

عنوان و نام پدیدآور : شاخص‌های عدالت در سلامت (از مقدمه تا تصویب) / نویسندگان  
مریم بهشتیان... [و دیگران]؛ [به سفارش] دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت.  
مشخصات نشر : تهران: راه تریا، ۱۳۹۲.  
مشخصات ظاهری : ۱۰۷ ص.: مصور، جدول، نمودار.  
شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۶۹۱۰-۱۱-۶  
وضعیت فهرست نویسی : فیپا  
یادداشت : مولفان مریم بهشتیان، علیرضا اولیایی‌منش، حسین ملک‌افضلی، اردشیر  
خسروی، لیلا حسینی‌قوام‌آباد، ... .  
موضوع : شاخص‌های سلامتی -- اندازه‌گیری  
موضوع : حق سلامتی  
موضوع : برابری -- بهداشت  
موضوع : پزشکی -- خدمات -- دسترس‌پذیری  
موضوع : تبعیض در خدمات پزشکی  
شناسه افزوده : بهشتیان، مریم، ۱۳۴۹ -  
شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دبیرخانه عوامل اجتماعی  
تعیین‌کننده سلامت  
رده بندی کنگره : ۱۳۹۲ ش ۲/ RA۴۰۷/  
رده بندی دیویی : ۳۶۲/۱  
شماره کتابشناسی ملی : ۳۳۷۲۰۹۶

انتشارات راه تریا 

نام کتاب: شاخص‌های عدالت در سلامت (از مقدمه تا تصویب)  
گردآوری و تنظیم : دکتر مریم بهشتیان، دکتر علیرضا اولیایی‌منش، دکتر حسین ملک‌افضلی، دکتر اردشیر  
خسروی، لیلا حسینی‌قوام‌آباد، دکتر محمدرضا ذاکری، دکتر غلامحسین صالحی‌زلانی  
ویراستار : راحله مراغه  
صفحه‌آرایی: حمید معتمدی  
ناظر چاپ: عبدالله فتوحی  
قیمت: ۷۵۰۰۰ ریال  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۹۱۰-۱۱-۶  
تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه  
نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۲  
مرکز پخش: مشاهیر ۳-۹۲۴۵۹۴۵۶۶-۲۱

## شاخص‌های عدالت در سلامت

(از مقدمه تا تصویب)

### دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

نویسندگان:

دکتر مریم بهشتیان، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر حسین ملک افضلی، دکتر اردشیر خسروی، لیلا حسینی قوام‌آباد، دکتر محمدرضا ذاکری، دکتر غلامحسین صالحی زلانی

سایر همکاران:

دکتر محسن اسدی لاری - سیده فاطمه سقا ابوالفضل  
مجید حسن قمی - شادرخ سیروس - محمد مرادی جو - گیتی نیکو عقل

طی چند سال اخیر پیشرفت‌های چشمگیری در عرصه سلامت کشور به وجود آمده است. از جمله کاهش مرگ و میر کودکان، کاهش مرگ و میر مادران، پوشش کامل واکسیناسیون، افزایش امید به زندگی، بهبود وضعیت دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی و ... اگرچه امروزه بر تداوم این گونه موفقیت‌ها تاکید داریم اما لازم است تا چالش‌های در حال ظهور این عرصه را نیز شناخته و برای رفع آن‌ها چاره‌اندیشی نماییم. همه ما آرزوی مشترکی داریم و آن حفظ جایگاه انسانی و امنیت آن است حمایت در مقابل فقر و رشد و شکوفایی همراه با یکدیگر است. در گوشه و کنار جهان، فقیرترین فقرا، بدترین وضعیت سلامت را دارند. افرادی که در پایین‌ترین سطح توزیع جهانی و ملی ثروت قرار دارند، افرادی که در درون کشورهای طرد شده و به حاشیه رانده شده قرار گرفته‌اند در پایین‌ترین سطح سلامت قرار گرفته‌اند. حفظ، ارتقا و بازگرداندن سلامت و برقراری عدالت در سلامت و به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در سلامت یکی از اهداف نظام سلامت می‌باشد. روشن است که تغییر در عدالت در سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت امری طولانی مدت بوده و نیازمند حمایت و سرمایه‌گذاری دائمی می‌باشد بنابراین تأمین سلامتی با مفهوم فوق از وظایف غایی تمام دولت‌هاست که تأمین آن تنها از طریق وزارت بهداشت امکان‌پذیر نمی‌باشد. ارتقای عادلانه سلامت از طریق عدالت در توزیع عادلانه منابع یکی از مهمترین وظایف وزارت بهداشت می‌باشد. خدمات بهداشتی و درمانی باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت به منظور بهبود وضعیت سلامت جهانی و کاهش بی‌عدالتی‌ها، یک حرکت جهانی را تشکیل داده و دولت‌ها تشکیلات مدنی، سازمان‌های بین‌المللی را به مشارکت فراخوانده است، که در ابتدای تاسیس کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در سازمان جهانی بهداشت، جمهوری اسلامی ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای همکار در این زمینه انتخاب شده است.

سلامت مقوله‌ای است که بدون عزم ملی، همکاری بین‌بخشی و مشارکت مردمی، دستیابی به اهداف عالی آن تأمین نمی‌شود. با توجه به اینکه یکی از رسالت‌های وزارت بهداشت ارائه مراقبت‌های اولیه بر اساس ۴ رکن اساسی عدالت، همکاری بین‌بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب شکل گرفت لازم است با همکاری بین‌بخشی و مشارکت‌های مردمی این امر تحقق یابد. در این راستا وزارت بهداشت به منظور جلب حمایت و همکاری سایر وزارتخانه‌ها و سازمان اقدام به استخراج ۵۲ شاخص عدالت در سلامت و متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری‌ها در ۵ حیطه سلامت، حیطه فیزیکی، محیطی و زیرساخت، حیطه اجتماعی و انسانی، حیطه توسعه اقتصادی، حیطه حکمرانی نموده است.

بدینوسیله هیئت دولت در راستای ارتقای سطح سلامت و ایجاد عدالت در کشور شاخص‌های مربوط به عدالت در سلامت را تصویب، و تحقق عدالت در سلامت جامعه از انتظارات هیئت دولت از وزارت بهداشت، درمان و



آموزش پزشکی بوده‌است. تا شاهد عملیاتی شدن شعار، توسعه عدالت در سلامت در درون کشور باشیم. بر این اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان‌ها (حسب مورد) نظارت بر اجرای این تصمیم نامه‌از طریق استقرار سیستم تا پایش عدالت در سلامت و ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی مورد نظر در کشور را از پایان سال ۱۳۹۰ بر عهده خواهند داشت. همچنین دستگاه‌های اجرایی مرتبط با هر شاخص بر اساس اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند بسته سیاستی اجرایی خود (مشمول بر اهداف کمی، اقدامات اجرایی و منابع مورد نیاز) برای ارتقای سطح شاخص‌ها به سطح میانگین کشوری‌را تا پایان شهریور ماه سال ۱۳۹۱ تهیه و به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور ارسال کنند. امید است که با استقرار و اجرایی شدن احصای شاخص‌ها عدالت در سلامت و استقرار نظام پایش و ارزیابی دائم و همکاری موثر سایر دستگاه‌ها، موجبات کاهش شکاف‌های سلامت برای آحاد مردم باشیم و این مسئله باید وظیفه و دغدغه همیشگی ما باشد.



