



Comparison of Iran's Public Health Index With MENA Region Countries in Legatum Prosperity Index

Masoumeh Faghfouriazar^{1*} PhD

¹ Department of Physical Education, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

*Correspondence to: Masoumeh Faghfouriazar, Email: m.faghfouriazar@yahoo.com

Received: September 1, 2024

Revised: October 30, 2024

Accepted: December 1, 2024

Online Published: December 18, 2024

Abstract

Introduction: At the level of society, one of the important features of social prosperity is that a person has a high sense of health, security and happiness. This study was conducted with the aim of investigating the health status of Iran compared to other MENA countries in the Legatum prosperity index.

Methods: The present research method was descriptive-comparative. The research population of this study was all the countries of the MENA region, including the Middle East and North Africa region. Health data were collected from the perspective of the Legatum prosperity index from 2013 to 2023 of the studied countries. One-sample parametric statistical test was used for data analysis and SPSS version 20 software.

Results: According to the results of the statistical test, the findings of the research indicated that according to the report of the Legatum Institute, a significant difference was observed between the health score of Iran and other MENA countries, and Iran's health score was significantly higher than the average score of the MENA countries.

Conclusion: The evaluation of Iran's health indicators based on international documents can be helpful in the field of health policies. In the field of health, Iran's situation is relatively favorable compared to the average of other MENA countries, but in other fields, it has to go a long way to reach a high level of well-being.

Keywords: Health, Legatum Prosperity Index, MENA Region

Highlights:

1. In the field of health, Iran's situation in a general view is relatively favorable compared to the average of other MENA countries.
2. A society with a strong health infrastructure enables citizens to achieve good mental and physical health and higher levels of income and well-being.
3. An efficient, healthy and justice-oriented health insurance system has a significant impact on improving social and economic security and universal access to health care services, preventing poverty due to illness, creating a healthy and dynamic society, and growing the welfare index.

Citation:

Faghfouriazar M. Comparison of Iran's public health index with MENA region countries in Legatum prosperity index. Iran J Health Insur. 2024;7(3):209-16.



مقایسه شاخص سلامت عمومی ایران با کشورهای حوزه منا در شاخص رفاه لگاتوم

معصومه فغفوری آذر^۱ PhD

^۱ گروه تربیت بدنی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

* نویسنده مسئول: معصومه فغفوری آذر، پست الکترونیک: m.faghfouriazar@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۹/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۱

تصحیح: ۱۴۰۳/۰۸/۰۹

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۱۱

چکیده

مقدمه: در سطح جامعه، یکی از ویژگی‌های مهم رفاه اجتماعی آن است که فرد از احساس سلامت، امنیت و شادمانی بالایی برخوردار باشد. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت ایران در مقایسه با سایر کشورهای حوزه منا در شاخص رفاه لگاتوم انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش این مطالعه کلیه کشورهای حوزه منا شامل منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا بود. داده‌های سلامت از منظر شاخص رفاه لگاتوم از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۳ کشورهای مورد مطالعه جمع‌آوری شد. از آزمون آماری پارامتریک تی تک‌نمونه‌ای برای تحلیل داده‌ها و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: با توجه به نتایج آزمون آماری، یافته‌های مطالعه بیانگر این بود که بر اساس گزارش موسسه لگاتوم، بین امتیاز سلامت ایران و سایر کشورهای حوزه منا تفاوت معناداری مشاهده شد و امتیاز سلامت ایران به‌طور معناداری از میانگین امتیاز کشورهای حوزه منا بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: ارزیابی شاخص‌های سلامت ایران بر اساس مستندات جهانی، می‌تواند در زمینه سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت راهگشا باشد. در حوزه سلامت، وضعیت ایران در مقایسه با میانگین سایر کشورهای حوزه منا در وضعیت نسبتاً مطلوب قرار دارد، اما در سایر حوزه‌ها برای رسیدن به سطح بالای رفاه، فاصله زیادی را باید طی کند.

واژگان کلیدی: سلامت، شاخص رفاه لگاتوم، حوزه منا

نکات ویژه

- ۱- در حوزه سلامت، وضعیت ایران در یک نگاه کلی در مقایسه با میانگین سایر کشورهای حوزه منا در وضعیت نسبتاً مطلوب قرار دارد.
- ۲- جامعه‌ای که از زیرساخت‌های سلامت قوی برخوردار است، شهروندان را قادر می‌کند تا از سلامت ذهنی و فیزیکی مناسب و سطوح بالاتری از درآمد و رفاه دست یابند.
- ۳- نظام بیمه سلامت کارآمد، سالم و عدالت محور در ارتقای امنیت اجتماعی و اقتصادی و دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی درمانی، جلوگیری از فقر در اثر بیماری، ایجاد جامعه سالم و پویا و رشد شاخص رفاه، تأثیر به‌سزایی دارد.

مقدمه

کشورهای در حال توسعه به دلیل اجبار و نداشتن برنامه و تقاضای غیر منطقی مردم، عموماً درگیر محور دوم و بیشتر به صورت ناقص هستند. هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری بیشتر را مورد تأکید قرار داده و بدین‌منظور، سازمان جهانی بهداشت اهمیت ارتقای سلامت با توجه به سبک زندگی سالم را مورد تأکید قرار داده است [۲]. «سلامت» اساسی‌ترین حق مردم هر کشور است و دولت‌ها حفظ و ارتقای آن را جزو مهم‌ترین تلاش‌های خود برشمردند [۳]. عوامل تعیین‌کننده سلامت به سه گروه تقسیم می‌شوند: محیط اقتصادی-

سازمان جهانی سلامت، سلامت را «آسایش کامل جسمی، روانی، اجتماعی» و نه «صرفاً نبود بیماری» تعریف کرده است. برای دستیابی به هدف سلامت سه محور اصلی را باید دنبال کرد: ۱. مردم بیمار نشوند (پیشگیری اولیه)، ۲. بیماران سریع و صحیح درمان شوند (پیشگیری مرحله دوم)، ۳. بیماران غیر قابل درمان رنج کمتری متحمل شوند (پیشگیری مرحله سوم) [۱]. کشورهای پیشرفته در امر سلامت، بیشترین فعالیت‌های سلامت خود را در محور اول متمرکز می‌کنند و بیشترین سود سرمایه‌گذاری را نیز به دست می‌آورند. متأسفانه در

تا ۲۰۱۰» به این نتیجه رسیدند که از میان عوامل اقتصادی، نرخ تورم و نرخ بیکاری، تأثیر منفی و نرخ تشکیل سرمایه و درجه توسعه یافتگی کشورها تأثیر مثبتی بر امید به زندگی داشته است [۱۶].

