

## ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت در ایران

شریف ترکمن‌نژاد<sup>۱</sup> / امیراشکان نصیری‌پور<sup>۲</sup> / محمدرضا ملکی<sup>۳</sup> / لیلا ریاحی<sup>۴</sup>

چکیده

**مقدمه:** با توجه به رویکرد سازمان جهانی بهداشت به سلامت و اهمیت تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در تأمین سلامت عمومی، ۵۲ شاخص تحت عنوان شاخص‌های عدالت در سلامت در ایران تعیین شده است، که از این پس ملاک قضاوت چگونگی عملکرد نظام سلامت قرار خواهد گرفت. در این مطالعه تلاش شده است تا ضمن معرفی یک ابزار جدید، توانایی این شاخص‌ها برای سنجش عدالت در سلامت مورد ارزیابی قرار گیرد.

**روش پژوهش:** در این مطالعه توصیفی و تحلیلی، با مرور منابع ملی و بین‌المللی، جهت ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت، ابزار جدیدی تولید و با استفاده از نظرات خبرگان معتبر گردید. سپس با استفاده از ابزار مذکور، شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در آزمون پایلوت جهت سنجش همسانی درونی ابزار بر روی ۲۰ شاخص مورد تایید سازمان جهانی بهداشت، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۷۵ - ۰/۹ بدست آمد که مؤید همسانی درونی ابزار بود. ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت با استفاده از ابزار پیشگفت نشان داد که از بین ۵۲ شاخص، ۶ شاخص امتیاز لازم برای اینکه به عنوان شاخص ملی عدالت در سلامت مورد استفاده قرار بگیرند، کسب نکردند.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که ۶ شاخص از شاخص‌های عدالت در سلامت در ایران شاخص‌های مناسبی نیستند. پیشنهاد می‌گردد تعدادی از شاخص‌های ضروری مانند پوشش واکسیناسیون و وضعیت مسکن می‌تواند به این شاخص‌ها اضافه شود.

**کلید واژه‌ها:** شاخص عدالت در سلامت، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، سنجش، مراقبت‌های بهداشتی اولیه

- ۱- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
- ۲- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: nasiripour@srbiau.ac.ir
- ۳- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۴- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

## مقدمه

طبق تعریف سازمانی جهانی بهداشت نابرابری در سلامت عبارت است از تفاوت در وضعیت سلامت یا توزیع تعیین کننده‌های اجتماعی آن در گروه‌های مختلف اجتماعی و زمانی که این نابرابری‌ها قابل اجتناب و غیرعادلانه باشد بی عدالتی نامیده می‌شود. [۱] بی عدالتی بین جمعیت‌ها نتیجه تعاملات پیچیده بین عوامل بیولوژیک، سبک زندگی، محیط و عوامل اقتصادی اجتماعی است که به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت معروف هستند. عبارت دیگر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت عبارتند از همه وضعیت‌هایی که مردم با آنها بدنیا می‌آیند، رشد می‌کنند، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند. این شرایط تحت تأثیر نیروهای قویتری مانند عوامل

اقتصادی، سیاست‌های اجتماعی و مسائل سیاسی قرار می‌گیرند. [۱] در صورتی که بپذیریم نابرابری و بی‌عدالتی در تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت عامل نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت هستند، شاخص‌های عدالت در سلامت بایستی بتوانند به نوعی تأثیر این تعیین کننده‌ها را به عنوان شاخص ورودی، خروجی، پیامد و اثر نهایی به ما نشان دهند. [۲] نمودار ۱ رابطه بین تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و پیامدهای آن (مفهوم عدالت در سلامت) را نشان می‌دهد. همانطور که در نمودار مشخص است شاخص‌های عدالت در سلامت بخش پیامد نهایی حاصل از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را می‌سازند بنابراین ملاک قضاوت ما برای ارزیابی این شاخص‌ها چارچوب مفومی فوق خواهد بود.



نمودار ۱- چارچوب تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت [۳]

تصویر کشیدن نابرابری‌های سلامت به تفکیک متغیرهای اجتماعی ایجادکننده آن را داشته باشد. یکی از ابزارهای مهم برای تعیین نابرابری‌های سلامت "ارزیابی پیامد سلامت" است که به واسطه آن پتانسیل‌های بروز تفاوت‌ها و نابرابری‌ها در سلامت جوامع و افراد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. [۵]

در سالهای اخیر بسیاری از کشورها اقدام به تدوین و ارائه ابزارهایی جهت ارزیابی تعیین کننده‌های اجتماعی و عدالت در سلامت نموده‌اند. در شیلی، سیستم پایش

در سال‌های اخیر مقوله عدالت در سلامت در دستور کار نظام سلامت ایران قرار گرفته است. به همین لحاظ وجود شواهدی برای تعیین بی‌عدالتی‌ها و عوامل ایجاد کننده آن در کشور بسیار حیاتی است تا بستر لازم برای سیاست‌گذاری آگاهانه و مبتنی بر شواهد را فراهم نماید.