افزایش سطح سلامت جامعه از جمله مقوله‌هایی می باشد، که تمامی دولت‌های جهان توجه ویژه‌ای به آن دارند و همیشه به دنبال راهکارهای عملیاتی برای دست یافتن به یک نظام سلامت کارآمد می باشند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی نظام سلامت، تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه را به عهده دارد. در نتیجه همه مردم باید به منابع مورد نیاز برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند. عوامل اثر گذار بر سلامت عوامل اجتماعی، اقتصادی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی و عوامل ژنتیکی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است. اقدام در زمینه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت عادلانه ترین و مؤثرترین روش برای ارتقای سلامت مردم و کاهش نابرابریهای بهداشتی است. مراقبتهای مناسب پزشکی حیاتی بوده‌اما تا زمانی که عوامل ریشه‌ای اجتماعی که سلامت افراد را به مخاطره انداخته مورد توجه قرار نگیرند، سلامت در جامعه تأمین نخواهد شد.

عدالت در سلامت بر این مطلب دلالت دارد که همه آحاد جامعه و هر کسی به طور ایده‌آل باید فرصت عادلانه در بهره‌مندی از خدمات و در تأمین منابع مالی برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد. موضوع عدالت در سلامت یکی از موضوعات مهم در عرصه سلامت است که باید از ابعاد مختلف به آن پرداخته شود یکی از اهداف انبیا اقامه عدل و داد است که این می‌تواند در نظام سلامت نیز مورد توجه قرار گیرد، نکته دیگر اینکه در سند چشم انداز جمهوری اسلامی در تعریف جامعه ایرانی آمده که جامعه‌ای ایرانی جامعه‌ای برخوردار از سلامت، رفاه، تأمین اجتماعی، امنیت غذایی، فرصت‌های برابر و توزیع مناسب است اما نکته مهمتر این است که مقام معظم رهبری دهه چهارم انقلاب را دهه پیشرفت و عدالت نامگذاری کرده‌اند که جهت گیری اصلی در جهت استقرار عدالت است. بهبود وضعیت سلامت و کاهش بی‌عدالتی در آن، نیاز به اقداماتی ورای تمرکز موجود بر روی علل فوری و بی‌واسطه بیماری‌ها دارد و خود مستلزم توجه بر روی علت‌های ریشه‌ای بیماری‌ها و ناخوشی‌ها است.

واضح است که مقابله با عوامل آسیب رسان به سلامت به تنهایی از عهده بخش سلامت خارج است بلکه نیازمند یک مدیریت اجتماعی قدرتمند و قانونمند است که از سلامت مردم و عدالت در سلامت پایش و مراقبت کند. مقابله با این بی‌عدالتی‌ها نیاز به تقویت عمق و وسعت دید دارد یعنی باید دیدگاه‌ها را قوی‌تر نمود و موقعیت‌هایی را در نظر آورد که از آن طریق شغل، درآمد، شرایط کاری، تحصیلات، مسکن و... بر سلامت فرد و جامعه تاثیر می‌گذارند. مخاطراتی را که حاشیه نشینی، محرومیت از تسهیلات و مراقبتهای بهداشتی، فقدان پوشش بیمه سلامت و محرومیت از مزایای بی‌شمار و حداقل‌های زندگی برای سلامت ایجاد می‌کند را بایستی در نظر داشت.

باید موقعیت‌های آسیب رسان به سلامت را هدف گرفت و سیاست‌هایی که ضمانت کننده شرایط اجتماعی - اقتصادی سالم هستند را اتخاذ نمود. برای مقابله با این نابرابری‌ها باید تغییرات اجتماعی به وجود آورد. خوشبختانه شواهد نشان می‌دهند که اغلب شرایطی که منجر به بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند قابل تغییر اند. از گذشته تا کنون بسیاری از آنها را تغییر داده‌ایم و الان نیز باید تلاش کنیم و هم چنان ادامه دهیم. به عنوان یک نقطه آغازین، شایسته است که ببینیم چگونه می‌توانیم حمایت و مشارکت موثر تمام دستگاه‌ها را جلب نماییم، رسیدن به عدالت در سلامت از جاده عوامل اجتماعی یعنی تحصیل، اشتغال، درآمد، محل



سکونت ... می گذرد. لذا نیاز است که حمایت همه‌ارکان حکومتی و نیز مشارکت مردم در زمینه تامین سلامت و عدالت در سلامت جلب شود.

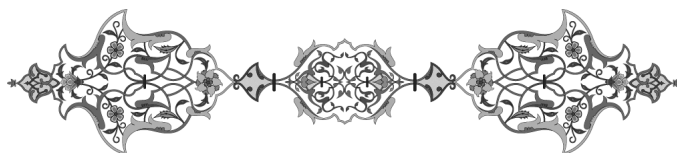
تسریع در عملیاتی کردن شاخص‌های عدالت در سلامت فرصتی بی سابقه‌ای بوجود خواهد آورد تا سلامت در برخی از استان‌ها و مناطق محروم ارتقا پیدا کند. به شرط آنکه راه کارهایی انتخاب شود که علل اصلی و واقعی مشکلات بهداشتی را از میان بردارد که مهمترین آنها شرایط اجتماعی است که افراد جامعه در آن زندگی و فعالیت می کنند و از آنها بعنوان عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) نام برده می شود. ما به عنوان نظام سلامت نیز وظیفه خود می‌دانیم که در عرصه عدالت در سلامت گام برداشته و زیرساخت‌ها و ساختارهای مورد نیاز را نهادینه سازیم. موفقیت ما در عرصه بهبود سلامت و کاهش بی‌عدالتی در سلامت بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه‌ای آن دارد.

ضمن تقدیر و تشکر از دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت امید است با سعی و تلاش همکاران محترم در راستای ارتقای شاخص‌های عدالت در سلامت گامهای موثری برداشته شود تا شاهد رشد ، شکوفایی ، کاهش بی‌عدالتی و اجرای حداکثر عدالت و تحقق کامل عدالت در سلامت به مفهوم یک ارزش مطلق و همگانی در کشور مان باشیم.



## فهرست

۹.....	پیشگفتار .....
۱۱.....	خلاصه‌اجرایی.....
۱۲.....	منطق تدوین بسته شاخص‌های عدالت در سلامت.....
۲۲.....	آمارهای حیاتی.....
۲۸.....	وضعیت موجود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات سلامت در ایران.....
۳۱.....	مروری بر تجارب جهانی.....
۳۸.....	همکاری بین بخشی برای کاهش نابرابری‌ها.....
۴۲.....	شاخص‌های کشوری عدالت در سلامت.....
۴۷.....	جمع بندی و نتیجه‌گیری.....
۴۹.....	ضمائم.....
۱۰۵.....	واژه نامه.....
۱۰۶.....	منابع.....



## پیشگفتار

مسئولیت نظام‌های سلامت نسبت به افراد در کل دوره زندگی شان، مسئولیتی حیاتی و مداوم است. در واقع توانایی افراد برای یادگیری، کار، دستیابی به ظرفیت‌های کامل و نیز لذت بردن از زندگی بستگی به وضعیت سلامت شان دارد. در این راستا، مراقبت‌های کافی سلامت یکی از ضرورت‌های اساسی برای تامین سلامت انسان‌ها محسوب شده و نظام‌های سلامت نیز برای رشد سالم افراد، خانواده‌ها و جوامع در همه جای دنیا، بایستی این مراقبت‌های ضروری و حیاتی را فراهم نمایند. (۱) گرچه، برای تامین سلامت افراد این گونه مراقبت‌ها لازم و ضروری هستند، اما به تنهایی کافی نیستند و باید به سایر عوامل تاثیر گذار بر سلامت نیز توجه شود و در جهت اصلاح و یا حذف تاثیرات نامطلوب این عوامل و یا ارتقاء تاثیرات مطلوب آنها بر سلامت تلاش گردد. برای دست یابی به هدف ارتقای سلامت که خود یکی از اهداف نظام‌های سلامت نیز محسوب می‌شود، توجه به تعیین کننده‌های سلامت ضروری می‌نماید.