بنا بر نتایج پژوهش‌ها، پایه سلامت دوران بزرگسالی ریشه در دوران کودکی و قبل از تولد دارد. کندی رشد و ضعف حمایتی می‌تواند باعث افزایش خطرات جسمانی در طول زندگی و کاهش قدرت ادراکات احساسی - عملکردی در دوران بزرگسالی شود. همچنین تجارب دوران کودکی به دلیل انعطاف‌پذیری مستمر سیستم‌های بیولوژیکی در سلامت آینده فرد، نقش برجسته‌ای دارد [۱۳]. رشد کند و عقب‌ماندگی جسمی در کودکی منجر به کاهش رشد و عملکرد سیستم‌های قلبی - عروقی، تنفسی و کلیوی شده و احتمال خطر بیماری در بزرگسالی را افزایش می‌دهد [۱۷]. هر چه افراد برای مدت طولانی‌تری در محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی زندگی کنند، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌ها، به ویژه بیماری قلبی - عروقی و نیز مرگ زودرس، خواهند بود [۱۴]. نتایج پژوهش یو و همکاران (۲۰۲۲) و شارمن و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که بین سبک زندگی سالم و کاهش خطر ابتلا به برخی از سرطان‌ها رابطه وجود دارد [۱۸، ۱۹]. کلانا و درما (۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که رژیم غذایی سالم و کاهش سطح استرس، احتمال وقوع سکتة مغزی را کاهش می‌دهد [۲۰]. همچنین در مطالعات دیگر نشان داده شد که تغییرات غذایی و فعالیت‌های منظم بدنی باعث تقویت اتخاذ شیوه زندگی سالم و رفتارهای مثبت بهداشتی می‌شود [۲۱].

احمد و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای با عنوان تأثیر عوامل اقتصادی - اجتماعی بر سوءتغذیه کودکان زیر ۵ سال در پاکستان انجام دادند. طبق نتایج این مطالعه، شیوع فراوانی کوتاه قدی، کم‌وزنی کودکان، به ویژه در مناطق روستایی منطقه مورد مطالعه، به طور معناداری با تعداد نفرات خانواده، تحصیلات مادر، وضعیت مادی و امکانات بهداشتی درمانی مرتبط بود [۲۲]. در مطالعه سدیل و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده شد که عوامل اجتماعی و اقتصادی از جمله درآمد خانوار، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات والدین به ویژه مادران، تعداد اعضای خانوار و قیمت خدمات مشارکت اقتصادی در جامعه می‌توانند بر سلامت افراد جامعه تأثیرگذار باشند. نتایج این مطالعه ضرورت توجه به شاخص‌های اقتصادی - اجتماعی را به منظور کاهش نابرابری‌ها در بخش سلامت از طریق کاهش نرخ بیکاری، افزایش درآمد و افزایش پوشش بیمه‌ای نشان می‌دهد [۲۳]. امروزه موضوع سلامت در اولویت دستور کار توسعه بین‌المللی قرار دارد و نابرابری‌های سلامت بین کشورها، همچنین در داخل کشورها، به عنوان مرکز توجه جوامع جهانی قرار گرفته است. در حال حاضر این امکان به وجود آمده که سطح سلامت در جوامع کم‌درآمد، محروم و آسیب‌پذیر افزایش یابد، اما این به شرطی امکان‌پذیر است که به

اجتماعی، محیط فیزیکی و ویژگی‌های فردی و رفتاری فرد. محیط یا وضعیت اقتصادی - اجتماعی شامل درآمد، اشتغال، بعد خانوار، برخورداری از بیمه و سایر عوامل مؤثر بر طبقات اقتصادی - اجتماعی خانوارهاست [۴]. برای بیشتر مردم وضعیت سلامت در درجه اول با میزان تغییرات در وضعیت اقتصادی - اجتماعی آنها سنجیده می‌شود [۵]. به طور کلی، محرومیت‌های اقتصادی - اجتماعی در سطح جامعه، یک عامل استرس‌زا محسوب می‌شود که نقش مهمی در شکل دادن به سلامت انسان دارد [۶، ۷].

مطالعات نشان می‌دهند که سلامت جمعیت به صورت پیچیده به عوامل اقتصادی - اجتماعی واکنش نشان می‌دهد [۸، ۹]. متغیرهایی نظیر درآمد و وضعیت اشتغال که از مهم‌ترین ملاک‌های وضعیت اقتصادی - اجتماعی هستند، ارتباط مستقیمی با سطح سلامت دارند [۵]. بنا بر مطالعه طاهری و همکاران که به بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر امید زندگی پرداختند، مشخص شد که در بلندمدت نرخ شهرنشینی، نرخ بیسوادی و سرانه مخارج مصرف دخانیات اثر منفی و درآمد سرانه و سرانه مخارج رفاه اجتماعی دولت اثر مثبت بر امید زندگی دارد [۱۰]. در مطالعه لالو و همکاران در سال ۲۰۱۸ که با عنوان «نابرابری امید زندگی در سالمندان با وضعیت اقتصادی اجتماعی» انجام شد، یافته‌ها نشان داد که وضعیت اقتصادی اجتماعی، امید به زندگی را حتی در سنین پیری به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند [۱۱]. طبق بررسی‌های جهانی، تفاوت‌های زیادی در وضعیت سلامت کشورهای مختلف، ساکنان شهری و روستایی و مناطق مختلف یک کشور، گروه‌های مختلف اجتماعی و... قابل مشاهده است [۱۲، ۱۳].

