

ارزیابی میزان دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت در ایران: منطقه مدیترانه شرقی و جهان در سال ۲۰۱۷

ترانه یوسفی نژادی^۱، حمید سوری^۲، عفت محمدی^۳

^۱ دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده رابط: حمید سوری، نشانی: تهران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ ستاد، طبقه ششم، تلفن: ۲۲۴۳۹۹۸۰

پست الکترونیک: hsoori@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۳۰؛ پذیرش: ۹۷/۰۳/۰۵

مقدمه و اهداف: اهداف توسعه پایدار شامل ۱۷ هدف کلی است که یکی از آن‌ها به‌طور اختصاصی مرتبط با سلامت است. هدف این مطالعه ارزیابی وضعیت شاخص‌های اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت ایران در مقایسه با کشورهای منطقه و کل کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت بود.

روش کار: این پژوهش از با بهره‌گیری از داده‌های ثانویه به بررسی وضعیت شاخص‌های اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت پرداخته است. منبع گردآوری داده‌های این مطالعه، آخرین داده‌های منتشرشده از سوی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۷، بانک جهانی و سایر سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان ملل متحد و یونیسف بود. شاخص‌هایی که در آن‌ها، وضعیت ایران از میانگین منطقه پایین‌تر بود، برای بررسی و تحلیل بیشتر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از چک‌لیستی که مطابق با اهداف پژوهش بود، بهره گرفته شد.

یافته‌ها: در ایران، شاخص‌های نسبت مرگ‌ومیر مادران (۲۵ در ۱۰۰ هزار نفر)، بروز سل (۱۶ در ۱۰۰ هزار نفر) و بروز مالاریا (۰/۵ در هزار نفر) نسبت به میانگین منطقه در وضعیت مطلوب قرار داشتند. شاخص‌هایی که ایران نسبت به میانگین منطقه در وضعیت نامطلوب قرار داشت، شامل مرگ‌ومیر ناشی از بلایای طبیعی، مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت غیرعمدی، مرگ‌ومیر ناشی از سوانح ترافیکی و سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال بودند.

نتیجه‌گیری: ایران در دستیابی به برخی اهداف پیشرفت داشته است، اما در کنترل و کاهش برخی شاخص‌ها نیاز به برنامه‌ریزی دقیق و اقدامات جدی دارد. اولویت بخشیدن به شاخص‌هایی که ایران در آن‌ها موفقیت چندانی نداشته باید مورد توجه جدی تصمیم‌گیرندگان قرار بگیرد.

واژگان کلیدی: توسعه پایدار، شاخص‌های سلامت، ایران

مقدمه

ارتباط آن‌ها با یکدیگر بلکه ارتباط آن‌ها با سلامت جامعه و روابط پویا و متقابل هر یک از این عناصر را نیز تعیین می‌نماید. سلامت به‌عنوان یکی از عوامل اصلی و ذی‌نفع سیاست‌های توسعه پایدار در نظر گرفته می‌شود. اهداف توسعه پایدار شامل ۱۷ هدف می‌باشد. یکی از این ۱۷ هدف «تضمین زندگی سالم و بهبود تندرستی تمام افراد در تمام سنین» آرمان سلامت با ۱۳ هدف اختصاصی همراه است (۱).

مجموعه آمارهای سازمان جهانی بهداشت حاصل جمع‌آوری سالانه آمار بهداشتی برای ۱۹۴ کشور عضو آن است. این مجموعه توسط واحد اطلاعات، شواهد و پژوهش سامانه‌های بهداشتی و

در ۲۵ سپتامبر ۲۰۱۵ میلادی سازمان ملل دستور توسعه‌ای «دگرگونی جهان ما: دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار» را به تصویب رساند. اهداف توسعه پایدار (SDG) ^۱ در پی ادامه دادن به اولویت‌های مبارزه با فقر و گرسنگی است، درحالی‌که بر حقوق بشر برای همه و توانمندسازی زنان و دختران و برابری جنسیتی تمرکز می‌نماید. این اهداف همچنین کار ناتمام اهداف توسعه هزاره را تکمیل و گسترش می‌دهند. اهداف توسعه پایدار، پیوند جدایی‌ناپذیری میان ریشه‌کنی فقر و بی‌عدالتی، ایجاد رشد اقتصادی فراگیر و حفاظت از کره زمین را تأیید می‌نماید، نه تنها

^۱ Sustainable Development Goals; SDG

ایران، این شاخص‌ها با کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت و جهان مقایسه شدند. کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت شامل ۱۹۴ کشور در ۶ منطقه اروپا، جنوب شرقی آسیا، آفریقا، مدیترانه شرقی، آمریکا و غرب اقیانوس آرام قرار دارند. میانگین منطقه برای تمامی ۳۳ شاخص SDG محاسبه شد.

این شاخص‌ها شامل نسبت مرگ‌ومیر مادران، حضور فرد ماهر حین زایمان، مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، موارد جدید عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز در بین بزرگسالان ۴۹-۱۵ سال، بروز سل، بروز مالاریا، دریافت سه نوبت واکسیناسیون هپاتیت B در نوزادان، تعداد افراد گزارش شده که نیاز به مداخله علیه بیماری‌های گرمسیری نادیده گرفته شده دارند، احتمال مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در سنین ۷۰-۳۰ سال، سرطان، دیابت و بیماری‌های مزمن دستگاه تنفسی، میزان مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی، متوسط مصرف سرانه الکل، مرگ‌ومیر ناشی از سوانح جاده‌ای، نسبت زنان در سنین باروری که از روش‌های تنظیم خانواده جدید رضایت دارند، فراوانی زایمان نوجوانان، میزان مرگ‌ومیر مربوط به آلودگی هوای خانه و محیط‌زیست، مرگ‌ومیر ناشی از آب غیر بهداشتی، میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌های ناخواسته، شیوع مصرف سیگار بین افراد ۱۵ سال به بالا، پوشش واکسیناسیون (واکسن‌های سه‌گانه دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه)، سرانه مجموع کمک‌های دریافت شده رسمی برای پژوهش‌های پزشکی و بخش سلامت عمومی، تراکم متخصصان حرفه‌ای سلامت، پیاده‌سازی مقررات بین‌المللی سلامت، میزان هزینه‌های دولت در بخش سلامت، شیوع کاهش رشد کودکان زیر ۵ سال، اضافه‌وزن کودکان زیر ۵ سال، نسبتی از جمعیت که از منبع آب آشامیدنی سالم استفاده می‌کنند، نسبت جمعیتی که از سرویس‌های بهداشتی ایمن استفاده می‌کنند، درصد جمعیت با وابستگی اولیه به سوخت پاک، متوسط مرگ مرتبط با بلایای طبیعی، میانگین سالانه میزان ذرات ریز (PM2.5) در مناطق شهری، مرگ‌ومیر ناشی از قتل، برآورد مرگ‌ومیر ناشی از درگیری‌ها و کیفیت داده‌های علل مرگ‌ومیر کشورها بودند.