یکی از راههای تولید شواهد لازم جهت سنجش بی‌عدالتی‌ها، ایجاد ابزاری جهت اندازه‌گیری و نشان دادن نابرابری‌ها است. [۴] این ابزار می‌تواند مجموعه‌ای از شاخص‌ها با معیارهای خاصی باشد که قابلیت به

در سال ۱۳۸۹ به منظور ارزیابی مقوله عدالت در سلامت در ایران، با مشارکت گروه بزرگی از خبرگان حوزه سلامت و برگزاری جلسات بین بخشی متعدد، تعداد ۵۲ شاخص (جدول ۱) در قالب ۵ حیطه بعنوان شاخص‌های عدالت در سلامت، معرفی [۱۷] و به تصویب هیئت وزیران رسید. [۱۸،۳] با وجود آنکه در بسیاری از کشورهای جهان مجموعه ای از شاخص‌های تعیین کننده اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت برای ارزیابی وضعیت نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت طراحی و تولید شده، ولی ابزاری برای ارزیابی خود این شاخص‌ها تولید و تدوین نشده است. از سوی دیگر با توجه به اینکه از این پس، ۵۲ شاخص پیشگفت به عنوان بخش مهمی از شاخص‌های کلیدی نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرند، لازم است این مجموعه شاخص با استفاده از یک ابزار استاندارد مورد ارزیابی و مذاقه قرار گیرد. بدیهی است چنین ابزاری می‌تواند برای ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت در سایر کشورها نیز مورد استفاده قرار گیرد. لذا با توجه به تأثیری که این مهم در آینده نظام سلامت کشور دارد نویسندگان این مقاله تصمیم گرفتند این مجموعه شاخص را مورد ارزیابی دقیق قرار دهند.

### روش پژوهش

در این مطالعه ابتدا ابزارهای موجود در سایر زمینه‌ها بررسی شده و پس از کسب نظر تعدادی از خبرگان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کارشناسان پایش و ارزشیابی معاونت امور بهداشتی آن دانشگاه، ابزار جدیدی تولید شد. این ابزار شاخص‌های ملی عدالت در سلامت را با استفاده از ۵۰ پرسش در قالب شش استاندارد مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ابزاری که در این پژوهش تولید شده بر گرفته از ابزاری است که پیش‌تر برای ارزیابی شاخص‌های ملی و بین‌المللی مالاریا، سل و ایدز مورد استفاده قرار گرفته و توانایی خود را به اثبات رسانده است. [۱۹] تغییراتی که در این ابزار برای ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت صورت گرفته در بخش اول استانداردها بوده که برگرفته از ابزار عدالت‌سنج است.

عدالت در مراقبت‌های سلامت در سطح مناطق و شهرداری‌ها از طریق جمع‌آوری داده‌های جمعیتی، آمار حیاتی، اقتصادی و اجتماعی، تحصیلی، ناخوشی و مرگ و میر از منابع مختلف استقرار یافته است. [۶] در برزیل، مارکز و پارادو در سال ۲۰۰۵ پس از انجام بررسی‌های لازم، ۲۷ شاخص مرتبط با وضعیت سلامت جمعیت و ۵۲ شاخص مربوط به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت را در کشور برزیل معرفی کردند. [۷] اتحادیه اروپا نیز در سال ۲۰۰۱ بیش از ۴۰۰ شاخص را در این زمینه فهرست کرده ولی در سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ این شاخص‌ها به ۹۰ شاخص تقلیل پیدا کرد. [۸] اولین ابزار جهانی سنجش عدالت در سلامت توسط مرکز توسعه سلامت در کوبه ژاپن تهیه و به کشورهای پیشنهاد گردیده است که می‌تواند نمونه خوبی در زمینه تلاش در راستای کاهش نابرابری در نواحی شهری باشد. [۱۰،۹] از دیگر ابزارها می‌توان به ابزار ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت در کانادا در سال ۲۰۱۰ اشاره کرد. [۱۱] همچنین در همان سال در این کشور سندی با عنوان سنج‌های نابرابری در سلامت منتشر شده و در آن از ۴۷ شاخص برای ارزیابی وضعیت نابرابری در سلامت استفاده شده است. [۱۲] در نیوزلند در سال ۲۰۰۸ ابزاری تحت عنوان "ابزار ارزیابی عدالت در سلامت" تدوین گردید. [۱۳]. در سال ۲۰۰۴ در کشور ولز راهنمایی با نام "ارتقاء سلامت و کاهش نابرابری‌ها، راهنمای عمل برای ارزیابی پیامدهای سلامت" تولید و منتشر شد. [۱۴] در سال ۲۰۰۳ در افریقای جنوبی با حمایت مالی بنیاد راکفلر سندی با عنوان عدالت سنج تدوین گردید. [۱۵] در ایران کریمی و همکاران با بهره‌گیری از شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور انگلستان و با استفاده از متد دلفی تلاش کردند تا الگویی برای ارزیابی عدالت در سلامت در ایران ارائه کنند. این الگو ضمن برخورداری از جامعیت، چون بر اساس شواهد ملی تدوین نشده، پس از پیاده‌سازی در عمل می‌تواند توانایی‌های خود را اثبات کند. [۱۶]