به دلیل فقدان منابع قابل قبول و در دسترس، طبقات اجتماعی فقیرتر از قدرت انتخاب کمتری برخوردار بوده و در مکان‌های ناامن و پرجمعیت‌تری زندگی می‌کنند، مشاغل پرخطری دارند و احتمال اینکه بیکار بمانند نیز بیشتر است، بنابراین از سطح پایین‌تری از سلامت برخوردارند [۱۲]. همچنین به دلیل کمبود تسهیلات مانند درآمد و یا وقت ناکافی برای داشتن یا گذراندن اوقات فراغت، فقدان یکی از رفتارهای مهم اجتماعی، یعنی فعالیت فیزیکی کافی، ممکن است دلیل دیگری بر پایین بودن سطح سلامت طبقات اجتماعی با سطح اقتصادی پایین باشد. مطابق با تحقیقات، در جایی که مردم هیچ قدرت انتخابی درخصوص شرایط کاری و زندگی خود ندارند و یا قدرت بسیار کمی دارند، احتمال کمتری دارد که از سلامت خود راضی باشند [۱۴]. فینکلشتین و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیق خود عنوان کردند که افراد با درآمد پایین، پیامدهای سلامت ضعیف‌تری دارند؛ از جمله خطر بیشتر ابتلا به بیماری و طول عمر کوتاه‌تر [۱۵]. منصف و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود با عنوان «بررسی تأثیر عوامل اقتصادی بر امید زندگی کشورهای جهان طی سال‌های ۲۰۰۲

در سه حوزه اصلی، ۱۲ رکن و ۶۷ عنصر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. [۲۹،۳۰] (جدول ۱).

رتبه‌بندی رفاه کشورها بر حسب مناطق هفت‌گانه جغرافیایی:

شاخص رفاه لگاتوم، عملکرد کشورها را در هفت منطقه اروپای غربی، جنوب صحرای آفریقا، آمریکای شمالی، منا (خاورمیانه و شمال آفریقا)، آمریکای لاتین، اروپای شرقی و آسیا - اقیانوسیه، براساس خصوصیات مشترک کشورها، مورد ارزیابی و تحلیل منطقه‌ای و کشوری قرار می‌دهد. در این گزارش تصریح شده که هر یک از کشورها از نظر رتبه رفاه با یکدیگر تفاوت دارند، همچنین از نظر منطقه جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی ... اختلافاتی وجود دارد. این مؤسسه در چند سطح گزارش رفاه جهانی را ارائه می‌دهد؛ منطقه‌ای، کشوری و تصویر کلی از جهان. رتبه‌بندی رفاه در کشورها در چارچوب هفت منطقه صورت گرفته است. دلیل این رتبه‌بندی کشورها به صورت منطقه‌ای، خصوصیات نسبتاً متوازن و همگن کشورهاست که در بسیاری از وجوه خصوصیات مشترک دارند. هرچند ممکن است که درون هر منطقه، کشوری از لحاظ رفاهی با کشورهای دیگر تفاوت داشته باشد [۲۹].

جدول ۱ | حوزه‌ها، ارکان و عناصر شاخص رفاه لگاتوم (۲۰۲۳)

ردیف	حوزه‌ها	ارکان	عناصر
۱	جامعه فراگیر	ایمنی و امنیت	۱- جنگ و درگیری داخلی، ۲- حمله و تجاوز، ۳- خشونت سیاسی از سوی دولت، ۴- جرم خشونت‌آمیز، ۵- جرم دزدی
		آزادی فردی	۱- نمایندگی، ۲- آزادی تجمع و تشکل، ۳- آزادی بیان و دسترسی به اطلاعات، ۴- نبود تبعیض قانونی
		حکومت	۱- محدودیت‌های اجرایی، ۲- پاسخگویی سیاسی، ۳- حاکمیت قانون، ۴- صداقت دولت، ۵- اثربخشی دولت، ۶- کیفیت نظارتی، ۷- اعتماد نهادی
		سرمایه اجتماعی	۱- روابط شخصی و خانوادگی، ۲- شبکه‌های اجتماعی، ۳- اعتماد بین فردی، ۴- مشارکت مدنی و اجتماعی، ۵- تحمل اجتماعی
۲	اقتصاد باز	محیط سرمایه‌گذاری	۱- حقوق مالکیت، ۲- حمایت از سرمایه‌گذار، ۳- اجرای قرارداد، ۴- اکوسیستم تأمین مالی، ۵- محدودیت سرمایه‌گذاری بین‌المللی
		شرایط سازمانی	۱- رقابت‌پذیری در بازار داخلی، ۲- محیطی برای ایجاد کسب و کار، ۳- بار مقررات، ۴- انعطاف‌پذیری بازار کار، ۵- تحریف قیمت
		دسترسی به زیرساخت‌ها و بازارها	۱- ارتباطات، ۲- انرژی، ۳- آب، ۴- حمل و نقل، ۵- اداره مرز، ۶- مقیاس بازار باز، ۷- موانع تعرفه واردات، ۸- انحرافات بازار
		کیفیت اقتصاد	۱- پایداری مالی، ۲- ثبات اقتصاد کلان، ۳- بهره‌وری و رقابت‌پذیری، ۴- پویایی، ۵- درگیری نیرو
۳	مردم توانمند	شرایط زندگی	۱- منابع مادی، ۲- تغذیه، ۳- خدمات پایه، ۴- سرپناه، ۵- ارتباط، ۶- محافظت در برابر آسیب
		سلامت	۱- عوامل خطر رفتاری، ۲- مداخلات پیشگیرانه، ۳- سیستم‌های مراقبت، ۴- سلامت روان، ۵- سلامت جسمی، ۶- طول عمر
		آموزش	۱- آموزش پیش‌دبستانی، ۲- آموزش ابتدایی، ۳- آموزش متوسطه، ۴- آموزش دانشگاهی، ۵- مهارت‌های بزرگسالان
		محیط زیست	۱- آنتشارها، ۲- قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا، ۳- جنگل، زمین و خاک، ۴- آب شیرین، ۵- اقیانوس‌ها، ۶- تلاش‌های حفظ و نگهداری