سپس شاخص‌هایی که در آن‌ها، وضعیت ایران از میانگین منطقه پایین‌تر بود برای بررسی و تحلیل بیشتر انتخاب شدند. این شاخص‌های شامل مرگ‌ومیر ناشی از بلایای طبیعی، مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت غیر عمدی، مرگ‌ومیر ناشی از حوادث ترافیکی و سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال بودند. کشورهایی که ایران با آن‌ها در منطقه‌ی مدیترانه شرقی مقایسه شدند، شامل عراق، اردن، کویت، ایران، افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، لبنان،

درمانی با همکاری بخش‌های فنی تدوین شده است. این پژوهش بر اساس گزارش آمار جهانی سلامت در سال ۲۰۱۷ میلادی تدوین شده است. این گزارش بر اهداف توسعه پایدار و شاخص‌های SDG مرتبط با سلامت تمرکز دارد. جمع‌آوری اطلاعات در مورد طیف گسترده‌ای از شاخص‌های مربوطه انجام شده است. در برخی موارد، در صورت عدم وجود شاخص‌های رسمی در راستای اهداف و شاخص‌ها، شاخص‌های کلیدی سلامت مانند امید به زندگی (سال) برای ارزیابی کلی از وضعیت استفاده شده است (۱).

این گزارش سازمان جهانی بهداشت به ۳ بخش تقسیم شده است. در بخش نخست، ۶ خط‌مشی مشخص شده است که سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر برای کمک به ایجاد سامانه‌های بهتر سلامت برای دستیابی به شاخص‌های SDG مرتبط با سلامت و بهداشت به کار گرفته است. در بخش دوم، وضعیت شاخص‌های SDG مرتبط با سلامت به ترتیب در سطح جهانی و منطقه‌ای بر اساس اطلاعات موجود در اوایل سال ۲۰۱۷ خلاصه شده است. در بخش سوم، تلاش‌ها و اقدامات موفق اخیر کشورهای که برای بهبود و حفاظت از سلامت مردم خود ارائه شده است. در مجموع ۳۳ شاخص در این گزارش مورد بررسی قرار گرفته است (۱). ارزیابی وضعیت شاخص‌های اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت ایران در مقایسه با کشورهای منطقه و کل کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت می‌تواند جایگاه کشور را در این زمینه تبیین کند و در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های بخش سلامت کمک‌کننده باشد.

روش کار

این پژوهش با بهره‌گیری از داده‌های ثانویه به بررسی وضعیت شاخص‌های اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت پرداخته است. منبع گردآوری داده‌های این مطالعه، آخرین داده‌های منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۷، بانک جهانی و سایر سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان ملل متحد و یونیسف بود. در این گزارش برآوردهای انجام شده با مشورت کشورهای عضو و از منابع اطلاعاتی مختلف بسته به کیفیت داده‌ها و نوع شاخص استفاده شده است. در بسیاری از کشورها، سامانه‌های اطلاعات آماری و بهداشتی ضعیف هستند و اطلاعات تجربی در دسترس نیست یا ممکن است از کیفیت پایین برخوردار باشند؛ اما در این گزارش‌ها تلاش شده است که بهترین استفاده از داده‌های موجود انجام شود تا قابلیت مقایسه کشورها به حداکثر رسانده شوند.

برای مقایسه و ارزیابی شاخص‌های SDG مرتبط با سلامت

طبیعی، مرگومیر ناشی از مسمومیت غیر عمدی، مرگومیر ناشی از حوادث ترافیکی و سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال بودند. در منطقه‌ی مدیترانه شرقی شاخص‌های میزان مرگومیر ناشی از حوادث ترافیکی نسبت به جهان وضعیت مناسبی نداشت. در ادامه به بررسی شاخص‌هایی که در ایران نسبت به میانگین منطقه وضعیت نامطلوبی داشتند، پرداخته خواهد شد.

مرگومیر ناشی از بلایای طبیعی

در شاخص میزان متوسط سلامت مرتبط با بلایای طبیعی به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر نیز ایران جزء کشورهای با وضعیت نامناسب بود و با کشورهای لیبی، عمان و سودان با میزان ۰/۱ در رتبه چهارم کشورهای با خطر بالا قرار دارند (نمودار شماره ۱). این میزان در کشورهای بحرین، جیبوتی، مصر، اردن، کویت، لبنان، قطر، سوریه، تونس و امارات صفر است. در بسیاری از کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت نیز این میزان صفر است، درحالی‌که میانگین جهانی این شاخص ۰/۲ در ۱۰۰ هزار نفر است (جدول شماره ۱).

مرگومیر ناشی از مسمومیت غیر عمدی

در شاخص مرگومیر ناشی از مسمومیت‌های غیر عمدی میانگین منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۱/۲ نفر به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است. این میزان در ایران ۱/۴۵ نفر بود که این میزان بیشتر از میانگین منطقه و میانگین جهانی (۱/۴ به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر) بود و هفتمین کشور در منطقه از نظر بالا بودن این شاخص بود (نمودار شماره ۱). بهترین وضعیت در منطقه مربوط به کشورهای کویت و عمان با میزان ۰/۲ بود (جدول شماره ۱). در کل کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت نیز کشور موریتوس و سنگاپور با میزان ۰/۱ و برزیل و آلمان نیز با میزان ۰/۲ بهترین وضعیت را داشتند.

مرگومیر ناشی از حوادث ترافیکی

در شاخص مرگومیر ناشی از سوانح و حوادث جاده‌ای با میزان ۳۲/۱ نفر به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر، بالاترین میزان را در منطقه با میانگین ۲۰/۶۹ نفر و بالاتر از میانگین جهانی (۱۶ به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر) را دارد. بهترین وضعیت را از نظر این شاخص در منطقه کشور بحرین با میزان ۸ نفر در ۱۰۰۰۰۰ دارد (جدول شماره ۱). در کل کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت نیز موناکو با میزان صفر و کانادا با میزان ۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است (نمودار شماره ۲).

سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال

لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، تونس، امارات، یمن، سوریه و فلسطین اشغالی بودند. همچنین شاخص‌هایی که ایران وضعیت بهتری نیز در مقایسه با کشورهای منطقه‌ی مدیترانه شرقی و همچنین کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت داشتند؛ شناسایی شدند و سپس دلایل بهتر بودن این شاخص‌ها نیز بررسی شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از چک‌لیستی که مطابق با اهداف پژوهش بود، بهره گرفته شد. برای مقایسه شاخص‌ها از نسبت‌ها، میزان‌ها و میانگین‌ها استفاده شد و این تحلیل‌ها با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و Excel نسخه ۲۰۱۰ انجام شد. برای ارائه راهکارها و گزینه‌های سیاستی برای بهبود وضعیت شاخص‌های بررسی شده در کشور، مطالعه‌ای مروری طراحی و انجام شد. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی برای بررسی متون علمی مرتبط با موضوع‌های مورد بررسی برای دستیابی به هدف گزینه‌های سیاستی از منابع مهم جمع‌آوری اطلاعات بود که این اطلاعات از طریق پایگاه‌های اینترنتی گردآوری شد. بدین منظور مهم‌ترین پایگاه‌های پزشکی مرتبط شامل کتابخانه الکترونیکی کاکرین، پاب مد و اسکوپوس تا سپتامبر ۲۰۱۷ برای پیدا کردن مقالات مرتبط با ۳ راهبرد مدون جستجو با استفاده از (مش) و (فری تکست) مورد جستجو قرار گرفتند.

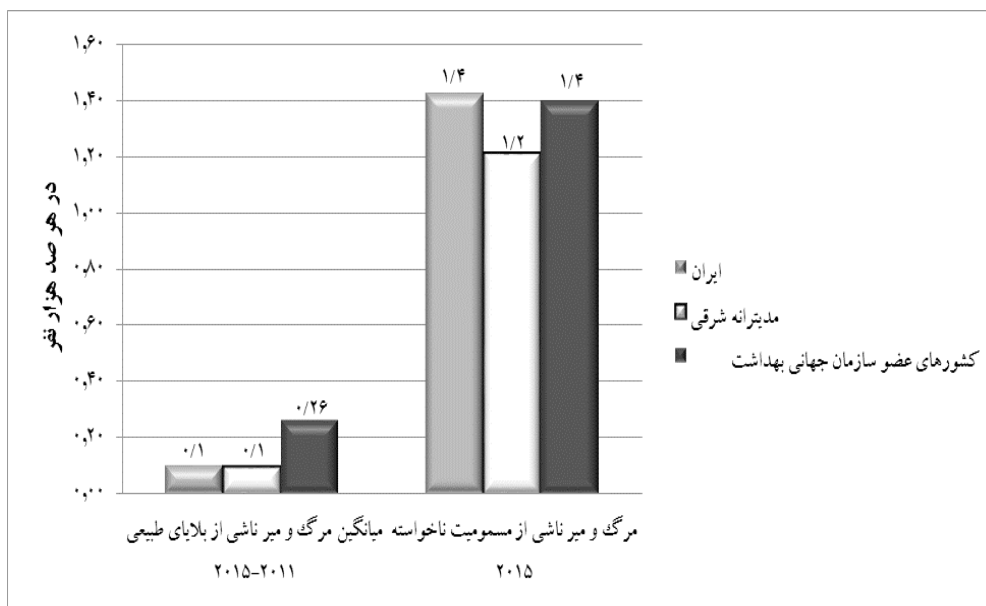
یافته‌ها

در ایران، شاخص‌های نسبت مرگومیر مادران (۲۵ در ۱۰۰ هزار نفر)، بروز سل (۱۶ در ۱۰۰ هزار نفر)، بروز مالاریا (۰/۵ در هزار نفر)، تعداد افراد گزارش‌شده که نیاز به مداخله علیه بیماری‌های گرمسیری نادیده گرفته شده دارند (۱۹ در هزار نفر) و مرگومیر ناشی از آب غیر بهداشتی (۰/۹ در ۱۰۰ هزار نفر) در وضعیت خوب قرار داشتند. همچنین وضعیت شاخص‌های مرگومیر نوزادان (۹/۹ در هزار نفر)، کودکان زیر ۵ سال (۱۵/۷ در هزار نفر)، حضور فرد ماهر حین زایمان (۹۶ درصد)، احتمال ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در سنین ۷۰-۳۰ سال (۱۴/۸ درصد)، میزان مرگومیر مربوط به آلودگی هوای خانه و محیط زیست (۳۲/۵ در ۱۰۰ هزار)، پوشش واکسیناسیون (واکسن‌های سه‌گانه دیفتتری، کزاز و سیاه‌سرفه) در کودکان یک‌ساله (۹۸ درصد)، پیاده‌سازی مقررات بین‌المللی سلامت (۸۵ درصد) و شیوع کاهش رشد کودکان زیر ۵ سال (۶/۸ درصد) متوسط بود. شاخص‌هایی که ایران نسبت به میانگین منطقه در وضعیت نامطلوب قرار داشت شامل مرگومیر ناشی از بلایای

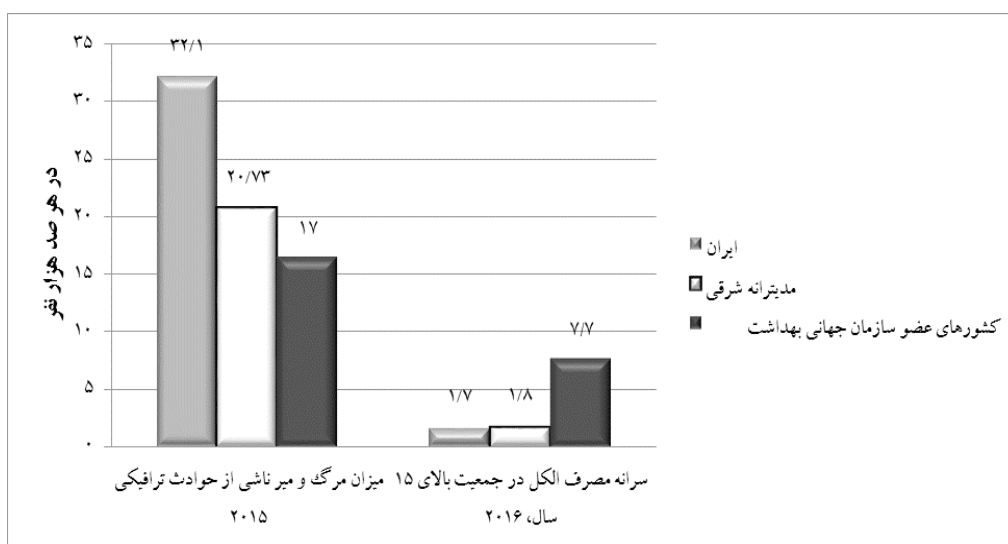
بهداشت موریتانی در منطقه آفریقا با میزان ۰/۱ و بنگلادش با میزان ۰/۲ داشتند (جدول شماره ۱).