از سویی دیگر عدالت در سلامت یکی از اهداف غایی نظام‌های سلامت است که خوشبختانه در حال حاضر این خود به عنوان یک هدف بین المللی برای حکومت‌ها نیز شناخته شده است. در واقع سلامت خوب، به خودی خود شامل دو جنبه است: بهترین سطح میانگین قابل دستیابی (خوبی) و کمترین تفاوت ممکن میان افراد و گروه‌ها در این دستیابی (عادلان بودن). خوبی به معنی آن است که یک نظام سلامت، به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند، پاسخ می‌دهد؛ عادلانه بودن به معنی آن است که این نظام به گونه‌ای برابر برای هر فرد و بدون قایل شدن تمایز به این نیازها پاسخ می‌دهد. (۱)

نظام‌های سلامت برای دست یابی به هدف عدالت در سلامت نیازمند توجه به تعیین کننده‌های سلامت که خود علت اصلی ایجاد کننده نابرابری‌های سلامت هستند، می‌باشند. مطالعات تجربی نشان داده‌اند که عواملی نظیر محیط زندگی، تغذیه، تحصیلات، طبقه اجتماعی، درآمد و شغل بر وضعیت سلامت افراد تاثیر گذارند و حتی سهم تاثیر آن‌ها به مراتب بسیار بیشتر از سهم تاثیر مراقبت‌های سلامت است.

لذا این وظیفه نظام‌های سلامت است که برای دست یابی به اهداف اصلی خود؛ یعنی حفظ، ارتقاء و بازگرداندن سلامت و نیز عدالت در سلامت، به عوامل اجتماعی که منشاء وضعیت سلامت نامطلوب و نیز بی‌عدالتی‌های سلامت هستند، توجه کافی نمایند. (۲)

از دهه ۱۹۶۰ تاکنون فعالیت‌ها و ابتکارات زیادی پیرامون نابرابری‌های سلامت و کاهش بی‌عدالتی در سلامت صورت گرفته است. هر چند که در برهه‌هایی از زمان برخی از این حرکت‌ها تحت الشعاع سیاست‌ها و استراتژی‌های جهانی و کشوری آن زمان قرار گرفته و بعضاً به‌انزوا کشانیده شده است. اما سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، به موضوع عدالت در سلامت با تشکیل کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، جان تازه‌ای بخشید. این سازمان در قالب این کمیسیون سعی داشت تا در یک دوره ۳ ساله از فعالیت‌ها، شواهدی را برای لزوم اقدام در این زمینه جمع آوری نموده و یک جلب حمایت جهانی برای این موضوع ایجاد نماید. در این راستا افراد متخصص و با تجربه‌ای را از سراسر دنیا به همکاری دعوت



نمود، شبکه‌های دانش نه‌گانه‌ای (شهرنشینی، تکامل دوران ابتدای کودکی، اولویت‌های سلامت عمومی، نظام سلامت، اندازه‌گیری، اشتغال، جهانی شدن، انزوای اجتماعی و منابع مالی) را ایجاد و کشورهایی را جهت همکاری در این زمینه انتخاب نمود.

جمهوری اسلامی ایران نیز به دلیل پیشرفت‌های چشمگیری که در طی ۳۰ سال پس از انقلاب اسلامی در عرصه سلامت خصوصاً در مناطق محروم به دست آورده بود، در این خصوص مورد توجه سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت و به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه اتخاذ رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در راستای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت برگزیده شد.

از آن جا که عدالت در دین مبین اسلام جایگاه ویژه‌ای داشته و ریشه عمیق این مفهوم در مبانی و اصول دینی و نیز برنامه‌ها و سیاست‌های حکومتی کشور ما به خوبی مشهود بوده و هست، سازمان دهی تلاش‌ها و حرکت‌ها در راستای ارتقاء عادلانه سلامت، که از ابتدای انقلاب اسلامی آغاز گردیده است، هم چنان نیز تداوم دارد و خود به عنوان یک وظیفه ملی محسوب می‌شود. جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور اسلامی در زمینه عدالت در سلامت می‌تواند پیشرو و الگوی سایر کشورهای مسلمان باشد. لذا هر چند که یکی از وظایف خطیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حفظ و ارتقاء سلامت است اما این به تنهایی کافی نبوده و ارتقاء عادلانه سلامت در سر لوجه وظایف این وزارت خانه قرار گرفته و محک و معیار آن چه که ارتقاء سلامت نامیده می‌شود، عدالت در توزیع و برخورداری از آن می‌باشد. در این راستا ضروری است تا سیستم اطلاعات سلامت وزارت بهداشت به ابزاری مسلح گردد که قدرت سنجش آن چه نابرابری در سلامت است را داشته باشد و با تعیین علل آن نسبت به هر چه عادلانه تر نمودن و کاهش فاصله‌های سلامت گروه‌های مختلف جامعه اقدام نماید. چنین آرمان و آرزویی جز از طریق ایجاد سیستم پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت محقق نخواهد شد. از طریق این سیستم است که می‌توان در هر دوره زمانی، فاصله‌ها و اختلاف‌ها در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف جامعه را نشان داده و عوامل ایجاد کننده آن را برای اصلاح هدف گیری نمود. این یک انقلاب بزرگ در سیستم پایش و ارزشیابی سلامت خواهد بود که خود گامی بزرگ به سمت دست یابی به اهداف چشم انداز و توسعه‌ای کشور نیز محسوب خواهد شد. لذا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران ارتقای عدالت در سلامت را در اولویت کاری خود قرار داده، در این راستا همکاری سایر وزارت خانه‌ها و سازمان‌های مرتبط را جلب نموده و اقدام به تهیه بسته شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور نموده است. تهیه بسته شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور در واقع اولین قدم در زمینه طراحی سیستم پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت خواهد بود. این مستند که محصول کار مشترک دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و شهرداری تهران و با حمایت مالی و فنی سازمان جهانی بهداشت - دفتر کشوری در طی سال ۱۳۸۸ می‌باشد، نسبت به تعیین و معرفی شاخص‌های عدالت در سلامت کشوری مبادرت نموده است.



## خلاصه اجرایی

عدالت در سلامت، به معنای به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در سلامت، به عنوان یکی از اهداف ذاتی نظام‌های سلامت در سالیان اخیر بیش از پیش مورد توجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است. این توجه نیازمند رسیدگی و مداخله در علل ایجاد کننده بی‌عدالتی و ترویج اقداماتی است که سبب ارتقاء عدالت در سلامت می‌شوند. در این میان عوامل اجتماعی با توجه به سهم تاثیرشان بر سلامت و نابرابری‌های آن مورد توجه ویژه قرار می‌گیرند. در این راستا، وجود شواهد برای تعیین این بی‌عدالتی‌ها و عوامل ایجاد کننده آن در کشور بسیار حیاتی است تا بستر لازم برای سیاست گذاری آگاهانه و مبتنی بر شواهد را فراهم نماید. یکی از راه‌های تولید این گونه شواهد ایجاد ابزاری جهت اندازه‌گیری و نشان دادن این قبیل نابرابری‌ها است. این ابزار می‌تواند مجموعه‌ای از شاخص‌ها با معیارهای خاصی باشد که قابلیت به تصویر کشیدن نابرابری‌های سلامت به تفکیک متغیرهای اجتماعی ایجاد کننده آن را داشته باشد.

اولین ابزار جهانی‌سنجش عدالت در سلامت و پاسخ‌گویی توسط مرکز کوبه ژاپن تهیه و به کشورها پیشنهاد گردیده است و خوشبختانه این فرصت در کشور ما نیز وجود داشته است که با همکاری و همت شهرداری تهران، این ابزار در تهران پایلوت شود و تجربه مناسبی در این زمینه در اختیار سیاست‌گذاران، متخصصان و صاحب نظران قرار دهد.