جدول ۱ - فهرست شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت در ایران

ردیف	نام شاخص	ردیف	نام شاخص	ردیف	نام شاخص
۱	میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال	۱۹	بهره مندی از مراقبت‌های اولیه سلامتی	۳۷	فعالیت فیزیکی
۲	میزان مرگ و میر نوزادان	۲۰	بهره مندی از خدمات درمان اعتیاد	۳۸	سرانه فضای اصلی ورزشی
۳	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	۲۱	دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی	۳۹	بروز معلولیت به تفکیک متوسط و شدید
۴	میزان مرگ و میر مادران	۲۲	درصد موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامیدنی از نظر باکتریولوژیک	۴۰	دسترسی معلولین متوسط و شدید به خدمات توانبخشی
۵	میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر	۲۳	درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالد بهداشتی طبق تعریف می‌باشند	۴۱	درصد زنان سرپرست خانوار که از حمایت‌های اجتماعی برخوردارند
۶	امید به زندگی در بدو تولد	۲۴	درصد خانوارهایی که از سیستم دفع فاضلاب و فضولات صحیح (بهداشتی) برخوردارند	۴۲	شیوع مصرف فرآورده‌های تنباکو حداقل یک بار در روز در جمعیت ۱۳ سال و بالاتر
۷	بروز دیابت	۲۵	بروز آسیب‌های مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده	۴۳	بروز سوء مصرف مواد
۸	بروز سل	۲۶	سرانه فضای سبز موجود	۴۴	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود
۹	بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر-خارج شهر)	۲۷	درصد روزهای سال که طبق تعریف هوای پاک دارند	۴۵	خط فقر مطلق
۱۰	بروز حوادث غیرترافیکی	۲۸	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال	۴۶	خط فقر شدید
۱۱	بروز تمام سرطانها	۲۹	شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال طبق تعریف	۴۷	درصد بیکاری
۱۲	شیوع استوپروزر در زنان ۴۵ تا ۶۵ سال	۳۰	تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی	۴۸	سهم هزینه‌های سلامت در هزینه‌های غیرخوراکی خانوار
۱۳	بروز اختلالات خفیف روانی	۳۱	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال	۴۹	ضریب نفوذ بیمه پایه
۱۴	بروز بیماری شدید روانی	۳۲	شیوع تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	۵۰	ضریب نفوذ بیمه مکمل
۱۵	بروز اقدام به خودکشی کامل و ناکامل	۳۳	نرخ باسواد (حداقل سواد خواندن و نوشتن) در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال	۵۱	درصد شرکت در انتخابات مجلس
۱۶	میانگین DMFT در جمعیت ۱۲ سال	۳۴	نرخ خالص ثبت نام در آموزش ابتدایی (۶ سال تمام)	۵۲	ثبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ فعالیت داشته اند
۱۷	دسترسی به خدمات تخصصی عمومی سلامت	۳۵	نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی		
۱۸	دسترسی به خدمات تخصصی سلامت	۳۶	نرخ ماندگاری تا پایان دوره دبستان		

استاندارد سوم: تبیین کامل شاخص؛  
 استاندارد چهارم: امکان جمع آوری و تحلیل داده‌ها برای این شاخص؛  
 استاندارد پنجم: استفاده از شاخص در محیط یا در عمل؛  
 استاندارد ششم: انسجام، همگرایی و متعادل بودن

ابزار اخیر با حمایت بنیاد راکفلر تدوین شده و در کشورهای آفریقایی و امریکای مرکزی و جنوبی مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار آن مورد تأیید مجامع بین‌المللی می‌باشد. [۱۵]  
 ابزار تولید شده در مطالعه حاضر دارای شش استاندارد بصورت ذیل است:  
 استاندارد اول: سودمندی و نیاز به شاخص؛  
 استاندارد دوم: شایستگی فنی شاخص؛

مجموعه شاخص‌ها:

یکی از ویژگی‌های این ابزار نظام امتیازدهی است که به ازاء اهمیت هر کدام از پرسش‌ها امتیازی تعلق گرفته است. جمع کلی امتیاز این ابزار ۷۵ امتیاز است. بنابر توافق سخت‌گیرانه انجام شده نقطه برش انتخاب شده برای هر شاخص ۷۵ درصد امتیاز کل یا امتیاز ۵۷ بود. به عبارت دیگر کسب امتیاز بالای ۵۷ نشانه این است که شاخص مورد نظر برای سنجش عدالت در سلامت قابل قبول است.

در ادامه بررسی، با استفاده از این ابزار برای ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت در ایران طی ۵ مرحله به ترتیب زیر عمل شد:

الف: در مرحله اول، گروه پژوهش و خبرگان به تبیین مفهوم عدالت در سلامت پرداخته با توجه به تعریف ارائه شده توسط بریومن و گروسکین [۲۰] به تعریف واحدی از آن رسیدند.

ب: در مرحله دوم، ۵۲ شاخص عدالت در سلامت و مصوبه هیئت وزیران برای حاضرین به تفصیل ارائه گردید.

ج: در مرحله سوم، ابزار ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت برای گروه خبرگان متشکل از کارشناسان خبره بویژه کارشناسان پایش و ارزشیابی، و جمعی از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران ارائه گردید.