علل واقعی مشکلات سلامتی توجه شود [۱۳،۲۴]. گزارش‌های جهانی سلامت؛ با بیان تجربیات کشورها در زمینه‌های مختلف سلامت، یک منبع سودمند برای سیاست‌گذاران سلامت در کلیه کشورها هستند. این گزارش‌ها معمولاً حاصل نظر کارشناسانی از سراسر دنیا و شامل اطلاعات به روز در حیطه مورد نظر هستند [۲۵،۲۶].

شاخص رفاه لگاتوم: با جهانی شدن اقتصاد و گسترش

پیوندهای روزافزون اقتصادی کشورها به یکدیگر، داده‌ها و شاخص‌های مقیاس‌های بین کشورها اهمیت زیادی پیدا کرده است. بر اساس این داده‌ها و اطلاعات، برخی از نهادها و مؤسسات علمی و پژوهشی در سطح جهانی درباره موضوعات مختلف چنین مقوله‌ای اقدام به گردآوری و انتشار داده‌ها و شاخص‌های مقایسه‌ای کرده‌اند [۲۷]. از جمله این نهادها، مؤسسه لگاتوم است که یک مؤسسه مستقل بسیار معتبر پژوهشی است که در بریتانیا قرار دارد و مبادرت به مطالعه و سیاست‌گذاری در زمینه رفاه در کشورهای جهان می‌کند. این مؤسسه هر ساله با جمع‌آوری داده‌های لازم، گزارشی درباره شاخص رفاه کشورهای جهان منتشر می‌کند. شاخصی که این مؤسسه در این زمینه ارائه می‌کند موسوم به «شاخص رفاه لگاتوم» است که یکی از شاخص‌های جهانی محسوب شده و تغییرات رشد و انگیزه‌های پیشرفت را در بلندمدت با هدف مشخص‌سازی کشورهایی که بیشترین گام را در مسیر پیشرفت خود برای رفاه برداشته‌اند، نشان می‌دهد. این شاخص با مشخص کردن نقشه راه کشورها در دستیابی به رفاه یا دور شدن از آن تلاش می‌کند تا به جهان نشان دهد کشورها با چه روش‌هایی می‌توانند از فقر به سوی رفاه پیشرفت داشته باشند [۲۸].

مؤسسه لگاتوم از سال ۲۰۰۹ میلادی تاکنون، برای ارزیابی و مقایسه میزان رفاه کشورها، با تنظیم شاخص ترکیبی رفاه که بر اساس فاکتورهای گوناگونی نظیر ثروت، رشد اقتصادی و کیفیت زندگی تنظیم می‌شود، سالانه در سطحی جهانی به رتبه‌بندی ۱۶۷ کشور (در بر گیرنده بیش از ۹۶ درصد از جمعیت کره زمین) می‌پردازد. قبلاً رفاه یک کشور صرفاً بر اساس شاخص‌های اقتصاد کلان در نظر گرفته می‌شد که میزان تولید ناخالص داخلی یک کشور بیانگر آن بود. اما بی‌شک رفاه چیزی بیش از انباشت ثروت مادی است و شادمانی، سلامت، رضایت از زندگی و امید به داشتن زندگی بهتر در آینده را نیز در بر می‌گیرد. از این رو، شاخص رفاه مؤسسه لگاتوم با توجه به در نظر گرفتن درآمد و رفاه اجتماعی نسبت به سایر سنجش‌های جهانی رفاه متمایز است.

شاخص رفاه لگاتوم، عملکرد کشورها را در ۷ منطقه اروپای غربی، جنوب صحرای آفریقا، آمریکای شمالی، منا (خاورمیانه و شمال آفریقا)، آمریکای لاتین، اروپای شرقی و آسیا - اقیانوسیه

غذایی در جهان هستند و ضریب امنیت غذایی آنها زیاد است [۳۱]؛ در مقابل کشورهایی همچون سودان و یمن بسیار فقیر هستند و سطح درآمد سرانه و ضریب امنیت غذایی پایینی دارند.

به طور کلی با توجه به آنکه در دو سوم کشورهای منطقه منا، کمتر از ۵ درصد زمین‌ها قابل کشت است، اکثر کشورهای این منطقه جزو بزرگ‌ترین واردکنندگان مواد غذایی در جهان هستند. بر اساس آمارهای صندوق بین‌المللی پول، متوسط رشد اقتصادی کشورهای منطقه منا در سال ۲۰۱۹ معادل ۱/۶ درصد بوده است. در جدیدترین گزارش چشم‌انداز اقتصاد منطقه‌ای که توسط صندوق بین‌المللی پول منتشر شده، سرمایه‌گذاری برای ایجاد شغل برای جمعیت جوان به عنوان مهم‌ترین چالش کشورهای عضو منا عنوان شده است [۳۱، ۳۲].

عناصر تشکیل‌دهنده سلامت از منظر شاخص رفاه لگاتوم: از منظر شاخص رفاه لگاتوم، رکن سلامت، میزان سلامت مردم و دسترسی به خدمات ضروری برای حفظ سلامتی را اندازه‌گیری می‌کند. از جمله برون‌دها و نتایج سلامت، سیستم‌های سلامت، بیماری‌ها و عوامل خطر و میزان مرگ و میر است [۳۰] (جدول ۲).