در ادامه این فعالیت و به منظور طراحی و نهادینه سازی سیستم پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت، در این مستند در قالب یک تحقیق کیفی و با هدف تهیه بسته شاخص‌های عدالت در سلامت، نسبت به احصاء شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور اقدام گردیده است. در این راستا از کلیه ظرفیت‌ها و قابلیت‌های انسانی و علمی موجود در کشور حداکثر استفاده به عمل آمده و پس از سه ماه فعالیت و تلاش بی‌وقفه و با یاری متخصصان درون و برون بخش سلامت و برگزاری ۱۱ جلسه بین بخشی، در قالب ۵ حیطه، تعداد ۵۲ شاخص احصاء گردیده است. جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با این شاخص‌ها نیازمند طراحی ساختار فرآیندی مناسب و استفاده از ظرفیت‌های درون و برون بخش سلامت است. لذا از ابتدای کار همکاری کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، متخصصان، دست‌اندرکاران، دانشمندان و کارشناسان مرتبط با موضوع جلب گردید. هر چند که نقطه پایانی برای این کار متصور نمی‌باشد و در هر زمان می‌توان نسبت به بازبینی، بسط و گسترش این شاخص‌ها با توجه به ظرفیت‌ها و قابلیت‌های کشور اقدام نمود، اما این خود گامی اولیه در جهت تدوین نظام پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت کشور است. تهیه کنندگان این مستند اذعان می‌دارند که این، آغاز راهی صعب‌العبور است. امید است این مستند که محصول هم‌کاری و هم‌فکری موثر بین بخشی است فتح‌بابی برای بسط و گسترش اقدامات در راستای ارتقاء عدالت در سلامت کشور را فراهم آورد.



## منطق تدوین بسته شاخص‌های عدالت در سلامت

شواهد زیادی در زمینه تفاوت و نابرابری در وضعیت سلامت وجود دارد که در همگی آن‌ها سهم تاثیر عوامل اجتماعی از سایر عوامل بسیار چشمگیرتر شناخته شده است.

احتمال ابتلا به بیماری شدید و مرگ زودرس در افراد متعلق به پایین‌ترین لایه اجتماعی ۲ برابر است؛ شواهد در آمریکای لاتین نشان داده است زمانی که فقر بیشتر می‌شود ریسک مرگ زودرس بین مردان ۵-۲ برابر و بین زنان ۱۲-۴ برابر می‌شود؛

زمانی که نیازهای مراقبت‌های سلامت مطرح می‌گردد، زنان فقیر واقعاً کمتر از مردان فقیر از خدمات سلامت بهره‌مند می‌شوند؛

مطالعات در آمریکا نشان داده‌اند که زنان هم بطور مطلق و هم در ارتباط با درآمدشان هزینه‌های مستقیم بیشتری از جیب برای سلامت پرداخت می‌کنند. این به ویژه در زمینه سیستم‌های تامین مالی سلامت خصوصی آشکارتر است. در این مطالعات هزینه‌های پرداخت از جیب زنان برای خدمات سلامت ۵٪ تا ۶۸٪ بیشتر از مردان بوده است؛

در تاجیکستان گرادیان (شیب) تحصیلی واضحی در شاخص دسترسی و استفاده از روش‌های ضدبارداری وجود داشته است. ۱۶٪ از زنانی که تحصیلات نداشته، ۲۶٪ از آنها که تحصیلات متوسطه داشته و ۴۱٪ آنهایی که تحصیلات دبیرستانی داشته‌اند، از روش‌های مدرن بارداری استفاده کرده‌اند؛

موقعیت‌های اجتماعی، لایه‌بندی‌های اجتماعی و جایگاه اجتماعی نه تنها بی‌عدالتی اجتماعی ایجاد می‌کند بلکه سبب بی‌عدالتی در سلامت نیز می‌شود؛

رابطه علیتی بین سلامت و عوامل اجتماعی یک طرفه نیست: عدالت در سلامت نتیجه سیاست‌های عمومی است و خود نیز پیش‌نیازی است برای پیشرفت‌های اجتماعی؛

حق سلامت باید به طور وسیع تفسیر شود و فقط به مراقبت‌های جسمی محدود نشود بلکه شامل تغذیه، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهداشت محیط کافی، شرایط کار سالم و امن و محیط سالم نیز تفسیر گردد؛

عدالت در سلامت تنها به نابرابری سلامت در مراقبت‌های سلامت محدود نیست بلکه باید چگونگی تخصیص منابع، ترتیبات اجتماعی مرتبط با سلامت با سایر وجوه شان نیز مدنظر قرار گیرند؛

یک راه برای اندازه‌گیری بی‌عدالتی در سلامت، توجه به فاصله بین کسانی است که در بالاترین و پایین‌ترین قسمت نردبان اجتماعی‌اند؛

تعیین کننده‌های سلامت و ناخوشی و هم چنین بی‌عدالتی‌های سلامت قابل توصیف و اندازه‌گیری‌اند، اگرچه فرآیند توصیف و اندازه‌گیری آن فرآیند پیچیده و مشکلی است؛

اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت شواهدی را به وجود می‌آورد که از طریق آن می‌توان پایه‌ای را برای اقدامات سیاستی در زمینه مداخله در عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت ایجاد نمود؛

در حال حاضر، شواهد در خصوص تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به آن اندازه نیستند که به خودی خود محرکی برای ایجاد تغییرات باشند؛ در این زمینه نیاز به تعهد سیاسی و جمع‌آوری شواهد مرتبط است؛ (۳)



دین مبین اسلام تاکید ویژه‌ای بر عدالت به عنوان هدف محوری و غایی دارد؛ عدالت در متن اسلام، اصلی بنیادین و محوری است و کلیه احکام، دستورات، اوامر، نواهی و قوانین و مقررات، چه در بُعد فردی، اجتماعی و حکومتی، بر پایه عدالت سنجیده می‌شود و آنچه ناعادلانه باشد، ناسالم است و قطعاً اسلامی نیست. عدل صفتی است که هم نزد خالق محبوب است و هم نزد مخلوق و خداوند خود را با این صفت ستوده است؛

در بخش‌های مختلفی از قرآن کریم خداوند مسلمانان را دستور به عدالت می‌دهد (إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ)، یعنی خداوند اجرای عدالت و نشر احسان را در میان مردم واجب کرده است. (أَقْسَطُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُقْسِطِينَ) عدالت کنید که خدا عدالت پیشگان را دوست دارد. هم چنین یکی از اهداف اساسی ارسال رسل و انزال کتب را اقامه عدل و قسط مطرح نموده است: «لَقَدْ أَرْسَلْنَا رُسُلَنَا بِالْبَيِّنَاتِ وَأَنْزَلْنَا مَعَهُمُ الْكِتَابَ وَالْمِيزَانَ لِيُقَاسُوا بِالْقِسْطِ»؛

تعداد ۲۹ آیه از آیات قرآن مستقیماً درباره عدالت نازل شده است و حدود ۲۹۰ آیه دیگر هم در مورد ظلم که ضد عدالت می‌باشد، نازل شده است. در مجموع می‌توان ادعا کرد که حدود یک دهم از آیات قرآن یا به طور مستقیم و یا غیرمستقیم به این بحث اشاره دارند و این امر نشان دهنده اهمیت آن در دین اسلام می‌باشد؛ عدالت در اسلام شاخه‌های زیادی دارد و تمام امور را شامل می‌شود از مسائل اجتماعی گرفته تا مسائل شخصی. مفهوم کلی عدل می‌بایست در همه ابعاد حیات انسانی جریان یابد و از این رو باید موشکافانه عوامل گسترش عدالت و موانع آن را در تک تک زیرشاخه‌ها و رشته‌های عرصه‌های مختلف کشف کرد و بر روی آنها کار علمی نمود و با روانشناسی دقیق در جامعه آن‌ها را به طور پایه‌ای و ریشه‌ای بنا کرد؛ در افق چشم انداز بیست ساله، جامعه‌ی ایرانی چنین ویژگی‌هایی خواهد داشت:

۱. توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تاکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی؛

۲. برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.