د: در مرحله چهارم، برای معتبرسازی ابزار، ۲۰ شاخص ملی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته و مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت قرار دارد، توسط دو گروه کارشناسان خبره دانشگاه و اعضای هیئت علمی دانشگاه بطور جداگانه با استفاده از "ابزار ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت" بصورت پایلوت مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین تعداد ۵ شاخص نامناسب نیز برای راستی آزمایی در بین شاخص‌ها قرار داده شد. پس از تکمیل ابزار توسط پاسخ‌دهندگان، جهت سنجش همبستگی درونی ابزار، آلفای کرونباخ محاسبه گردید. همچنین میزان هماهنگی میان نتایج بدست آمده از نظرات خبرگان و کارشناسان مورد بررسی قرار گرفت.

ه: در مرحله آخر، شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت توسط دو گروه خبرگان و کارشناسان بطور جداگانه با

استفاده از ابزار "ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت" مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله نیز میزان هماهنگی نتایج بدست آمده از دو گروه ارزیابی کننده محاسبه شد.

### یافته‌ها

در فاز مقدماتی مطالعه، جهت سنجش همسانی درونی ابزار مذکور، تعداد ۲۰ شاخص مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت توسط خبرگان و کارشناسان مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مرحله، ضریب آلفای کرونباخ برای استانداردهای مختلف ابزار معادل  $0/975 - 0/9$  بدست آمد که مؤید همسانی درونی ابزار بود. با این وجود به جهت کمک به تبیین بهتر، تغییری مختصر در چند پرسش داده شد. همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که نظرات خبرگان و کارشناسان در ۹۰ درصد موارد با هم هماهنگی دارد. نسخه نهایی ابزار در جدول ۲ آورده شده است.

در فاز اصلی مطالعه، ابزار مذکور جهت ارزیابی شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت مورد استفاده قرار گرفت. مجدداً در جلسه دیگری همان دو گروه خبرگان و کارشناسان اقدام به تکمیل ابزار و امتیازدهی به شاخص‌های عدالت در سلامت نمودند. آنالیز آماری نشان‌دهنده ۹۳ درصد توافق میان دو گروه پاسخ‌دهنده بود. در نهایت ۶ شاخص امتیازهای لازم (معادل ۷۵ درصد امتیاز کل) را کسب نکردند و به عنوان شاخص‌های غیر قابل قبول تلقی شدند (جدول ۳).

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر در فاز اول به تولید ابزاری استاندارد جهت بررسی شاخص‌های عدالت در سلامت و در فاز دوم به بررسی شاخص‌های ۵۲ گانه مصوب هیات وزیران با ابزار پیشگفت پرداخت. همانطور که پیش‌تر در قسمت نتایج آورده شد ۶ شاخص معیارهای لازم جهت باقی ماندن در فهرست شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت را کسب نکردند. هر پژوهشگری برای تعیین شاخص عدالت در سلامت به سه جزء نیاز دارد:

## جدول ۲- ابزار ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت در سطح ملی (NHEIAT)

ابزار ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت در سطح ملی	
استاندارد ۱: سودمندی و نیاز به شاخص (۱۷ امتیاز)	
1.1	آیا شاخص وضعیت عدالت در سلامت را می‌سنجد؟ 1.1: شاخص، پیامد کسالت، بیماری یا صدمه خاص، نرخ مرگ و میر، کیفیت زندگی، مخاطرات و تهدید کننده‌های اصلی سلامت، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، کیفیت ارائه خدمات سلامت، فقر، امنیت غذایی، مسکن، سواد، انزوای اجتماعی، مواجهه با عوامل زیان‌آور محیطی و شغلی، پیامدهای اجتماعی و اقتصادی بیماری مانند بینوایی یا ترد اجتماعی را می‌سنجد. (۵ امتیاز)
1.2-1.3	آیا شواهدی دال بر نیاز به این شاخص در سطح ملی وجود دارد؟ 1.2: این شاخص عملکرد اهداف کلان و اختصاصی و نتایج استراتژی ملی عدالت در سلامت و یا یک تعهد ملی مانند اهداف هزاره را می‌سنجد. (۱ امتیاز) 1.3: این شاخص با زمینه‌های ملی تناسب دارد (۱ امتیاز)
1.4-1.5	کدامیک از ذی‌نفعان به اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق این شاخص نیاز دارند و از آن استفاده می‌کنند؟ 1.4: این شاخص توسط همکاران اصلی در سطح ملی مورد قبول بوده و از آن در حوزه فنی کارهاشان استفاده می‌کنند (۱ امتیاز) 1.5: این شاخص اطلاعاتی فراهم می‌کند که مورد نیاز ذینفعان ملی بوده و از آن استفاده می‌کنند (۱ امتیاز)
1.6	چه استفاده‌ای از اطلاعات این شاخص می‌شود؟ 1.6: اطلاعات بدست آمده از این شاخص می‌تواند برای مدیریت تعیین‌کننده‌های اجتماعی و عدالت در سلامت در سطح ملی سودمند / ضروری باشد. (سودمند ۱ امتیاز، ضروری ۲ امتیاز)
1.7	این اطلاعات چه تأثیری بر روی برنامه‌ها و تصمیم‌گیری‌های ملی دارد؟ 1.7: اطلاعات حاصل از این شاخص، در تصمیم‌گیری‌های ملی برای توسعه برنامه‌ها و تخصیص منابع سودمند / ضروری است. (سودمند ۱ امتیاز، ضروری ۲ امتیاز)
1.8	آیا اطلاعات از سایر شاخص‌ها قابل دستیابی است؟ 1.8: این اطلاعات از سایر شاخص‌ها قابل دستیابی نیست (۱ امتیاز)
1.9-1.11	آیا این شاخص با سایر شاخص‌ها هماهنگ است، به عنوان مثال با سایر شاخص‌ها در کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد؟ 1.9-1.11: این شاخص بطور کامل با شاخص‌های مشابه هماهنگ در فیلهای همسان مورد استفاده قرار می‌گیرد: 1.9: مشروحاً توضیح داده شده است (۱ امتیاز) 1.10: داده‌های آن بطور نظام‌مند جمع‌آوری می‌شود (۱ امتیاز) 1.11: جمع‌آوری داده‌ها چارچوب زمانی دارد (۱ امتیاز)
استاندارد ۲: شایستگی فنی شاخص (۱۴ امتیاز)	
2.1-2.5	آیا این شاخص از شایستگی‌های اساسی و اعتبار لازم برخوردار است؟ 2.1: این شاخص در این حوزه فنی و تخصصی معنی دار و مهم است. (۱ امتیاز) 2.2: این شاخص بر اساس یک چارچوب مفهومی طراحی شده است. (۲ امتیاز) 2.3: این شاخص یک ملاک اندازه‌گیری روشن و دقیق در این حوزه در اختیار می‌گذارد (۱ امتیاز) 2.4: درک روشن تغییرات این شاخص بر چگونگی تفسیر و اقدامات منجر به نتیجه تأثیر گذار است (۱ امتیاز) 2.5: این شاخص به تغییرات در عملکرد حساس است (۱ امتیاز)
2.6-2.8	آیا این شاخص شایستگی لازم برای پایش را داراست؟ 2.6: این شاخص دارای پایایی و حساسیت است (۱ امتیاز) 2.7: این شاخص روا و اختصاصی است (۱ امتیاز) 2.8: این شاخص تکرار پذیر است. (۱ امتیاز)
2.9-2.12	آیا این شاخص از طریق اجماع بین خبرگان ایجاد شده است؟ آیا این شاخص مورد ارزیابی هم‌تایان قرار گرفته است؟ 2.9-2.12: این شاخص در گذشته توسط افراد زیر مرور شده است: 2.9: طراحی و تولید شاخص از طریق اجماع ایجاد شده است (۲ امتیاز) 2.10: توسط افراد خبره در حوزه فنی مرتبط (۱ امتیاز) 2.11: توسط افراد خبره در زمینه پایش و ارزشیابی و بویژه طراحی شاخص (۱ امتیاز) 2.12: مدیران کلیدی برنامه‌های ملی (۱ امتیاز)
استاندارد ۳: شاخص بطور کامل تبیین شده است. (۱۴ امتیاز)	
3.1-3.9	آیا شاخص بطور کامل تبیین شده است؟ 3.1: عنوان و تعریف شاخص به روشنی بیان شده است (۲ امتیاز) 3.2: اهداف و منطقی مربوط به شاخص به روشنی بیان شده است (۲ امتیاز) 3.3: روش اندازه‌گیری این شاخص شامل توصیف صورت و مخرج کسر روش محاسبه و عملیات آن به روشنی تبیین شده است. (۴ امتیاز)