۰) و در بین کل کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت موریتانی در منطقه آفریقا با میزان ۰/۱ و بنگلادش با میزان ۰/۲ بهترین وضعیت را داشتند (جدول شماره ۱).

شاخص مصرف سرانه الکل در افراد بالای ۱۵ سال در ایران برابر میانگین منطقه (۱/۸) است. این میزان کمتر از میانگین جهانی (۷/۷) است. ایران با این میزان در رتبه هشتم منطقه قرار دارد (نمودار شماره ۲). بهترین وضعیت را از نظر این شاخص در منطقه پاکستان (۰/۱) و در بین کل کشورهای عضو سازمان جهانی



نمودار ۱- میانگین مرگ و میر ناشی از بلاهای طبیعی و مسمومیت ناخواسته (در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت) ۲۰۱۱-۲۰۱۵ میلادی



نمودار ۲- میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی (در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت) و سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال

جدول ۱- وضعیت شاخص‌های اهداف توسعه، هم‌سطح، کمتر از میانگین و شاخص‌های تولید سلامت منطقه و ایران

کشورها	میانگین مرگ‌ومیر ناشی از بلایای طبیعی (در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت) ۲۰۱۱-۲۰۱۵	مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت ناخواسته (در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت) ۲۰۱۵	میزان مرگ‌ومیر ناشی از حوادث ترافیکی (در هر ۱۰۰،۰۰۰ جمعیت) ۲۰۱۵	سرانه مصرف الکل در جمعیت بالای ۱۵ سال، ۲۰۱۶	میزان مرگ‌ومیر مادران (در هر ۱۰۰،۰۰۰ تولد زنده) ۲۰۱۵	میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده) ۲۰۱۵	میزان مرگ‌ومیر نوزادان (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده) ۲۰۱۵
اردن	۰/۰۰	۰/۷	۲۶/۳	۱/۳	۵۸	۱۸/۱	۱۰/۹
افغانستان	۰/۷۸	۱/۶	۱۵/۵	۱/۱	۳۹۶	۷۳/۲	۴۱/۱
امارات	۰/۰۰	۰/۳	۱۰/۹	۵/۵	۶	۸/۷	۴
ایران	۰/۱۰	۱/۴	۳۲/۱	۱/۷	۲۵	۱۵/۷	۹/۹
بحرین	۰/۰۰	۰/۳	۸	۲/۳	۱۵	۷/۷	۳/۱
پاکستان	۰/۴۱	۱/۵	۱۴/۲	۰/۱	۱۷۸	۸۱	۴۶/۶
تونس	۰/۰۰	۰/۶	۲۴/۴	۱/۶	۶۲	۱۴	۸/۴
جیبوتی	۰/۰۰	۳/۰	۲۴/۷	۱/۹	۲۹۹	۶۶/۲	۳۳/۵
سودان	۰/۱۱	۴/۲	۲۴/۳	۳/۶	۳۱۱	۶۷/۱	۳۰
سوریه	۰/۰۰	۰/۷	-	۱/۵	۶۸	۱۱۸/۸	۹/۸
سومالی	۰/۳۹	۳/۷	۲۵/۴	۰/۸	۷۳۲	۱۳۶/۷	۳۹/۴
عراق	۰/۰۱	۰/۵	۲۰/۲	۰/۹	۱۲۳	۳۲/۲	۱۸/۷
عربستان	۰/۰۵	۰/۹	۲۷/۴	۰/۶	۱۲	۱۳/۳	۷/۱
عمان	۰/۰۷	۰/۲	۲۵/۴	۱/۶	۱۷	۱۰/۹	۵/۳
قطر	۰/۰۰	۰/۳	۱۵/۲	۲/۷	۱۳	۸/۶	۴/۲
کویت	۰/۰۰	۰/۲	۱۸/۷	۰/۳	۴	۸/۷	۴/۶
لبنان	۰/۰۰	۰/۴	۲۲/۶	۳/۵	۱۵	۸/۴	۴/۹
لیبی	۰/۰۵	۰/۸	۲۴/۲	۰/۲	۹	۱۳/۴	۷/۴
مراکش	۰/۰۳	۰/۷	۲۰/۸	۱/۲	۱۲۱	۲۸	۱۸/۳
مصر	۰/۰۰	۰/۵	۱۲/۸	۰/۵	۳۳	۲۳/۷	۱۳/۲
یمن	۰/۰۳	۲/۹	۲/۵	۰/۵	۳۸۵	۵۵/۳	۲۶/۹
منطقه مدیترانه شرقی	۰/۱	۲/۱	۲۰/۷	۱/۷	۱۶۶	۴۴/۴	۲۸/۲
کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت	۰/۲۶	۱/۴	۱۶/۵	۷/۷	۲۱۶	۳۱/۴	۱۹/۱

بحث

ناتوانی‌های مرتبط، تضمین پوشش همگانی سلامت مادران، تقویت سامانه سلامت برای پاسخ به نیازها و اولویت‌های زنان و دختران، جلوگیری از انجام سزارین‌های بدون اندیکاسیون علمی، تضمین پاسخگویی به‌منظور بهبود کیفیت مراقبت و عدالت و تخصیص منابع مالی کافی، پیگیری مادران پرخطر در سطوح خارج بیمارستانی، آموزش مادران باردار و خانواده‌های آنان و جلب همکاری‌های مختلف (اورژانس، هلال‌احمر، استانداری و مانند این‌ها) می‌تواند برای بهتر شدن این شاخص مؤثر باشد (۲،۳).