با توجه به شواهد فوق، سیستم‌های سلامت، خصوصاً سیستم سلامت کشور ما به عنوان یک کشور اسلامی و نیز بر اساس اولویت‌های ملی مرتب‌تری که در این زمینه دارد، باید مداخلاتی در راستای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت و حمایت محروم‌ترین گروه‌ها به انجام رساند. اندازه‌گیری و ارزیابی بی‌عدالتی‌ها در سلامت، پایه‌ای است که از طریق آن سیستم‌های سلامت می‌توانند نابرابری‌های موجود سلامت را شناسایی کرده و در آن راستا با جلب حمایت سایر وزارت خانه‌ها و نهادهای مرتبط، اقداماتی را طراحی نمایند. نه تنها با مقایسه فاصله بین کسانی که در بالاترین پایین‌ترین قسمت نرده بان اجتماعی اند بلکه با بررسی شاخص‌های سلامت در تقابل با متغیرهای مقیاس اجتماعی، تاثیر تعیین کننده‌های اجتماعی بر سلامت و نابرابری‌های آن مشهودتر می‌گردد. مسئولیت‌پذیری اقدام در این زمینه باید در بالاترین سطح دولت قرار گیرد تا قابلیت استقرار سیستم‌های پایش عدالت در سلامت ملی و محلی جهت شناسایی نابرابری‌های سلامت به تفکیک تعیین کننده‌های بی‌عدالتی تضمین گردد.



## مفاهیم

## ۱. نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت

در طی ۵۰ سال اخیر، موفقیت‌های زیادی در عرصه سلامت نصیب کشورهای مختلف شده که بسیار چشمگیرتر از سال‌های قبل از آن بوده و حتی در بسیاری از فقیرترین کشورها، افزایش چشمگیری در امید زندگی و کاهش مرگ و میر کودکان به دست آمده‌است. این‌ها موفقیت‌های کلی در عرصه سلامت محسوب می‌شوند که منجر به رضایت نیز می‌شوند. اما اگر در این زمینه کنکاشی عمیق شود، چهره متفاوتی، که نابرابری‌ها در حال ظهور در سلامت هستند، ظاهر خواهد شد. در واقع زمانی که داده‌های سلامت را به تفکیک گروه‌های مختلف در درون اجتماع بررسی کنیم، این تفاوت‌ها نمایان می‌شوند. برای مثال، در بسیاری از کشورهای با اقتصاد در حال پیشرفت، تفاوت‌های بزرگی در سلامت در بین نواحی روستایی؛ که فقیرترند، و مراکز شهری؛ که ثروتمندترند، ظاهر شده‌است: سهم کودکان زیر پنج سالی که کوتاه قد بوده‌اند در بخش‌های روستایی کشور مالوای ۵۰٪ بیشتر از بخش‌های شهری این کشور بوده‌است. تفاوت‌هایی چشمگیرتر از این در چین و ویتنام دیده شده‌است، به طوری که میزان‌های کوتاه قدی در جمعیت روستایی در این دو کشور بیش از ۳ برابر جمعیت شهری بوده‌است. الگوهای مشابهی در کشورهای مرفه دنیا نیز مشهود است. حتی در برخی از سالم‌ترین کشورهای اروپای غربی - هلند، فنلاند و انگلستان - شبیهی در وضعیت سلامت در خلال طیف اجتماعی پیدا شده‌است، به طوری که شواهد در این کشورها نشان داده‌است که گروه‌های فقیرتر ۵ تا ۱۰ سال زودتر از گروه‌های ثروتمندتر می‌میرند و شکافی بیش از ۱۳ سال در امید زندگی بدون ناتوانی بین گروه‌های محروم و برخوردار همین کشورها دیده شده‌است.

مطالعات نشان داده‌اند که تفاوت‌های سلامت بین و داخل کشورها را فراگرفته‌است، خواه کشور فقیر باشد خواه غنی، خواه وضعیت سلامت کلی‌اشان مطلوب یا نامطلوب باشد، در واقع این نشان دهنده آن است که فرصت‌های سلامت بسیار نامساوی شده‌اند. (۴)

بنابراین حفظ یا ارتقای میانگین سلامت یک جمعیت، همیشه رضایت بخش و قابل قبول نیست، به ویژه چنانچه به طور همزمان باعث تشدید نابرابری یا عدم کاهش بی‌عدالتی شود.

در این راستا لازم است که به فرق میان نابرابری در سلامت و بی‌عدالتی در سلامت نیز توجه نماییم. در واقع، نابرابری در سلامت توصیفی است از تفاوت‌های وضعیت سلامت در بین گروه‌های مختلف بدون هیچ گونه ارزیابی از منصفانه بودن آن، اما بی‌عدالتی در سلامت اشاره به مجموعه‌ای از نابرابری‌ها دارد که نامنصفانه ارزیابی می‌شوند. (۴) در حقیقت بی‌عدالتی در سلامت یعنی تفاوت‌های سلامت که به طور اجتماعی تولید شده و در این توزیع در بین جمعیت، نظام مند و نامنصفانه‌اند. (۵)

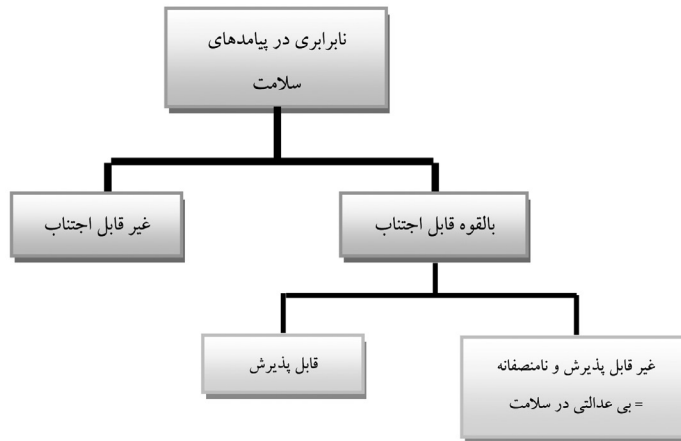
نابرابری‌های سلامت که در بین گروه‌های اقتصادی اجتماعی، بین گروه‌های قومیتی، بین مردمی که در مناطق جغرافیایی مختلف زندگی می‌کنند و نیز در بین زنان و مردان پیدا می‌شوند، بر خلاف هدف «سلامت برای همه» و هدف غایی نظام‌های سلامت که «عدالت در سلامت» است می‌باشند. (۶)

می‌توان گفت که عدالت در سلامت با ایجاد فرصت‌های برابر برای برخورداری از سلامت کامل مرتبط است؛ به طوری که تفاوت‌های سلامتی را به پایین‌ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد.