<p>3.4: روش جمع آوری داده‌ها برای شاخص به روشنی تبیین شده است (۱ امتیاز)          3.5: تواتر اندازه گیری شاخص به روشنی تبیین شده است (۱ امتیاز)          3.6: جداسازی هر کدام از داده‌های مرتبط به روشنی تبیین شده است (۱ امتیاز)          3.7: راهنمای روشنی برای تفسیر و استفاده از داده‌های حاصل از این شاخص وجود دارد (۱ امتیاز)          3.8: نقاط قوت و ضعف و چالش‌هایی که در اثر استفاده از این شاخص وجود دارد به روشنی تبیین شده است (۱ امتیاز)          3.9: منابع مرتبط برای کسب اطلاعات اضافه در مورد شاخص تعیین شده‌اند (۱ امتیاز)</p>		
<p>استاندارد ۴: امکان جمع آوری و تحلیل داده‌ها برای این شاخص وجود دارد. (۱۴ امتیاز)</p>		
<p>4.1: نظام و مکانیزم‌های مورد نیاز برای جمع آوری داده‌های این شاخص در کشور وجود دارد (۳ امتیاز)          4.2: شاخص مورد نظر با استفاده از داده‌های قابل دسترس قابل محاسبه است (۲ امتیاز)          4.3: نظام و مکانیزم‌های مورد نیاز برای تحلیل و استفاده از داده‌های این شاخص در کشور وجود دارد (۳ امتیاز)</p>	<p>4.1-4.3 کیفیت نظام، ابزارها و مکانیزم‌های مورد نیاز برای جمع آوری، تحلیل و استفاده از داده‌ها چگونه است؟</p>	<p>4.1-4.3</p>
<p>4.4: این شاخص در حال حاضر در سیستم پایش و ارزشیابی ملی وجود دارد (۳ امتیاز)</p>	<p>4.4 این شاخص چگونه در در چارچوب و سیستم پایش و ارزشیابی کشور ادغام شده است؟</p>	<p>4.4</p>
<p>4.5: منابع مالی (۱ امتیاز) و منابع انسانی (۱ امتیاز) برای اندازه گیری این شاخص فراهم است.</p>	<p>4.5 منابع انسانی و مالی تا چه اندازه برای اندازه گیری این شاخص فراهم هستند؟</p>	<p>4.5</p>
<p>4.6: اندازه گیری این شاخص ارزش هزینه‌های آن را دارد (۱ امتیاز)</p>	<p>4.6 چه شواهدی وجود دارد که نشان دهد اندازه گیری این شاخص ارزش هزینه آن را دارد؟</p>	<p>4.6</p>
<p>استاندارد ۵: این شاخص در محیط آزمایش شده و یا در عمل مورد استفاده قرار گرفته است. (۷ امتیاز)</p>		
<p>5.1: این شاخص در محیط تست شده یا در عمل مورد استفاده قرار گرفته است          • در برنامه ملی (۳ امتیاز)          • در دو نقطه مشابه در کشور (۲ امتیاز)          • در سایر کشورها (۱ امتیاز)</p>	<p>5.1 این شاخص تا چه اندازه در محیط تست شده یا در عمل مورد استفاده قرار گرفته است؟</p>	<p>5.1</p>
<p>5.2: این شاخص بخشی از عملکرد سیستم را بطور مداوم ارزیابی میکند یا خواهد کرد (۱ امتیاز)</p>	<p>5.2 آیا این شاخص بخشی از عملکرد سیستم را بطور مداوم ارزیابی میکند؟</p>	<p>5.2</p>
<p>استاندارد ۶: این شاخص‌ها مجموعاً منسجم همگرا و متعادل هستند. (۹ امتیاز)</p>		
<p>6.1-6.3: داده‌های بدست آمده از مجموعه شاخص‌ها اجازه می‌دهد ...          6.1: که پاسخ ملی در مورد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت به حد قابل قبولی ارزیابی شود (۱ امتیاز)          6.2: که عملکرد این کشور با سایر کشورها مقایسه شود (۱ امتیاز)          6.3: کشور بتواند به تعهدات بین المللی خود در مقابل عدالت در سلامت پاسخ دهد (۱ امتیاز)</p>	<p>6.1-6.3 آیا مجموعه شاخص‌ها یک تصویر کلی و با کفایت از موضوع مورد نظر را بدست می‌دهد؟</p>	<p>6.1-6.3</p>
<p>6.4-6.6: مجموعه شاخص‌ها ...          6.4: تمام اجزاء پاسخ ملی را بدون هیچ کم و کاستی در مورد عدالت در سلامت پوشش می‌دهد (۱ امتیاز)          6.5: وزن مناسبی به اجزاء این پاسخ ملی در مورد عدالت در سلامت می‌دهد (۱ امتیاز)          6.6: با بافت ملی متناسب است (۱ امتیاز)</p>	<p>6.4-6.6 آیا این مجموعه شاخص در بین اجزاء پاسخ ملی از تعادل مناسبی برخوردار است؟</p>	<p>6.4-6.6</p>
<p>6.7-6.8: این مجموعه شاخص شامل مخلوط مناسبی از اندیکاتورهاست.          6.7: ورودی، خروجی، پیامد و پیامد نهایی (۱ امتیاز)          6.8: اجزاء کمی و کیفی دارد (۱ امتیاز)</p>	<p>6.7-6.8 آیا این مجموعه شاخص سطوح دیگر نظام پایش و ارزشیابی را پوشش می‌دهد؟</p>	<p>6.7-6.8</p>
<p>6.9: تعداد شاخص‌ها منطقی است (۱ امتیاز)</p>	<p>6.9 آیا تعداد شاخص‌ها منطقی است؟</p>	<p>6.9</p>
<p>۷۵</p>		<p>امتیاز کل</p>

جدول ۳- شاخص‌های غیر قابل قبول در فهرست ۵۲ گانه شاخص‌های عدالت در سلامت

امتیاز کسب شده (از ۱۷۵ امتیاز)	استاندارد ۶	استاندارد ۵	استاندارد ۴	استاندارد ۳	استاندارد ۲	استاندارد ۱	عنوان شاخص	ردیف شاخص در فهرست ۵۲ گانه شاخص‌ها
	مشارکت بودن مجموعه شاخص‌ها (۹ امتیاز)	آزمایش شده در عمل (۷ امتیاز)	تخلیل داده‌ها برای این شاخص (۱۴ امتیاز)	تعیین کامل شاخص (۱۴ امتیاز)	شاخص (۱۴ امتیاز)	شاخص (۱۷ امتیاز)		
۳۶	۹	۰	۱۴	۱۴	۰	۰	نرخ خالص ثبت نام کودکان ۶ سال تمام در آموزش ابتدایی	۳۴
۳۷	۹	۰	۱۴	۱۴	۰	۰	نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی	۳۵
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود	۴۴
۲۳	۹	۰	۰	۱۴	۰	۰	ضریب نفوذ بیمه مکمل	۵۰
۳۷	۹	۰	۱۴	۱۴	۰	۰	درصد شرکت در انتخابات مجلس	۵۱
۳۳	۹	۰	۰	۱۴	۰	۰	نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطن بهداشت این مراکز در سال بررسی شاخص‌ها	۵۲