از دهه ۱۹۸۰ به بعد، در تعریف رفاه اجتماعی تغییر و تحول بسیاری ایجاد شده است. مضامین متون مرتبط با جامعه‌شناسی و اقتصاد نشان می‌دهند رفاه و بهزیستی به معنای بهتر زیستن، تنها به اقشار آسیب‌پذیر و یا گروه خاصی از افراد جامعه محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد گسترده‌تری دارد. در سطح جامعه، یکی از ویژگی‌های مهم رفاه اجتماعی آن است که فرد از احساس سلامت، امنیت و شادمانی بالایی برخوردار باشد. به این ترتیب، رفاه در هر جامعه‌ای از ارکان و مؤلفه‌های مختلفی تشکیل می‌شود [۲۷].

کشورهای حوزه منا: منا (MENA) به معنای خاورمیانه و شمال آفریقا، اصطلاحی است که برای کشورهای عمده تولیدکننده نفت که در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا قرار دارند به کار می‌رود. حدّ این منطقه از کشور مراکش در شمال غربی قاره آفریقا آغاز می‌شود و تا ایران، شرقی‌ترین کشور منطقه خاورمیانه امتداد می‌یابد. منطقه منا با جمعیتی بالغ بر ۵۷۰ میلیون نفر، ۶۰ درصد منابع نفتی و ۴۵ درصد منابع گازی جهان را در اختیار دارد. با این حال میان کشورهای منطقه ناهمگنی زیادی وجود دارد. به طوری که کشورهای حاشیه خلیج فارس که عمدتاً صادرکننده نفت و گاز هستند، ثروتمند و به علت سطح درآمد سرانه بالا، بزرگ‌ترین واردکنندگان خالص مواد

جدول ۲ | عناصر تشکیل‌دهنده سلامت از منظر شاخص رفاه لگاتوم

ردیف	عنصر	شاخص	تعریف
۱	عوامل خطر رفتاری	چاقی	درصد جمعیت بزرگسالی که چاقی دارند
		سیگار کشیدن	درصد جمعیت بالای ۱۵ سال که در حال حاضر به صورت منظم هرگونه محصول تنباکو را مصرف می‌کنند
		اختلالات مصرف مواد	شیوع استاندارد شده سنی استفاده بزرگسالان مبتلا به اختلال مصرف مواد، از جمله الکل، مواد افیونی، کوکابین، آفتامین، حشیش و سایر مواد مخدر
۲	مداخلات پیشگیرانه	ایمن‌سازی دifterی	درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه که واکسن DPT دریافت کرده اند، واکسیناسیون قبل از ۱۲ ماهگی یا در هر زمان قبل از بررسی
		ایمن‌سازی سرخک	درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه مبتلا به سرخک، واکسیناسیون قبل از ۱۲ ماهگی یا در هر زمان قبل از بررسی
		ایمن‌سازی هپاتیت	درصد کودکان ۱۲ تا ۲۳ ماهه که واکسن هپاتیت B دریافت کرده اند، واکسیناسیون قبل از ۱۲ ماهگی، یا در هر زمان قبل از بررسی
		شیوع پیشگیری از بارداری	درصد زنانی که فعال هستند یا با شریک خویش حداقل یک روش مدرن پیشگیری از بارداری را انجام می‌دهند
		پوشش مراقبت‌های دوران بارداری	درصد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله که حداقل یک بار در دوران بارداری توسط پرسنل بهداشتی ماهر (پزشک، پرستار یا ماما) مورد بررسی قرار گرفتند
۳	سیستم‌های مراقبت	وجود برنامه‌های غربالگری کشوری	یک سنجش ترکیبی برای اینکه آیا یک کشور غربالگری ملی دارد یا خیر برای سرطان دهانه رحم، سرطان سینه و آزمایش HbA1c
		پوشش مراقبت‌های بهداشتی	درصد جمعیت بدون پوشش مراقبت‌های بهداشتی، یا از طریق بیمه خصوصی، یا پوشش دولتی (صرف نظر از اینکه آیا آنها به طور مؤثر قادر به دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی از طریق آن پوشش هستند)
		خدمات درمانی	اندازه‌گیری ترکیبی براساس (الف) تراکم بیمارستان‌ها، (ب) تراکم بیمارستان‌های روانی، (ج) سرانه تخت‌های بیمارستانی و (د) امکانات سربایی
		پزشکان و کارکنان بهداشت	یک اندازه‌گیری ترکیبی بر اساس (الف) تمرکز پزشکان، (ب) تمرکز دندانپزشکان و (ج) تمرکز پرستاران و ماماها در میان جمعیت بزرگسال
		تولدهای همراه با کارکنان ماهر سلامت	درصد تولدهایی که توسط پرسنل آموزش دیده همراه بوده برای دادن نظارت، مراقبت و مشاوره لازم به زنان در دوران بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان
۴	سلامت روان	پوشش درمان سل	درصد موارد سل که درمان می‌شوند
		درمان ضد ویروسی HIV	درصد بزرگسالان و کودکان تحت درمان ضد ویروسی در میان همه بزرگسالان و کودکان مبتلا به HIV
		رضایت از مراقبت‌های بهداشتی	درصد افرادی که به نظرسنجی «راضی» پاسخ دادند سوال: «در شهر یا منطقه‌ای که زندگی می‌کنید، آیا راضی هستید یا از در دسترس بودن مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت ناراضی هستید؟»
		سلامت عاطفی	یک اندازه‌گیری ترکیبی، براساس درصد افرادی که گزارش می‌کنند آنها (الف) غم و اندوه را تجربه نکردند، (ب) استرس را تجربه نکردند و (ج) لذت را نسبت به روز قبل تجربه کردند.
		اختلالات افسردگی	نرخ استاندارد شده سنی سال‌های زندگی با ناتوانی ناشی از اختلالات افسردگی
۵	سلامت جسمی	اقدام به خودکشی	نرخ استاندارد شده سنی مرگ و میر ناشی از خودکشی
		درد جسمانی	درصد افرادی که به سؤال نظرسنجی «بله» پاسخ دادند: «آیا احساسات زیر را در طول دیروز تجربه کردید؟ درد فیزیکی چطور؟»
		مشکلات سلامتی	درصد افرادی که به سؤال نظرسنجی «بله» پاسخ دادند: «آیا مشکلات سلامتی ای دارید که شما را بازردار از انجام کارهایی که افراد همسن شما معمولاً می‌توانند انجام دهند؟»
		بیماری‌های مسری	نرخ استاندارد سنی سال‌های زندگی با ناتوانی ناشی از بیماری‌های مسری، به استثنای اختلالات مادر و نوزاد و کمبودهای تغذیه‌ای
		بیماری‌های غیرمسری	نرخ استاندارد سنی سال‌های زندگی با ناتوانی ناشی از بیماری‌های غیر مسری، به استثنای اختلالات روانی و اختلالات مصرف مواد
۶	طول عمر	افزایش فشار خون	درصد جمعیت بالای ۱۸ سال با فشار خون بالا
		مرگ و میر مادران	نرخ زنانی که به دلایل مرتبط با بارداری و در زمان بارداری، یا طی ۴۲ روز پس از پایان بارداری فوت می‌کنند به ازای هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده
		مرگ و میر زیر پنج سال	تخمین نسبت نوزادان فعلی که تا پنج سالگی زنده نمی‌مانند، بر اساس میزان مرگ و میر سن خاص برای گروه‌های سنی بین صفر و پنج
		مرگ و میر پنج تا ۱۴ سالگی	تخمین نسبت کودکان پنج ساله فعلی که تا سن ۱۴ سالگی زنده نمی‌مانند، بر اساس میزان مرگ و میر سن خاص برای گروه‌های سنی بین پنج تا ۱۴ سال
		مرگ و میر ۱۵ تا ۶۰ سالگی	تخمینی از نسبت افراد ۱۵ ساله فعلی که تا ۶۰ سالگی زنده نمی‌مانند، بر اساس میزان مرگ و میر سن خاص برای گروه‌های سنی بین ۱۵ تا ۶۰
		امید به زندگی در ۶۰ سالگی	میانگین سال‌های باقی‌مانده مورد انتظار از زندگی باقی‌مانده در ۶۰ سالگی، بر اساس نرخ‌های فعلی مرگ و میر