در شکل زیر سعی شده است تا به صورت شماتیک، قضاوت در خصوص عادلانه بودن پیامدهای سلامت به تصویر کشیده شود. (۴)

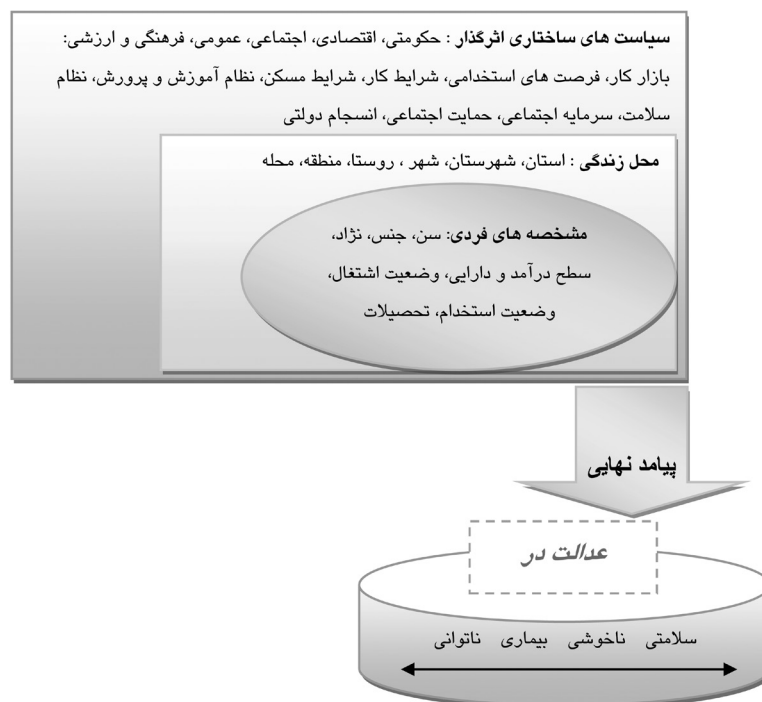
شکل ۱. قضاوت در خصوص عادلانه بودن پیامدهای سلامت



## ۲. عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

شرایط اجتماعی که مردم در آن زندگی می کنند اثر فاحشی بر سلامت آنان دارد. موقعیت‌هایی مثل فقر، تغذیه نامناسب، مسکن نامناسب، بیکاری، درآمد نامطمئن، تحصیلات اندک، تبعیض اجتماعی، سکونت در محیط‌های محروم از عمده‌ترین عوامل تعیین کننده سلامت و نابرابری‌های سلامت هستند. بنابراین می توان گفت سیستم‌های مراقبت سلامت به‌تنهایی مهم نیستند بلکه باید تشخیص دهیم که در اغلب موارد چه چیزی‌هایی بیش از سیستم مراقبت‌های بهداشتی بر روی سلامت و ایجاد بی‌عدالتی در آن مطرح‌اند. (۵)

شکل ۲. چارچوب تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت



در شکل ۲ رابطه بین تعیین کننده‌های سلامت و پیامدهای نهایی سلامت به تصویر کشیده شده است. موفقیت ما در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی‌عدالتی‌ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه‌ای آن دارد. راه حل‌های فنی در داخل بخش سلامت بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل‌ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه‌های کاری وسیع‌تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد. رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت نیز به عنوان راه حلی در این خصوص مطرح گردیده است. در واقع این رویکرد بین دانش فنی پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌نماید. هم چنین سعی دارد عدم تعادل بین اقدامات درمانی و پیشگیرانه و مداخلات انفرادی و مبتنی بر جمعیت را کاهش داده و پیامدهای عادلانه‌تر و پایدارتری را فراهم نماید. مداخلات در حیطه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت نیاز به مواجهه با طیف وسیعی از تعیین کننده‌های سلامت در تمام سطوح و از طریق دولت‌ها دارد. این اقدام یک فرآیند چند بخشی و دربرگیرنده عاملین و فعالان دولتی و غیر دولتی، تشکلات مدنی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و نیز خود پزشکان و کارکنان بخش سلامت است. (۷)

### ۳. اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت و سیستم پایش عدالت در سلامت

حال سوال مطرح این است که چگونه این نابرابری‌ها باید اندازه‌گیری شوند؟ تعاریف آماری زیادی در زمینه نابرابری وجود دارد و این تعاریف گوناگون می‌توانند تفاسیر و تحلیل‌های مختلفی داشته باشند. اخیراً یک سنجه مخصوص - ضریب جینی - خیلی پر رنگ شده است. اما به جزء این ضریب، شاخص‌های اختلاف (disparity indices) دیگری هم وجود دارند.

به‌طور کلی این سنجه‌ها به دو گروه اصلی قابل تقسیم می‌شوند: تفاوت‌های بین گروهی و تفاوت‌های بین فردی. (۴)

تفاوت‌های بین گروهی	
بیش از دو گروه	دو گروه
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slope Index of inequality</li> <li>• Concentration Index</li> <li>• Index of Dissimilarity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rate Ratio</li> <li>• Rate Difference</li> <li>• Low to High Ratio</li> <li>• Shortfall</li> </ul>

تفاوت‌های بین فردی	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gini coefficient</li> <li>• Relative Mean Deviation</li> <li>• Atikson Index</li> </ul>

این سنجه‌ها علاوه بر توصیف تفاوت‌های بین گروهی و بین فردی، در زمینه‌ارزیابی پیامدهای نهایی سلامت و علل منتسب به آن نیز مورد استفاده قرار گیرند.

در زمینه‌اندازه‌گیری عدالت در سلامت حداقل ۵ موضوع باید مد نظر قرار گیرند:

(۱) اندازه‌گیری وضعیت سلامت و/یا پیامد سلامت

(۲) تقسیم‌بندی جمعیت



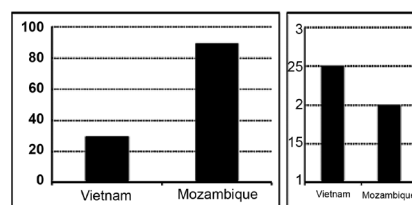
(۳) تعیین گروه پایه «reference point» که اختلافها بر اساس آن اندازه‌گیری می‌شوند

(۴) محاسبه مقیاس‌های مطلق و نسبی

(۵) وزن‌دهی به سلامت افراد/گروه‌ها در وضعیت‌های مختلف همراه با توزیع آن. (۴)

اما به این نکته باید جداً توجه شود که انتخاب در زمینه استفاده از سنج‌های مطلق یا نسبی می‌تواند بر سنجش بی‌عدالتی در سلامت موجود و شدت آن اثر گذار باشد. گاهی اوقات یک اختلاف در زمینه مقیاس‌های نسبی (برای مثال نسبت میزان پیامد سلامت بین گروه‌های با وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالا و پایین) ممکن است به صورت یک اختلاف در مقیاس‌های مطلق خود را نشان ندهد. (برای مثال اختلاف میزان بین دو گروه). در این رابطه به جدول و نمودار زیر توجه نمایید. در جدول و نمودار زیر نابرابری در مرگ و میر شیرخواران در بالاترین و پایین‌ترین پنجم در دو کشور ویتنام و موزامبیک به تصویر کشیده شده است.

Inequality in Infant Mortality	Vietnam	Mozambique
IMR in the highest quintile	20	90
IMR in the lowest quintile	50	180



Difference (absolute)

Ratio (relative)

در صورتی که برای سنجش نابرابری از مقیاس‌های مطلق استفاده شود به نظر بی‌عدالتی در موزامبیک بیشتر است در حالی که در صورت استفاده از مقیاس نسبی مشخص می‌گردد که نسبت نابرابری در این زمینه در ویتنام ۲٫۵ در حالی که در موزامبیک ۲ است.

بنابراین باید در زمینه سنج‌های مقایسه‌ای که به کار برده می‌شود توجه ویژه‌ای مبذول گردد.

از سویی دیگر در خصوص جنبه‌های مهم نابرابری نظرات مختلفی وجود دارد. برخی معتقدند که نابرابری‌ها در وضعیت سلامت، خود به‌عنوان یک پیامد سلامت باید مورد توجه قرار گیرد. برخی دیگر اعتقاد دارند که در این خصوص باید بر روی خدمات سلامت؛ به‌عنوان تعیین‌کننده سلامت که متخصص‌های سلامت به راحتی می‌توانند آن را تحت تاثیر قرار دهند؛ تمرکز نمود. بین هر یک از این دو طرز تفکر، انفکاک‌های دیگری نیز وجود دارد. در هر حال، سلامت مفهوم پیچیده‌ای با ابعاد مختلف است که هر یک از آن ابعاد از لحاظ نابرابری‌ها قابل توصیف هستند.