بررسی فراوانی و عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر مادران باردار استان سیستان و بلوچستان در فاصله سال‌های ۸۸-۱۳۸۱ نشان داده است عواملی مانند انجام مراقبت‌های متناسب با دوران بارداری،

در ایران، شاخص‌های نسبت مرگ‌ومیر مادران، بروز سل، بروز مالاریا، تعداد افراد گزارش‌شده که نیاز به مداخله علیه بیماری‌های گرمسیری فراموش شده (NTD)^۱ دارند و مرگ‌ومیر ناشی از آب غیر بهداشتی در مقایسه با میانگین منطقه در وضعیت خوب قرار داشتند.

برطرف نمودن ناعدالتی در دسترسی و کیفیت اطلاعات سلامت و خدمات مرتبط با سلامت جنسی، مادران و کودکان تازه متولد شده، شناسایی تمام مسائل مرتبط با مرگ‌ومیر مادران، ابتلا و

^۱Neglected Tropical Diseases; NTD

جاده و اصلاح راه‌ها نقش مهمی در کاهش فراوانی و شدت حوادث جاده‌ای دارد، این امر را باید در بررسی تصادف‌ها مدنظر قرارداد (۱۰). افزایش سطح دید رانندگان در جاده‌ها، افزایش سطح کیفی طراحی خودروهای ایمن‌تر و آرایه قوانین و مقررات ترافیکی هستند. برقراری و نظارت بر اجرای قوانین مربوط به محدودیت‌های سرعت، مصرف مشروبات الکلی هنگام رانندگی، استفاده از کمربند ایمنی و صندلی ایمنی کودک، استفاده از کلاه ایمنی در موتورسوارها و دوچرخه‌سوارها می‌تواند در پیشگیری از رخداد تصادفات و کاهش آسیب‌ها مؤثر باشد (۱۳-۱۱). مراقبت‌های پس از سانحه نیز در کاهش تلفات ناشی از تصادفات نقش به‌سزایی دارد. مطالعه الگوی سامانه اورژانس پیش بیمارستانی ایران نشان داده است، میانگین زمان پاسخ‌دهی، زمان حضور در صحنه وقوع حادثه و زمان انتقال به بیمارستان بیشتر از زمان استاندارد است (۱۴).

مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت‌های غیرعمدی نیز ایران نسبت به میانگین منطقه در وضعیت مناسبی قرار نداشت. مسمومیت‌ها را می‌توان از نظر قصد و علت وقوع به دودسته کلی مسمومیت‌های عمدی و غیرعمدی تقسیم نمود. مسمومیت‌های عمدی بیشتر در افراد بالغ و به‌طور غالب به شکل دیگرآزاری و یا اقدام به خودکشی مشاهده می‌شود. مسمومیت‌های غیرعمدی می‌تواند به شکل ناخواسته و به شکل‌های مختلف از جمله اتفاقی، شغلی، مصرف بیش از حد یا سوءمصرف مواد ایجاد شود (۹). میزان مرگ جهانی ناشی از مسمومیت برای کودکان زیر ۲۰ سال ۱/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است. برای کشورهای با درآمد بالا این میزان ۰/۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است. در حالی‌که برای کشورهای با درآمد کم و متوسط چهار برابر بیشتر یعنی ۲ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۱۵). در ایران مسمومیت‌ها پنجمین علت مرگ در اثر مسمومیت‌های غیرعمدی در همه سنین هستند. میزان شیوع آن ۱/۵ در صد هزار نفر و میانگین سنی قربانیان حدود ۳۳ سال است. حدود ۳/۲ درصد کل مرگ‌های ناشی از مسمومیت‌های غیرعمدی کشور به علت مسمومیت‌ها است و از این نظر پس از سوانح ترافیکی، غرق‌شدگی، سقوط و سوختگی بالاترین میزان را به خود اختصاص می‌دهند (۱۶). میزان شیوع مسمومیت منجر به بستری شدن در بیمارستان نیز ۶/۹ درصد هزار برآورد شده است که بیش از ۱۰ برابر میزان مرگ به‌این‌علت است (۱۷).

استفاده روزافزون سموم کشاورزی یکی از علل مرگ‌ومیر وابسته به مسمومیت است، به‌گونه‌ای که ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد مسمومیت را به خود اختصاص داده و میزان مرگ‌ومیر ناشی از

رعایت فاصله ۳ سال و بالاتر در بین بارداری‌ها، بالا بردن سطح سواد جامعه، رعایت تنظیم خانواده و عدم بارداری در سنین خیلی پایین یا بالا، در کاهش مرگ‌ومیر مادران باردار نقش به‌سزایی دارد (۴).

بیماری‌های عفونی عمده در اهداف توسعه پایدار شامل اچ‌آی‌وی/ایدز، سل و مالاریا هستند. تعداد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های عفونی در سطح جهانی از ۱۲/۱ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۰ به ۹/۵ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۲ کاهش یافته است. در ایران در سال‌های ۸۷-۱۳۸۰ میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت سیر نزولی داشته و به‌طور میانگین سالانه ۱/۴ درصد از میزان بروز سل و ۳/۶ درصد از موارد عود بیماری در کشور کاسته شده است. در ایران شایع‌ترین نوع سل، سل ریوی بوده به‌طوری‌که ۵۳ درصد کل موارد سل را تشکیل می‌دهد. در میان استان‌ها، گلستان و سیستان و بلوچستان بیش‌ترین میزان‌های بروز و شیوع را در کشور دارا هستند. مطالعه بیماری مالاریا در شهرستان دزفول و بابل طی سال‌های ۸۸-۱۳۶۵ نیز روند کاهشی میزان بروز را نشان داده است (۷-۵).

میزان مرگ ناشی از مصرف آب غیر بهداشتی ایران در وضعیت مناسب نسبت به منطقه قرار داشت. بیماری‌هایی مانند وبا، شیگلها، حبسه، هپاتیت A و E، بیماری‌های اسهالی و فلج اطفال طریق آب آلوده منتقل می‌شوند (۲، ۳). تمرکز بر تسهیلات بهداشتی، حفظ زیرساخت‌ها و خدمات موجود، تلاش‌های گسترده در منطق روستایی و توسعه پایش و ارزیابی مؤثر توصیه می‌شود (۸).