جدول ۳ | رتبه و امتیاز سلامت کشورهای حوزه منا در شاخص رفاه لگاتوم ۲۰۲۳

ردیف	کشور	رتبه کلی	رتبه سلامت	امتیاز سلامت
۱	ایران	۱۲۶	۵۸	۷۴/۹۳
۲	امارات متحده عربی	۴۴	۳۳	۷۸/۳۸
۳	قطر	۴۶	۳۸	۷۷/۶۴
۴	کویت	۶۰	۴۳	۷۷/۳۳
۵	بحرین	۶۲	۵۰	۷۶/۲۴
۶	عمان	۶۷	۵۵	۷۵/۴۴
۷	عربستان	۷۹	۵۶	۷۵/۳۴
۸	اردن	۸۶	۱۰۰	۶۸/۹۲
۹	ترکیه	۹۵	۶۳	۷۴/۱۹
۱۰	مراکش	۹۶	۸۶	۷۱/۱۷
۱۱	تونس	۹۹	۷۹	۷۲/۰۵
۱۲	الجزایر	۱۰۹	۷۰	۷۳/۲۲
۱۳	لبنان	۱۱۲	۱۰۲	۶۸/۶۵
۱۴	مصر	۱۲۱	۱۰۷	۶۷/۲۰
۱۵	عراق	۱۴۰	۱۱۵	۶۴/۶۲
۱۶	لیبی	۱۴۶	۱۰۵	۶۷/۸۴
۱۷	سوریه	۱۵۹	۱۰۸	۶۷/۱۶
۱۸	یمن	۱۶۶	۱۳۶	۵۷/۴۵
۱۹	رژیم اشغالگر قدس	۳۳	۶	۸۳/۱۰

جدول ۴ | آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

Statistic	شاپیرو ویلک	
	df	سطح معناداری
۰/۸۹۲	۱	۰/۰۹

جدول ۵ | آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها

سطح معناداری	df2	df1	آزمون لوین
۰/۳۴۶	۱۷	۲	۰/۰۶۷

جدول ۶ | نتایج آزمون تی تک نمونه‌ای برای مقایسه امتیاز سلامت ایران و میانگین امتیاز سلامت سایر کشورهای حوزه منا

t	df	سطح معناداری	تفاوت میانگین	۹۵ درصد از سطح اطمینان	
				بالا تر	پایین تر
۴۹/۹۷۳	۱	۰/۰۱۳	۷۳/۴۶	۹۲/۱۳۸	۵۴/۷۸۱

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت ایران در مقایسه با سایر کشورهای حوزه منا در شاخص رفاه لگاتوم انجام شد.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش این مطالعه کلیه کشورهای حوزه منا که شامل منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا و کشورهای ایران، امارات متحده عربی، قطر، کویت، بحرین، عمان، عربستان، اردن، ترکیه، مراکش، تونس، الجزایر، لبنان، مصر، عراق، لیبی، سوریه، یمن و رژیم اشغالگر قدس بود. داده‌های گردآوری شده از موسسه لگاتوم از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۳ بود. برای بررسی سطح سلامت کشورهای مورد مطالعه، داده‌های شش عنصر سلامت از منظر شاخص رفاه لگاتوم جمع‌آوری شد. بدین منظور از آمارها و نتایج بررسی‌های موسسه لگاتوم بهره گرفته شد. از آزمون آماری پارامتریک تی تک نمونه‌ای برای تحلیل داده‌ها و از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های آخرین گزارش شاخص رفاه لگاتوم در سال ۲۰۲۳ رتبه و امتیاز سلامت کشورهای حوزه منا در جدول ۳ قابل مشاهده می‌باشد.

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. با توجه به نتیجه آزمون شاپیرو ویلک، توزیع داده‌ها نرمال بود (جدول ۴).