متأسفانه در میزان‌های متوسط ملی وضعیت سلامت، این نابرابری‌ها و سنج‌های آن نادیده گرفته می‌شوند. برای مثال، در هند میزان ملی مرگ شیرخواران ۸۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده است، در حالی که در ایالت اوریسای آن این میزان ۱۲۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده و در یکی از شهرستان‌های آن ایالت این میزان ۱۶۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده است و یا در کشور پرو ۸۸٫۴٪ زنان متعلق به پایین‌ترین پنجم درآمدی در مقایسه با ۵٫۳٪ زنان متعلق به بالاترین پنجم درآمدی در منزل‌شان زایمان می‌کنند. بنابراین، لازم است که سلامت جمعیت به تفکیک عوامل اقتصادی اجتماعی موثر بر آن بررسی شود که خود نیازمند محاسبه شاخص‌های سلامت بر حسب عوامل ایجادکننده بی‌عدالتی؛ یعنی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و ترویج این‌گونه تحقیقات



مرتبط است. فقدان مجموعه شاخص‌های عدالت در سلامت، مانعی است در جهت شناسایی نابرابری‌ها و نیز شکل‌گیری اقدامات موثر در جهت کاهش و یا رفع بی‌عدالتی‌های سلامت. راه حل این مشکل نیز ایجاد سیستم پایش عدالت در سلامت است. (۸)

سیستم پایش عدالت در سلامت، سبب ایجاد ارزیابی مستمری از روندها و الگوهای نابرابری‌های اجتماعی در سلامت و تعیین‌کننده‌های آن در طول زمان می‌گردد. (۹) در واقع، هدف اولیه سیستم‌های پایش عدالت در سلامت ایجاد یک سیستم هشدار دهنده زود هنگام است که مشخص می‌نماید که آیا اثرات ترکیبی تمام سیاست‌ها که عدالت در سلامت را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد در مسیر درستی هدایت شده‌است یا خیر؛ یعنی به سمتی که هم بهبود مطلق برای هر فرد و هم کاهش شکاف‌های قابل اجتناب را ایجاد کرده باشد. سیستم پایش یک دید کلی از موقعیت‌ها ایجاد می‌کند و سوالاتی را برای تحقیقات بیشتر شکل می‌دهد. از آن‌جا که پایش، با بررسی‌های مکرر در طول زمان صورت می‌گیرد، این سیستم قادر خواهد بود که تغییرات موقعیت را در طول زمان نشان دهد. تمرکز این سیستم بر نابرابری‌هایی است که نامنصفانه و قابل اجتناب‌اند. این سیستم‌ها به منظور هدایت سیاست‌ها در کوتاه، میان و بلند مدت شکل می‌گیرند.

ارتباط نوع اطلاعات مورد استفاده در این سیستم با سیاست‌های کشوری، قابلیت اطمینان و کیفیت داده‌ها و سادگی تکنیک‌های مورد استفاده در این سیستم، در دسترس بودن داده‌های مورد نیاز، چارچوب زمانی آن و در نهایت پایداری و تداوم این فرآیند در طول زمان از الزامات عمومی فرآیند پایش عدالت در سلامت محسوب می‌شوند. هدف نهایی از ایجاد چنین سیستمی شناسایی نابرابری‌های سلامت و ارزیابی بی‌عدالتی‌های سلامت ناشی از این نابرابری‌هاست. (۱۰)

**پایش بی‌عدالتی‌های سلامت** به دلیل ذیل از اهمیت شایانی برخوردار است. (۳)

\* تامین داده‌ها برای جلب توجه سیاست‌گذاران

\* تامین داده‌های مورد استفاده در زمینه شناسایی نقاط ورودی سیاست‌ها

**برای پایش عدالت در سلامت گام‌های ۸ گانه‌ای مترتب است.**

**گام اول؛** شناسایی گروه‌های اجتماعی در اولویت مثلاً فقیر و غیر فقیر یا دهک‌های درآمدی و هزینه‌ای.

**گام دوم؛** تعیین موارد اولویت دار در خور توجه در خصوص نابرابری‌های سلامت قابل اجتناب در میان گروه‌های اجتماعی و شناسایی شکاف‌های اطلاعاتی.

**گام سوم؛** شناسایی منابع داده‌ای از جمله ثبت وقایع حیاتی، داده‌های سرشماری، بررسی ویژگی‌های جمعیت و سلامت و سایر پیمایش‌های مشابه.

**گام چهارم؛** تعیین شاخص‌های سلامت و تعیین‌کننده‌های آن.

**گام پنجم؛** تعیین الگوی موجود نابرابری‌های اجتماعی در سلامت و تعیین‌کننده‌های آن.

**گام ششم؛** تعیین روند این الگوها در طول زمان.

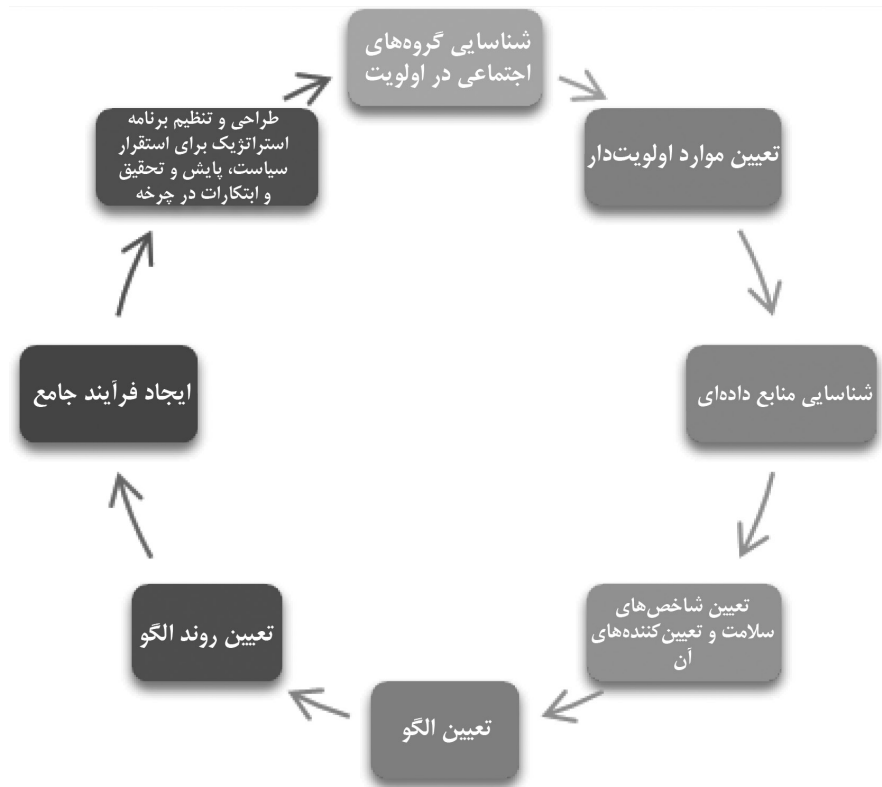
**گام هفتم؛** ایجاد فرآیند جامع.

**گام هشتم؛** طراحی و تنظیم برنامه‌استراتژیک برای استقرار سیاستی، پایش و تحقیق و ابتکارات در چرخه می‌باشد.



این گام‌ها در شکل ۳ به تصویر کشیده شده‌است. (۹)  
در این مطالعه گام چهارم سیستم پایش عدالت در سلامت؛ یعنی تعیین شاخص‌های سلامت و تعیین کننده‌های آن مورد هدف قرار گرفت.