وضعیت ایران در شاخص‌های مرگ‌ومیر ناشی از سوانح ترافیکی جاده‌ای مناسب نیست. در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ میلادی میزان مرگ‌ومیر آن، ۳۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت برآورد شده است. این سوانح حدود ۶ درصد از تولید ناخالص ملی کشور را به خود اختصاص می‌دهد (۹). عوامل خطر مرتبط با فرد شامل سن و جنس، وضعیت اقتصادی، مصرف الکل، سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده، استفاده از تلفن همراه، دید ناکافی و عدم رؤیت کاربران آسیب‌پذیر راه بود. بیش از نیمی از کل موارد مرگ ناشی از مسمومیت‌های ترافیکی در گروه جنسی ۴۴-۱۵ سال رخ می‌دهد. عوامل مرتبط با خودرو یا وسایل نقلیه نیز می‌تواند شامل عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایل نقلیه تصادم کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه و ایمنی آن شامل ترمز، کیسه هوا و وسایل محافظتی باشد. تصادف‌های جاده‌ای در سراسر شبکه راه‌ها از توزیع یکسان برخوردار نیست از آنجایی‌که مهندسی

اساس گزارش سازمان جهانی بلایا، ایران رتبه نخست از نظر بیشترین تعداد موارد مرگ به دنبال بروز زلزله را دارد (۲۵). یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان داده، میزان آمادگی برای رویارویی با زلزله در ایران پایین است (۲۶).

شناخت محدوده‌های آسیب‌پذیر و مقاوم در سطح شهر و برنامه‌ریزی صحیح و مناسب برای پیشگیری یا کاهش آثار خطر احتمالی ضروری است. سازه‌های نایمن جزء عوامل پرخطر هستند. افزایش سطح آگاهی مردم برای مقابله با خطرهای ناشی از زلزله و کم کردن خسارت‌های ناشی از آن ضروری به نظر می‌رسد. همین‌طور برگزاری مانورهای آمادگی در افزایش میزان آمادگی می‌تواند بسیار مؤثر باشد (۲۷، ۲۸).

سرانه مصرف الکل نیز در ایران نسبت به میانگین منطقه بالا گزارش شده است. مصرف الکل سومین عامل خطر بیماری‌ها و ناتوانی‌ها به حساب می‌آید و تقریباً ۴ درصد از تمام مرگ‌ها در سراسر جهان به الکل نسبت داده شده است. الکل با بسیاری مسائل مربوط به اجتماع شامل خشونت‌ها، غفلت از فرزند و سوءاستفاده از کودک نیز مرتبط است. در مجموع در دنیا، ۶/۲ درصد از تمام مرگ‌های مردان به مصرف الکل مرتبط است، در حالی که این نسبت در زنان ۱/۱ درصد است. طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی پایین و سطح پایین تحصیلات منجر به افزایش خطر مرگ‌های مرتبط با الکل، بیماری و آسیب می‌شود. در ایران مصرف مشروبات الکلی پس از انقلاب اسلامی، غیرقانونی اعلام شد و جرم بودن مصرف آن باعث می‌شود که عملاً برآورد تعداد افرادی که مشروبات الکلی مصرف می‌کنند، افرادی که دچار اعتیاد به الکل هستند و همچنین عوارض و مشکلات ناشی از آن کار آسانی نباشد. یافته‌های مطالعه فراوانی سوءمصرف مواد در دانشجویان نشان داد که ۲۷ درصد از دانشجویان تاکنون ماده‌ای را مصرف نکرده و بیشترین مواد مصرفی شامل مواد سبک، مسکن و آرام‌بخش (۴۴/۷۷ درصد)، سیگار (۲۸/۴ درصد) و الکل (۲۰/۱۹ درصد) بود. از آنجایی که در این پژوهش، بیشتر واحدهای موردپژوهش تا سن ۱۸ سالگی هیچ ماده‌ای را مصرف نکرده بودند (۲۹). در برخی زیرگروه‌های جامعه، باورها و ارزش‌ها به سمت مادی‌گرایی و فردگرایی در حال تغییر است و شبکه‌های مجازی و ماهواره‌ها موجب تشدید بیشتر ضعف‌های اجتماعی شده است (۳۰).

پژوهش انجام‌گرفته در خصوص بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان‌گردان نشان داده است که شیوع مصرف الکل در بین نوجوانان و جوانان درصد بالایی را به خود

آن‌ها ۵-۱ درصد است. بررسی‌ها نشان داده که ۷۳ درصد با انگیزه خودکشی و ۲۶/۶ درصد به‌صورت اتفاقی رخ داده است. عوامل مسمومیت اتفاقی شامل قارچ‌های سمی خوراکی، مسمومیت با منواکسیدکربن، الکل یا مخدرها بودند (۱۸). در مطالعه‌ای داروهای خواب‌آور به‌ویژه بنزودیازپین‌ها شایع‌ترین عامل مسمومیت و مواد مخدر شایع‌ترین عامل مرگ در اثر مسمومیت در بیماران ایرانی معرفی شدند (۱۹، ۲۰). مطالعه‌های دیگر در گرگان، اردبیل و مشهد نشان داده‌اند در مقوله‌ی مسمومیت غیرعمدی ۷۰-۴۱ درصد و به‌صورت تصادفی حدود یک‌سوم موارد بوده است. بیشترین فراوانی علت فوت مربوط به مسمومیت با مصرف مواد مخدر با حدود ۴۴ درصد و کمترین فراوانی مربوط به مصرف الکل با حدود ۲ درصد بوده است. شایع‌ترین عامل مسمومیت در میان کودکان همانند اکثریت مطالعه‌ها داروها و متادون شایع‌ترین ماده مصرفی در میان این داروها بود. از این‌رو آموزش والدین برای نگهداری ایمن و دور از دسترس کودکان داروهای مصرفی و درج برچسب روی داروها ضروری است (۲۱-۲۳). اطمینان از نصب صحیح و کارکرد مناسب دودکش‌ها، بخاری‌های نفتی و گازی، برای پیشگیری از مسمومیت با گاز منوکسیدکربن، الزامی است. در خصوص مواد سفیدکننده نیز از مخلوط کردن مواد شیمیایی مانند جوهر نمک با فرآورده‌های سفیدکننده باید خودداری شود زیرا بخارها و گازهای ناشی از این اختلال بسیار سمی و خفه‌کننده است (۱۰).