برای آزمون برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین (Levene) استفاده شد. اگر این آزمون معنادار باشد، فرضیه صفر یعنی برابری واریانس‌ها رد می‌شود و اگر این آزمون معنادار نباشد، آنگاه فرضیه صفر پذیرفته می‌شود. یعنی تفاوت معناداری میان واریانس دو گروه وجود ندارد (جدول ۵). با توجه به نتیجه آزمون لوین، واریانس دو گروه برابر بود. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها و برابری واریانس دو گروه، از آزمون پارامتریک تی تک نمونه‌ای (One-Sample t-Test) برای مقایسه امتیاز سلامت ایران و میانگین امتیاز سلامت سایر کشورهای حوزه منا استفاده شد (جدول ۶).

با توجه به نتایج آزمون تی استیودنت بین امتیاز سلامت ایران و میانگین امتیاز سلامت سایر کشورهای حوزه منا تفاوت معناداری مشاهده شد ($P = 0/013$) و امتیاز سلامت ایران به‌طور معناداری بالاتر است.

یافته‌های تحقیق بیانگر این است که بر اساس گزارش مؤسسه لگاتوم، ایران از نظر امتیاز سلامت نسبت به سایر کشورهای حوزه منا در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر، بررسی و مقایسه امتیاز سلامت ایران با سایر کشورهای حوزه منا، بر اساس گزارش‌های منتشر شده مؤسسه لگاتوم در سال ۲۰۲۳ بود. نتایج این پژوهش نشان داد که در حوزه سلامت، وضعیت ایران در یک نگاه کلی در مقایسه با میانگین سایر کشورهای حوزه منا در وضعیت نسبتاً مطلوب قرار دارد. ایران در رتبه کلی رفاه و در سایر حوزه‌ها، برای رسیدن به سطح بالای رفاه، فاصله زیادی را باید طی کند که مستلزم تلاش مستمر و زیاد است تا تصویر بهتری از جمهوری اسلامی ایران از نظر شاخص رفاه و نیز در حوزه سلامت در سطح جهانی ارائه شود.

امروزه سرمایه‌گذاری در نظام سلامت، فرصت بزرگی در جهان است. به‌طور کلی هر چه این عدد بالاتر باشد، رشد اقتصادی نیز بیشتر می‌شود. زیرا سیستم سلامت می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد، بهره‌وری و درآمد نیروی کار را افزایش دهد و فناوری‌های جدید را توسعه دهد. برخی مطالعات نشان می‌دهند که هر مقدار سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت در کشورهای در حال توسعه، با بازدهی چند برابر مواجه می‌شود [۳۳]. جامعه‌ای که از زیرساخت‌ها و شالوده‌های سلامت قوی برخوردار است، شهروندان را قادر می‌کند تا از سلامت ذهنی و فیزیکی مناسب، لذت برده و به سطوح بالاتری از درآمد و رفاه دست یابند. برای اینکه یک ملت از رفاه برخوردار باشد لازم است شهروندان آن دارای سلامتی مطلوب باشند. افرادی که از سلامت فیزیکی و بهداشت روانی بهتری برخوردار هستند از سطوح بالاتری از بهزیستی برخوردار می‌شوند. به علاوه، سلامت جامعه قابلیت‌های افراد را از آسیب مصون می‌سازد [۲۷].

سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی انکارناپذیر است. بنابراین مبارزه با عواملی که سلامت را تحت تأثیر قرار داده و نیز سبب وجود نابرابری‌هایی در سلامت می‌شوند، از اولویت‌های جامعه محسوب می‌شود. با مهار عوامل مؤثر بر سلامت در مسیر مثبت، می‌توان سیاست‌های مرتبط با سلامتی و رفاه را بهبود بخشید که همگی نیازمند انگیزه‌های قوی همکاری بین‌بخشی است [۳۴، ۳۵].

نتیجه‌گیری

نظام بیمه سلامت کارآمد، سالم و عدالت‌محور در ارتقای امنیت اجتماعی و اقتصادی و در دسترسی گسترده به خدمات بهداشتی درمانی، ایجاد جامعه سالم و در نتیجه رشد شاخص رفاه، تأثیر به‌سزایی دارد. به همین دلیل برای رسیدن به سطح بالاتر شاخص سلامت و دیگر شاخص‌های رفاه در سطح جهانی، نیازمند برنامه‌ریزی‌های جامع، بلندمدت و بهبود روابط داخلی و بین‌المللی است. امروزه جامعه ایران با چالش‌ها و ناترازی‌های جدی

در زمینه‌های گوناگون، از جمله حوزه سلامت، مواجه است که رفع هر یک از آنها اقدامات همه‌جانبه، همگرایی و استفاده بهینه از ظرفیت‌های بین‌بخش خصوصی، جامعه مدنی و دولت را می‌طلبد.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر مورد تأیید معاونت تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار قرار گرفت.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچگونه تعارض منافی را اعلام نکرد.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of common diseases in Iran. Tehran: Eshtiagh Publications. 2000. [Persian]
2. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;21(1):102-13. [Persian]
3. Council Policy and Health Reform. Document of primary health care promotion policy [Online]. Available from: http://selection.behdasht.gov.ir/uploads/291_1664_Primary_Health_Care_Services_Policy.pdf. [Persian]
4. World Health Organization. Determinants of health, 2017. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
5. Heydari Arjloo N, Heydari Arjloo P, Nooraie Motlagh S, Lotfi F, Sheerbafechi Zadeh N. The relationship of socio-economic factors and the incidence of gastric cancer using artificial neural networks model in Iranian men. J Ilam Uni Med Sci. 2015;23(4):264-78. [Persian]
6. Borrell C, Mari-Dell Olmo M, Serral G, Martinez-Beneito M, Gotsens M. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). Health Place. 2010;16(4):703-11. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.03.002.
7. Turrell G, Kavanagh A, Subramanian S. Area variation in mortality in Tasmania (Australia): The contributions of socioeconomic disadvantage, social capital and geographic remoteness. Health Place. 2006;12(3):291-305. doi: 10.1016/j.healthplace.2004.08.012.
8. Karpati A, Galea S, Awerbuch T, Levins R. Variability and vulnerability at the ecological level: Implications for understanding the social determinants of health. Am J Public Health. 2002;92(11):1768-72. doi: 10.2105/AJPH.92.11.1768.
9. Factor R, Awerbuch T, Levins R. Social and land use composition determinants of health: Variability in health indicators. Health Place. 2013;22:90-7. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.04.001.
10. Taheri B S, Karimzadeh M, Tahsili H. Study of socio-

