تأسیس شده‌اند ولی کاهش تعداد مراکز ارائه خدمات به معتادان، زنگ خطری برای دسترسی، تضمین خدمات و پاسخگویی و عاملی در جهت کاهش کیفیت نظام ارائه خدمات است(۱۴).

عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در تحریک‌پذیری، خشم و واکنش‌های تکانه‌ای ایفا می‌نمایند و زمینه‌ساز نزاع، حوادث ترافیکی و سوء رفتار و خشونت است. تمامی این پدیده های مخرب اجتماعی، نه تنها فضایی آکنده از خشم و کینه ایجاد می‌کنند؛ بلکه با برهم زدن تعادل روانی و عاطفی افرادجامعه، بستر مناسبی برای بروز رفتارهای خشونت‌آمیز و غیرقابل کنترل را فراهم می‌سازد. این وضعیت، انسجام و همبستگی اجتماعی را نیز تضعیف می‌کند. در این مطالعه تغییر الگوهای خشونت در جامعه از خشونت فیزیکی به روانی را نشان داد که نیاز به تأمل و بررسی عوامل زمینه‌ساز دارد.

این مطالعه در مورد تعداد مراجعات برای سقط جنین و مجوزهای صادر شده نیز کاهش نشان داده است که باوجود رضایت‌بخش بودن در ظاهر ممکن است ناشی از تغییر سیاست‌های جمعیتی یا سخت گیری‌های اخیر باشد و نگرانی از تمایل به سقط غیرقانونی را به دنبال داشته باشد.

در مجموع سلامت اجتماعی ضعیف و ناپایدار می‌تواند زمینه‌ساز بروز آسیب‌های اجتماعی باشد و آسیب‌های اجتماعی هم سلامت اجتماعی را به خطر می‌اندازند. بنابراین با تقویت سلامت اجتماعی، می‌توان فرصت‌های بیشتری برای پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی فراهم کرد. برنامه‌های آموزشی، توسعه زیرساخت‌های فرهنگی و اقتصادی، و تقویت رویکردهای اجتماعی، راهکارهای مؤثر در کاهش آسیب‌های اجتماعی است(۱۵).

محدودیت‌های مطالعه

داده‌های گزارش وضعیت اجتماعی فرهنگی ایران ، بازه زمانی ۱۳۹۵-۹۶ تا ۱۴۰۳-۱۴۰۲ را شامل می‌شود و در مواردی هم با کاستی‌های جدی، از جمله عدم گزارش آمار فعالیت‌های برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی و فقدان داده برای بعضی متغییرها و بعضی سال‌های مورد نظر، همراه است. شاید از آمار و ارقام ارائه شده در فصول مختلف این گزارش، بتوان خطوط کلی توسعه نامتوازن و سیاست‌های گسسته را که به خودی‌خود هم موجب اتلاف منابع، و هم عامل کاهش سرمایه اجتماعی دولت می شوند، شناسایی کرد.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم رفاه و توسعه پایدار است که بیانگر روابط مثبت، همبستگی و احساس تعلق افراد به جامعه است. سلامت اجتماعی و سواد، به عنوان عوامل بنیادی در توسعه پایدار جامعه، نیازمند برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی منسجم هستند. سرمایه‌گذاری در آموزش و ارتقاء سطح سواد می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت روابط اجتماعی و سلامت روان افراد ایفا کند. بهبود و تقویت سلامت اجتماعی در کنار کنترل عوامل بروز آسیب‌های اجتماعی، نیازمند برنامه‌ریزی جامع و هم‌افزا در حوزه‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. سیاست‌گذاری‌های کلان و آموزش‌های همگانی می‌تواند نقش مهمی در کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقاء سلامت اجتماعی داشته باشد. پیشرفت در سلامت اجتماعی و ارتقاء سطح آن باید در اولویت برنامه‌های بهداشتی و توسعه‌ای قرار گیرد؛ چرا که این دو عامل در کنار یکدیگر، کلید بهبود کیفیت زندگی فردی و جامعه‌ای هستند.

تشکر و قدردانی

از تمامی صاحبنظران و اعضای گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی برای مشارکت در تحلیل آمار این مطالعه بسیار سپاسگزاریم.