از جمله شاخص‌های نامناسب دیگر ایران نسبت به میانگین منطقه، شاخص میزان متوسط سلامت مرتبط با بلایای طبیعی بود. ایران جزء ۱۰ کشور بلاخیز جهان است و ۹۰ درصد جمعیت آن در معرض خطرهای ناشی از زلزله و سیل وسیع قرار دارند. به‌عبارت‌دیگر ایران در آسیا چهارمین کشور و در دنیا مقام ششم را از نظر وقوع حوادث طبیعی دارد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸؛ در یک‌صد سال گذشته حدود ۱۸۱ حادثه‌ی بزرگ در ایران اتفاق افتاده که منجر به مرگ حدود ۱۶۰ هزار نفر، مصدومیت بیش از ۱۷۰ هزار نفر و آسیب‌دیدگی بیش از ۴۴ میلیون نفر شده است. زلزله، سیل و خشک‌سالی از فراوان‌ترین حوادث در ایران بوده است. حدود ۹۳ درصد مناطق ایران در معرض زلزله قرار دارد و با وجود این که ایران کشوری خشک است، ۵۰ درصد مناطق آن در معرض وقوع سیل است. در ۱۰ سال گذشته به‌طور متوسط در ایران سالیانه ۴۰۰۰ نفر کشته شده و ۵۵ هزار نفر آسیب دیده‌اند (۲۴). از میان این بلایا، زلزله اهمیت قابل‌توجهی داشته و مسبب بیش‌ترین تلفات می‌شود. بر

نتیجه گیری

ایران در دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت در بسیاری از اهداف در وضعیت بالاتر از میانگین منطقه قرار دارد، اما در کنترل و کاهش برخی شاخص‌ها نیاز به برنامه‌ریزی دقیق و اقدامات جدی وجود دارد. بخش‌های عمده‌ای از اهداف توسعه پایدار در ایران، در قالب سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشور و اسناد بالادستی مانند سیاست‌های کلی سلامت و منشور حقوق شهروندی مورد تأکید قرار گرفته و علاوه بر این در برنامه ششم توسعه کشور نیز بسیاری از اهداف توسعه پایدار در نظر گرفته شده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح ملی تولید سلامت را بر عهده دارد، اما بحث سلامت یک موضوع چند بخشی است و مشارکت‌های مردمی و همکاری‌های بین بخشی را می‌طلبد. وجود نظام‌های معتبر ثبت اطلاعات سلامت و نقش پژوهش‌ها در حوزه سلامت نیز در دستیابی به اهداف توسعه پایدار می‌تواند در سنجش وضعیت، ارزیابی پیشرفت به سوی اهداف، سنجش اثربخشی و سایر زمینه‌ها به وزارت بهداشت کمک کند.

اختصاص داده است (۳۳-۳۱). سوء مصرف الکل در جامعه به عنوان یک آسیب اجتماعی شناخته شده که دارای یک شبکه علیت پیچیده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است و عوارض امنیتی و سلامتی سنگینی برای جامعه دارد. در این راستا، اقدامات درمانی و انتظامی در سطح فردی مؤثر نبوده و باید بر اقدامات اجتماعی پیشگیرانه تأکید شود (۲، ۳).

اگر چه در این مطالعه مقایسه شاخص‌های مهم مؤثر مرتبط با سلامت در توسعه پایدار تا حدودی وضعیت ایران را نسبت به منطقه و جهان نشان داد، اما به دلیل عدم وجود داده‌های معتبر و به روز در کشور و به ویژه بسیاری از کشورهای منطقه نمی‌تواند به طور دقیق این تقدم و تأخرهای مرتبط با رتبه شاخص‌ها را نشان داد. با توجه به این که در محاسبه برخی شاخص‌ها از روش برآورد استفاده شده است، بنابراین بهتر است نتایج با احتیاط مورد تفسیر قرار گیرند. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به ترسیم وضعیت ایران در شاخص‌های مهم مرتبط با سلامت در دستیابی به اهداف توسعه پایدار اشاره کرد و ارائه مداخله‌های پیشنهادی می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های کلان برای ارتقای این شاخص‌ها مورد استفاده قرار گیرند، اما باید محدودیت‌های مطالعه را نیز در نظر گرفت.

منابع

1. World Health Organization. World Health Statistics: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2017.
2. Transitioning from the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals; the United Nations, 2015.
3. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>, accessed 5 September 2017).
4. Mohammadinia N, Samiezadeh TT, Ali Rezaei M, Rostaei F. Investigating the Frequency and Effective Factors on Maternal Mortality in Sistan and Baluchistan Province, Iran, 2002-2009. The Iranian journal of obstetrics gynecology and infertility. 2013; 16: 28-34.
5. Metanat M, Sharifi-Mood B, Alavi-Naini R, Aminianfar M. The epidemiology of tuberculosis in recent years: Reviewing the status in south-eastern Iran. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 13: 1-7.
6. Najafi Vosogh R, Ghodratollah Roshanaei, Khazaei S, Safari M, Zahiri A, Bathaei SJ. Study of Tuberculosis epidemiology and its affected factors in Hamadan province, during the years 2007-2013. Pajouhan Scientific Journal. 2015; 14: 64-71.
7. Moosa-Kazemi SH, Karami M, Ashrafian Amiri H, Mouodi S, Habib Zadeh Kashi R. Epidemiology of Malaria in Babol, Northern Iran (1986-2009). NHJ. 2016; 1: 31-37.
8. Malakootian M, Yaghmaeian K, Jafari Mansoorian H, Alizadeh M, Jafari Modrek M. Survey of prevalence and mortality from drinking water and foodstuffs diseases: Case study in Iranshahr city from 2010 to 2013. Journal of Safety Promotion and Injury Prevention. 2015; 3: 15-24.
9. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. World Health Organization; 2015.
10. Yavari P, Esmailnasab N, Akbarein H, Amirkhani A, Ansari H, Ansari F, et al. Epidemiology Textbook of Prevalent Diseases in Iran: Non-Communicable Diseases. 2st Vol. Tehran: Gap Publication; 2013: 189-195.
11. Mohan D, Khayes M, Nafukho F. Road traffic injury prevention training manual. World Health Organization; 2006: 21-41.
12. Soori H, Royanian M, Zali AR, Movahedinejad A. Study of changes on Road Traffic Injury Rates, before and after of Four Interventions by Iran Traffic Police. Pajouhande. 2009; 14: 15-20.
13. Khorshidi A, Ainy E, Nazari SS, Soori H. Temporal patterns of road traffic injuries in Iran. Archives of Trauma Research. 2016; 5: e27894.
14. Haddadi M, Sarvar M, Soori H, Ainy E. The Pattern of Pre-hospital Medical Service Delivery in Iran; a Cross Sectional Study. Emergency. 2017 20; 5: 57.
15. Hoffman RJ, Osterhoudt KC. Evaluation and management of pediatric poisoning. Pediatric Case rev. 2002; 2: 51-63.
16. Akbari ME, Naghavi M, Soori H. Epidemiology of deaths from injuries in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2006; 12: 382-90.
17. Soori H, Akbari ME, Ainy E, Zali AR, Naghavi M, Shiva N. Epidemiological pattern of non-fatal injuries in Iran. Pak J