- economic factors affecting on life expectancy in Iran. *Econ J*. 2015;15(1):2. [Persian]
11. Lallo C, Raitano M. Life expectancy inequalities in the elderly by socioeconomic status: evidence from Italy. *Popul Health Metr*. 2018;16(1):7. doi: [10.1186/s12963-018-0163-7](https://doi.org/10.1186/s12963-018-0163-7).
 12. Armstrong D. An outline of sociology as applied to medicine. Translated by Tawakkol M. Tehran: Hoghooghi Publications. 2012. [Persian]
 13. Mohseni M. Medical sociology. Tehran: Tahoori Publications. 2005. [Persian]
 14. World Health Organization. Oral Health for the 21st century. World Health Organization; 1994.
 15. Finkelstein DM, Harding JF, Paulsell D, English B, Hijjawi GR, Ngandu J. Economic well-being and health: The role of income support programs in promoting health and advancing health equity. *Health Aff*. 2022;41(12):1700-6. doi: [10.1377/hlthaff.2022.00846](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00846).
 16. Monsef A, Shahmohammadi Mehrjardi A. Economic factors and life expectancy in 136 countries during 2002 to 2010. *Payesh*. 2017;16(5):567-74.
 17. Green A. An introduction to health planning in developing countries. Second Edition. UK: Oxford University Press (OUP). 1999.
 18. Yu J, Feng Q, Kim JH, Zhu Y. Combined effect of healthy lifestyle factors and risks of colorectal adenoma, colorectal cancer, and colorectal cancer mortality: Systematic review and meta-analysis. *Front Oncol*. 2022;12:827019. doi: [10.3389/fonc.2022.827019](https://doi.org/10.3389/fonc.2022.827019).
 19. Sharman R, Harris Z, Ernst B, Mussallem D, Larsen A, Gowin K. Lifestyle Factors and Cancer: A Narrative Review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2024;8(2):166-83. doi: [10.1016/j.mayocpiqo.2024.01.004](https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2024.01.004).
 20. Kelana K, Dharmaa P. Use of mobile-stroke risk scale and lifestyle guidance promote healthy lifestyles and decrease stroke risk factors. *Nurs Sci*. 2020;7(4):401-7. doi: [10.1016/j.ijnss.2020.08.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.08.001).
 21. Adewale Ahmeda I, Abimbola Mikailb M, Rais Mustafaa M, Ibrahim M, Rozana O. Lifestyle interventions for non-alcoholic fatty liver disease. *Saudi J Biol Sci*. 2019;26(7):1519-24. doi: [10.1016/j.sjbs.2018.12.016](https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2018.12.016).
 22. Ahmad D, Afzal M, Imtiaz A. Effect of socioeconomic factors on malnutrition among children in Pakistan. *Futur Bus J*. 2020;6(1):30. doi: [10.1186/s43093-020-00032-x](https://doi.org/10.1186/s43093-020-00032-x).
 23. Cediel G, Perez E, Gaitan D, Sarmiento OL, Gonzalez L. Association of all forms of malnutrition and socioeconomic status, educational level and ethnicity in Colombian children and non- pregnant women. *Public Health Nutr*. 2020;23(S1):s51-8. doi: [10.1017/S1368980019004257](https://doi.org/10.1017/S1368980019004257).
 24. Park J E and Park K. Textbook of Preventive and Social Medicine. 4th volume. Translated by Shojaei Tehrani H. Tehran: Samat Publications. 2004. [Persian]
 25. World Health Organization. World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2017 Jun 8.
 26. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization; 2014.
 27. Taheri S, Hosseinzadeh M. Analysis of the welfare situation in Iran based on global standard indicators. *Iranian Journal of Official Statistics Studies*. 2019;30(1):237-81. [Persian]
 28. Budsaratragoon P, Jitmaneeroj B. Reform priorities for prosperity of nations: The Legatum Index. *J Policy Model*. 2021;43(3):657-72. doi: [10.1016/j.jpolmod.2020.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2020.09.004).
 29. Legatum Institute. Available from: <https://www.legatum.com/news/article/the-14th-edition-of-the-legatum-prosperity-index/>
 30. Legatum Institute. The domains, pillars, and elements of prosperity. 2023. Available from: https://docs.prosperity.com/5816/7756/6585/Sources_and_Indicators.pdf
 31. Askari Bozayeh F, Mohammadzadeh R, Azarin Far Y. Water and its landscape in the MENA region (Middle East and North Africa). *Journal of Water and Sustainable Development*. 2020;7(2):33-44.
 32. Adibpour M, Karbasizadeh S. The effect of oil rent on corruption in selected Meddle East and North Africa countries (MENA). *Economic Modeling*. 2019;12(44):47-72. [Persian]
 33. Hasan F, Rannaware A, Choudhari SG. Comparison of public health investments of various countries amid a need for greater transparency: A Narrative Review. *Cureus*. 2022;14(9):e29687. doi: [10.7759/cureus.29687](https://doi.org/10.7759/cureus.29687).
 34. Davoudi S. Health and its determinants (with an emphasis on the role of health systems). Tehran: Asare Moasser Publications. 2007. [Persian]
 35. Ministry of Health and Medical Education. Health promotion (history, basics, approaches, solutions). 2005. [Persian]