در مجموعه شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت در ایران اولین نکته‌ای که از یافته‌ها قابل درک است این است که در انتخاب شاخص‌ها نسبت مناسبی بین شاخص‌های ورودی، خروجی، پیامد و اثر نهایی دیده نشده است. ۶ شاخص، از نوع شاخص‌های اثر، ۸ شاخص خروجی، ۷ شاخص پیامد و ۳۱ شاخص ورودی هستند. در این صورت یا بایستی شاخص‌هایی که تعیین‌کننده‌های اجتماعی را می‌سنجند در مجموعه شاخص دیگری با همین نام دسته‌بندی شوند یا نام‌گذاری شاخص‌ها به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت تغییر نام پیدا کند. تمامی شاخص‌هایی که ویژگی‌های لازم را به عنوان شاخص عدالت در سلامت کسب نکرده‌اند از شاخص‌های ورودی هستند. با توجه به اینکه شاخص ماندگاری تا پایان دوره دبستان در برگیرنده شاخص‌های نرخ خالص ثبت نام در آموزش ابتدایی (۶ سال تمام) و شاخص نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی هم هست ضرورتی برای این دو شاخص وجود ندارد. در هیچکدام از مجموعه شاخص‌های معتبر مانند شاخص‌های Urban HEART و یا شاخص‌های

- یک سنجه سلامت یا انطباق یافته با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند ارائه خدمات سلامت، وضعیت زندگی و معیشت و سیاست‌هایی که آنها را شکل می‌دهند. [۱۵]

- یک سنجه موقعیت اجتماعی به عنوان مثال برخورداری یا نابرخورداری مانند درآمد، آموزش، گروه‌های قومی یا جنسیتی

- روشی برای مقایسه سلامت یا تعیین‌کننده سلامت بین اقشار مختلف اجتماع مانند نسبت یا رابطه بین سنجه سلامت و حداقل و حداکثر برخورداری از مزایای اجتماعی.

قطعاً گزینه‌های زیادی برای نشان دادن بی‌عدالتی در سلامت وجود دارد که پرداختن به آنها فراتر از حیطه پژوهش حاضر است. در زمان تعیین مجموعه سنجه‌های عدالت در سلامت بایستی سنجه‌های بالقوه، مد نظر قرارداد شده و مرتباً بازنگری شوند. مجموعه‌ای قوی از شاخص‌های عدالت در سلامت بایستی در یک چارچوب مفهومی قوی تعریف شوند. [۱۲]



پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز در سال بررسی شاخص‌ها، شاخص‌های مناسبی جهت ارزیابی مقوله عدالت در سلامت نمی‌باشند. پیشنهاد می‌شود ضمن ترسیم چارچوب مفهومی قوی و محکم‌تر برای انتخاب شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت و در نظر گرفتن تناسب بین شاخص‌ها از نظر تعداد شاخص‌های ورودی، خروجی، پیامد و اثر نهایی شاخص‌های دیگری از قبیل شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت واکسیناسیون، مسکن و حمایت اجتماعی با استفاده از ابزار معرفی شده در این مطالعه ارزیابی و در صورت کسب امتیاز لازم، جایگزین شاخص‌های فوق شوند. همچنین ابزار معرفی شده در مطالعه حاضر جهت ارزیابی شاخص‌های عدالت در سلامت و تعیین کننده‌های سلامت و با اعمال کمی تغییرات برای ارزیابی سایر شاخص‌های ملی توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

نگارندگان وظیفه خود می‌دانند که از زحمات و همکاری صمیمانه کارشناسان و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تقدیر و تشکر نمایند.

کانادا و استرالیا نیز از این دو شاخص استفاده نشده است. [۹، ۱۰، ۱۲، ۲۱] تعدادی از آنها نیز مانند شاخص ۴۴ (تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود) نه تعیین‌کننده اجتماعی هستند و نه شاخص عدالت در سلامت و در هیچیک از مطالعات انجام شده و یا گزارش‌های جهانی به عنوان شاخص عدالت در سلامت یا تعیین‌کننده اجتماعی سلامت ذکر نشده است. [۹، ۱۰، ۱۲، ۲۱] شاخص "درصد شرکت در انتخابات مجلس" و شاخص "نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز در سال بررسی شاخص‌ها"، هر دو شاخص مشارکت اجتماعی هستند و چون حیطة تعیین‌کننده اجتماعی حمایت اجتماعی است و نه مشارکت اجتماعی، نمی‌توان آنها را شاخص عدالت در سلامت نامید. هر چند در برخی مطالعات شرکت در انتخابات را جزو تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت آورده‌اند. [۹، ۱۰] ولی با توجه به اینکه شرکت در انتخابات در برخی کشورها می‌تواند تحت تأثیر سایر عوامل سیاسی و اجتماعی قرار گیرد شاخص مناسبی برای سنجش عدالت در سلامت نیست. در مجموعه کنونی شاخص‌های عدالت در سلامت به موضوع پوشش واکسیناسیون و وضعیت مسکن مردم به عنوان دو شاخص مهم عدالت در سلامت و تعیین‌کننده اجتماعی سلامت اشاره‌ای نشده است، در صورتی که در تمامی گزارش‌ها و مجموعه شاخص‌های سایر کشورهای جهان از این دو شاخص استفاده شده است. [۸] در مطالعه Urban HEART [۹، ۱۰] شاخص‌ها به دو دسته پیامدهای سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی تقسیم شده‌اند. به این ترتیب اختلاط بین این دو دسته بوجود نیامده است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت که شاخص‌های ۶ گانه نرخ خالص ثبت نام کودکان ۶ سال تمام در آموزش ابتدایی، نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی، تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود، ضریب نفوذ بیمه مکمل، درصد شرکت در انتخابات مجلس و نسبت خانوارهای تحت