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]

[DOI: 10.22034/9.1.5]

منابع

1. Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of Ministry of Health and Medical Education. J School Public Health Inst Public Health Res 2013; 11(1): 45-58. [In Persian]
2. WHO. Closing the gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf.
3. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. Social integration, social networks, social support, and health. In: Kawachi I, Kennedy BP, Editors. Social epidemiology. Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton J B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLOS Med 2010; 7(7): e1000316.
5. UNESCO. Global Education Monitoring Report 2016: Education for People and Planet. Paris: UNESCO; 2016.
6. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian J, Nurss J. Health literacy and mortality: a cohort study of older adults. Ann Intern Med 2004; 131(4): 255-64.
7. WHO. Health promotion and education programs for social development. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2004.
9. Farza MA, Kharazmi F, Ghorbani A, et al. Social disadvantages, social suffering, and social health. J Soc Res 2016; 10(2): 45-60.
10. Jeralahi A. Choghunghi mosharekat zanan-e Irani dar tasmim-giriha [The participation of Iranian women in decision-making]. Qalamnameh Oloum Ejtimaei 2000; 7(11-12): 203-23.
11. Lleras C, Rivas-Drake D. Early school leaving and its impact on social health outcomes. J Soc Sci Res 2018; 64: 25-40.
12. Motefaker-Azad M, Asgorp Hossein, Jalilpour Salar, Saleh Shabnam. Asarate tozi-e daryaft bar shakhiseh omid beh zendegi va nerkh-e marg va salgardani-ye kodakan zir panj sal dar Iran [Effects of income distribution on life expectancy and under-five mortality rates in Iran]. Res Health J 2013; 3(4): 536-44.
13. Tabatabaei Far SS, Kushki T, Jamshidi M, Delavari S. A Scoping Review on Interventions for Retention of Healthcare Workers in Epidemic Disasters. IRJE 2021; 17(2): 146-62.
14. Haraghi M, Haraghi M. Assessment of service quality in addiction treatment centers through SERVQUAL model in Bushehr province. Etihad Pajohi 2018; 12(46): 189-214.
15. Hawkins JD, Catalano RF. Opportunities and challenges in parenting interventions. Am J Orthopsychiatry 1992; 62(4): 548-60.

Original

Social Health in the Mirror "Report on the Socio-Cultural Status of Iran"

Narges Tabrizchi[1], Abolghasem Poorreza[2*]

1. Associate Professor, Community Medicine. Academy of Medical Sciences of I.R Iran, Tehran, Iran
2. ∗**Corresponding Author:** Professor, Department of Health Promotion and Education, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, abolghasemp@yahoo.com

Abstract

Background: Social health, as one of the fundamental pillars of health, is of particular importance due to its extensive effects on other dimensions of health as well as its function in the quality of individual life and the dynamics of society, and understanding the factors affecting it is essential. By examining and analyzing these factors, this article seeks to present a picture of the socio-cultural status of the country from the perspective of social health.

Method: This study, with a descriptive-analytical approach, presents the status of some factors affecting social health based on the latest report on the socio-cultural status of Iran, spring 2025 and analyzes it based on a group discussion session in the social health scientific group of the Academy. This session was attended by 20 experts in the fields of medicine, psychiatry, community medicine, social work, sociology, health education, public health, general and social psychology.

Results: A summary of the status of important factors affecting social health was presented with an emphasis on education, health, and social harms, along with its analysis. The literacy rate has increased from 87.9 to 90.7% (from 2016to 2023), but there is still a statistical gap between men and women and between urban and rural areas. The distribution of students indicates a significant decrease in the percentage of students in the agricultural and veterinary departments. The statistics on the mortality of infants and children under one year and under five years of age are decreasing, and the population with access to safe water and covered by the urban sewage network has increased. The statistics on doctors seem to have fundamental and inaccurate problems. The number of centers and admissions to drug and psychotropic drug addiction treatment and addiction harm reduction centers has decreased. The number of referrals due to physical conflict has decreased and the number of psychological conflict has increased. Deaths from work-related accidents have also decreased during the study period, especially among women. Requests for and permits for legal abortion have also shown a decreasing trend.

Conclusion: Considering the two-way effect of socio-cultural factors and social health, it can be expected that social health will improve by carefully monitoring and analyzing these factors and adopting evidence-based policies.

Keywords: Education, Iran, Public Health, Social Interaction

[Downloaded from ijhp.ir on 2025-12-07]

[DOI: 10.22034/9.1.5]