- Med Sci 2010; 26: 206-11.
18. Mahmudi G A, Astaraki P, Farhadi A, Nazari Y. The evaluation of poisoning mortality in the admitted patients in Shohada Ashayer hospital of Khorramabad from 2006 to 2010. *Yafte*. 2013; 15: 43-50.
 19. Mehdizadeh G, Manouchehri A, Zarghami A, Moghadamnia A. Prevalence and Causes of Poisoning in Patients Admitted to Shahid Beheshti Hospital of Babol in 2011-2012. *JBUMS*. 2015; 17: 22-8.
 20. Shokrzadeh M, Hajimohammadi A, Hoseinpoor R, Delaram A, Shayeste Y. An epidemiological survey of drug poisoning and a comparison with other poisonings cases admitted to a university hospital in Gorgan, Iran, 2008-2015. *International Journal of Epidemiologic Research*. (2017); 4: 94-103.
 21. Shokrzadeh M, Hoseinpoor R, Hajimohammadi A, Delaram A, Shayeste Y. Epidemiological Survey of Suicide Attempt by Drug Poisoning in Gorgan, Iran, 2008 to 2015. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 26: 201-10.
 22. Malek Nejad M, Hejaz Ai, Gonabadi Gh. Epidemiologic study on death due to poisoning in Mashhad forensic. *Journal of medical science of Islamic Azad University of Mashhad*. 2017; 4: 1-11.
 23. Farzaneh E, Amani F, Mirzarahimi M, Nasrollahtabar M, Sayad Rezaei I. Epidemiological Study of Acute Poisoning in Children Referred to Bu-Ali Hospital of Ardabil, 2007-2011. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2014; 14: 55-62.
 24. Khankeh H. Hospital Preparedness in Accidents and Disasters, Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2012.
 25. Rakhshani T, Abbasi S, Ebrahimi M, Travatmanesh S. Investigating the Preparedness Status of Households against Earthquake in Fars Province in 2013; a Cross Sectional Study. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2016; 3: 66-72.
 26. Rabeian M, Hosseini S H, Radabadi M, Taheri Mirghaed M, Bakhtiari M. Evaluation Of Effective Factors On The Rate Of Preparedness Of Tehran University Of Medical Sciences' Selected Hospitals In Dealing With Earthquake. *Payavard*. 2013; 7: 51-61.
 27. Zangiabadei A, Mohamadei J, Safaei H, Gaed rahmati S. Vulnerability Indicators Assessment of Urban Housing against the Earthquake Hazard Case Study: Isfahan Housing. *Geography and Development Iranian Journal*. 2006; 6: 61-79.
 28. Karimlou M, Khankeh H, Makarem A, Mousavi G. Study of Zanjan Rehabilitation Preparedness in Unexpected Disasters in 2009. 3. 2010; 1.
 29. Mohamadi N, Shobeiri F, Mahgoob H. The Prevalence of Substance Abuse in Students of Hamadan University of Medical Sciences. *ZJRMS*. 2012; 14: 86-9.
 30. Haghdoost A A, Emami M, Esmaili M, Soberinia A, Nezhad Ghaderi M, Mehrolhassani M H. Survey the Status and Causes of Alcohol Consumption: A Case Study of the Epidemic Alcohol Poisoning in Rafsanjan in 2013. *JRUMS*. 2015; 13: 991-1006.
 31. Hamdieh M, Matlabi N, Asheri H, Boroojerdi A. Assessing the prevalence of drugs, alcohol and psychotropic drugs consumption in Tehran adolescents and young adults 35-15 years old. *Medical Research (Journal of Medical Faculty)*. J Shahid Beheshti Univ Med Sci 2008; 32: 315-9.
 32. Mohammadkhani Sh. Prevalence of smoking, alcohol and psychoactive substances in Iranian adolescents. *J Kerman Univ Med Sci* 2011; 19: 32- 48.
 33. Shams Alizadeh N, Moghadam M, Mohsenpour B, Rostami Gooran N. Prevalence of substance abuse in the students of Kurdistan university of Medical Sciences. *J Kerman Univ Med Sci* 2008; 13: 18- 26.

Assessment of Health-Related Sustainable Development Goals (SDG) in Iran: Eastern Mediterranean Region, and the World in 2017

Yousefinezhadi T¹, Soori H², Mohamadi E³

1- PhD in Health Policy, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor of Epidemiology, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD in Health Policy, Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Soori H, hsoori@sbmu.ac.ir

(Received 26 May 2018; Accepted 20 June 2018)

Background and Objectives: The sustainable development goals include 17 goals, one of which is exclusively related to health. The aim of this study was to assess the status of indicators of sustainable development goals related to health in Iran compared to countries in the region and the WHO countries.

Methods: Secondary data were used to examine the status of indicators of sustainable development goals related to health. The data reported by the World Health Organization in 2017, the World Bank, and other available resources at the international levels such as the UN and UNICEF were addressed. The indicators according to which the situation in Iran was below the average of the region were selected for further exploration and analysis. A checklist, which met the research objectives, was used for data collection.

Results: The status of the maternal mortality ratio (25 in 100,000 people), incidence of tuberculosis) 16 in 100,000 people), and incidence of malaria (0.5 in 1000 people) was favorable. The indicators with an unfavorable status in Iran compared to the regional average were the mortality due to natural disasters, unintentional poisoning, road traffic injuries, and alcohol consumption per capita.

Conclusion: Iran has achieved many SDGs goals; however, there is a need for carefully designed plans for controlling and reducing some indicators. Prioritizing indicators in which Iran has had little success should be taken seriously by decision makers.

Keywords: Sustainable development, Health indicators, Iran