**References:**

- 1- World Health Organization. Social determinants of health. Key concepts 2010; Available at: [http://www.WHO.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/index.html](http://www.WHO.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html). [cited 2013 Feb 20]
- 2- Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remediating Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *J Soc Policy* 2004; 33(01):115-31.
- 3- Beheshtian M, Oliaiemanesh A, Malek Afzali H, Khosravi A, Hoseini Ghavamabad L, Zakeri M, et al. Equalities in health indicators. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran Press; 2013:22. [Book in Persian].
- 4- Perrin VA. Social determinants of health. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(11):2060.
- 5- Harris-Roxas BF, Harris PJ, Harris E, Kemp LA. A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. *Int J Equity Health* 2011; 10(1):6.
- 6- Vega J. Steps toward Steps towards the health equity agenda s the health equity agenda s the health equity agenda in Chile. 2011; Available at: [http://www.who.int/sdhconference/resources/draft\\_background\\_paper25\\_chile.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/draft_background_paper25_chile.pdf). [cited 2013 Feb 20]
- 7- Brazil's Commission on Social Determinants of Health. Health inequities in Brazil. Our most serious disease 2006 ;Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/country\\_action/health\\_inequalities\\_bz.pdf](http://www.who.int/social_determinants/country_action/health_inequalities_bz.pdf). [cited 2013 Jul 20]
- 8- Daghofer D. Promoting Health Equity - Choosing Appropriate Indicators: Literature Scan. 2013; Available at: [http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/4F760D04-827A-409D-90DA-2C3598024E8E/66536/PHSALitScanEquityIndicatorsFINAL\\_2013.pdf](http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/4F760D04-827A-409D-90DA-2C3598024E8E/66536/PHSALitScanEquityIndicatorsFINAL_2013.pdf). [cited 2013 Feb 20]
- 9- World Health Organization, WHO Centre for Health Development (Kobe J, Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. 20 ; Available at: [http://www.who.int/kobe\\_centre/measuring/urbanheart/en/](http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/). [cited 2013 Feb 20]
- 10- World Health Organization, WHO Centre for Health Development (Kobe J, Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool: user manual. 2010 ;Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79061/1/9789241500784\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79061/1/9789241500784_eng.pdf?ua=1). [cited 2013 Feb 20]
- 11- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Health equity impact Assessment (HEIA) Workbook. 2012; Available at: <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf>. [cited 2013 Dec 18]
- 12- Pan Canadian Public Health Network. Indicators of Health Inequalities 2010; Available at: <http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihi-idps/pdf/Indicators-of-Health-Inequalities-Report-PHPEG-Feb-2010-EN.pdf>. [cited 2013 Feb 20]
- 13- Signal L, Martin J, Cram F, Robson B. The Health Equity Assessment Tool: A User's Guide 2008. Wellington: Ministry of Health Wellington: Ministry of Health. 2008; Available at: <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-equity-assessment-tool-guide.pdf>. [cited 2013 Feb 20]
- 14- Welsh Health Impact Assessment Support Unit. Improving Health and Reducing Inequalities a practical guide to health impact assessment 2004; Available at: <http://www.wales.nhs.uk/sites3/docume>

nts/522/improvinghealthenglish.pdf.

[cited 2013 Feb 20]

15- The Global Equity Gauge Alliance (GEGA). The Equity Gauge: Concepts, Principles, and Guidelines. Global Equity Gauge Alliance and Health Systems Trust 2003; Available at: [http://www.gega.org.za/download/gega\\_guide.pdf](http://www.gega.org.za/download/gega_guide.pdf). [cited 2013 Feb 20]

16- Karimi S, Moghadam SA. Designing a health equity audit model for Iran in 2010; J Res Med Ski 2011; 16(4):541-52.

17- Khosravi A, Malek Afzali H, Oliaiemanesh A, Hoseini Ghavamabad L, Aghmohammadi S. A Set of forms, guidelines and procedures for data collection for Measuring of equity in health Indexes based on systems Records. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran Press; 2012:15-19. [Book in Persian]

18- Council of Ministers of Iran. Indicators of Health Equity, Approval of the Council of Ministers of Iran 2011; Available at: [http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331\\_1650\\_Legislation.pdf](http://sdh.behdasht.gov.ir/uploads/331_1650_Legislation.pdf). [cited 2013 Jan 15]

19- Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Indicator Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response 2010; Available at: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4\\_3\\_MERG\\_Indicator\\_Standards.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf). [cited 2013 Feb 15]

20- Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health, J Epidemiol Community Health 2003; 57(4):254-8.

21- Research and Evaluation Unit; Winnipeg Regional Health Authority. Health equity indicator resource, a companion document to the Winnipeg Health Region report "Health for All: Building Winnipeg's Health Equity Action Plan 2013; Available at:

<http://www.wrha.mb.ca/about/healthequity/files/IndicatorFinalDocument.pdf>.

[cited 2013 Feb 20]