شکل ۳. گام‌های طراحی سیستم پایش عدالت در سلامت



#### ۴. شاخص

شاخص، یک عدد یا میزان (یک ارزش در مقیاس اندازه‌گیری) است که از یکسری واقعیت‌های مشاهده شده بدست آمده و می‌تواند تغییرات نسبی را بعنوان عملکرد زمان آشکار سازد. در واقع، شاخص معیاری است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم تغییرات وقایع یا وضعیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و با استفاده از داده‌های خام اطلاعات مفیدی جهت مقایسه با استانداردها، بین بخش‌های مختلف یا دوره‌های زمانی را میسر می‌سازد. (۱۱)

از نظر انواع، شاخص‌ها را می‌توان به سه بخش نسبت‌ها، میزان‌ها و فراوانی‌ها تقسیم نمود:

**الف- نسبت (Proportion):** کمیت نسبی یک عدد را به عدد دیگر نشان می‌دهد و شامل موارد زیر است:

- \* نسبت‌هایی که صورت، بخشی از مخرج است. مثل تعداد مرگ و میر در یکسال به جمعیت وسط سال
- \* نسبت‌هایی که صورت و مخرج از دو جامعه متفاوت هستند. مثل نسبت تخت بیمارستانی دایر به جمعیت

**ب- میزان (Rate):** احتمال وقوع یک حادثه در مدت زمان مشخص و در جمعیت معین است. مثل میزان مرگ و میر در طی یک سال.



**ج- فراوانی:** شاخصی است که تعداد وقایع را به صورت مطلق نشان می‌دهد.

شاخص‌ها به طور کلی به دو دسته شاخص‌های پایش و شاخص‌های ارزیابی طبقه بندی می‌شوند. شاخص‌های پایش به شاخص‌هایی گفته می‌شود که ورودی‌ها و فرآیندها را در یک پروژه بررسی می‌کنند. شاخص‌های پایش خود به دو دسته زیر تقسیم می‌شوند:

\* شاخص‌های ورودی (Input Index) که به اطلاعات مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها بر می‌گردند. مانند تعداد کودکان واجد شرایط واکسیناسیون

\* شاخص‌های فرآیندی (Process Index) که فعالیت‌های در حال اجرا را اندازه‌گیری می‌کنند مانند میزان پیشرفت برنامه واکسیناسیون.

شاخص‌های ارزیابی شاخص‌هایی هستند که خروجی‌ها و هدف نهایی‌را می‌سنجند یا به عبارتی به اندازه‌گیری آن‌چه که در پایان یک برنامه حاصل می‌شود می‌پردازند. شاخص‌های ارزیابی نیز به سه دسته زیر تقسیم می‌شوند: (۱۱)

\* شاخص‌هایی که خروجی فعالیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند (Output Index) مانند میزان پوشش واکسیناسیون

\* شاخص‌هایی که پیامد فعالیت‌ها را نشان می‌دهد (Outcome Index) مانند میزان ایمنی‌ناشی از واکسیناسیون

\* شاخص‌هایی که اثرات بلند مدت فعالیت‌ها را نشان می‌دهد (Impact Index) مانند میزان کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری قابل پیشگیری از واکسن

البته انواع دیگری از طبقه بندی شاخص‌ها نیز وجود دارد به عنوان مثال در یک طبقه بندی دیگر شاخص‌ها به ۶ گروه نتایج سلامت (Health Outcome)، عوامل خطر (Risk Factor)، پوشش مداخلات (Intervention Coverage)، ساختار (Structure)، فرآیند (PROCESS) و نتایج مرتبط غیر سلامت (Non - Health Related Results) تقسیم شده‌اند. (۱۱) زمانی که شاخص‌ها به تفکیک متغیرهای اقتصادی اجتماعی، به عنوان مثال بر حسب شهر و روستا، میزان تحصیلات و یا وضعیت درآمدی محاسبه شود تفاوت‌ها و نابرابری‌ها در وضعیت آن شاخص به خوبی مشخص خواهد شد. با محاسبه این گونه انفکاک‌ها در شاخص‌های سلامت است که می‌توان نابرابری‌ها و فاصله‌ها در وضعیت سلامت افراد جامعه را شناسایی کرده و مداخلات مورد نیاز در جهت کاهش و یا حذف آنها را شکل داد.

## ۵. منابع داده‌های سلامت

در اکثر کشورها سه نوع داده، هسته اصلی پایش عدالت در سلامت را می‌سازد:

۱. داده‌های سطح فردی بر حسب نشانگرهای اقتصادی اجتماعی و سایر تفکیک کننده‌های اجتماعی که معرف وضعیت سطح ملی هستند؛

۲. داده‌های معرف سطح ملی حاصل از مصاحبه‌های سلامت یا پیمایش‌های چند منظوره؛



۳. داده‌های معرف سطح ملی حاصل از ثبیتات روتین سلامت (۳)

البته داده‌های دیگری در برخی از موارد نابرابری‌ها در مشکلات خاص سلامت نیز ممکن است متصور باشد. زمانی که داده‌های معرف وضعیت سطح ملی در دسترس نیستند، مطالعاتی در سطح منطقه‌ای و محلی ممکن است انجام شود و در صورتی که محدودیتی در زمینه تعمیم آن به کل کشور وجود نداشته باشد می‌توان داده‌های آنها را معرف سطح ملی تلقی نمود.

یک جایگزین دیگر، استفاده از مطالعات اکولوژیکال است که در آن نشانگرهای مرگ و میر و ناخوشی با نشانگرهای اقتصادی اجتماعی در سطح نواحی کوچک مرتبط شده‌اند گرچه احتمال سوگرایی نیز در آنها وجود دارد.

زیچ حیاتی، سرشماری، پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت و ثبیتات سلامت، ابزار پایه‌ای هر سیستم پایش سلامت محسوب می‌شوند که در سیستم‌های پایش عدالت در سلامت هم کاربرد دارند. این ابزارها در تمام کشورها یافت می‌شوند هر چند که از لحاظ پوشش، کیفیت و فراوانی استفاده در بین کشورها تفاوت‌های زیادی از این لحاظ وجود دارد. (۳)



## آمارهای حیاتی

این ابزار، ابزار اصلی سیستم پایش سلامت است و اطلاعات مستمری در خصوص تولدها و مرگ‌ها بر حسب سن، جنس و علل مرگ تأمین می‌نماید. ثبیتات تولد، نشانگرهای سلامتی مختلفی از جمله وزن هنگام تولد، عاملین زایمان، باروری نوجوانی و نشاگرهای مرتبط با سلامتی از قبیل سطح تحصیلات مادر را در اختیار می‌گذارد. این ثبیتات هم چنین اطلاعاتی در خصوص تولدهای زنده، که برای محاسبه میزان‌های مرگ و میر شیرخواران مورد استفاده قرار می‌گیرند را ارائه می‌نماید. ثبیتات مرگ اطلاعات مفیدی در خصوص سن، جنس، تحصیلات، شغل و محل جغرافیایی سکونت در اختیار قرار می‌دهند. در اکثر کشورها، در خصوص شیرخواران زیر یکسال، اطلاعاتی در خصوص مادر و پدر نیز جمع‌آوری می‌شود. ثبیتات علل مرگ امکان پایش میزان‌های کلی مرگ و میر اختصاصی و استاندارد شده برای سن و نیز علل اختصاصی مرگ و میر را فراهم می‌نماید و هم چنین این امکان را ایجاد می‌نماید تا میزان‌های اختصاصی بر حسب تفکیک کننده‌های اجتماعی از قبیل طبقه اجتماعی، جنسیت، قومیت و محل جغرافیایی سکونت محاسبه شوند. (۳) بنابراین در زمینه سیستم پایش عدالت در سلامت نیز این ابزار، ابزار بسیار خوبی در نظر گرفته می‌شود.

## سرشماری

سرشماری جمعیت و مسکن یک منبع غنی از داده‌ها محسوب می‌شود که می‌تواند اطلاعات ارزشمندی در زمینه اکثر تفکیک کننده‌ها (سن، جنس، تحصیلات، شغل، قومیت، جغرافیای محل سکونت) تأمین نماید. اما این منبع، اطلاعات وسیعی در خصوص سلامت و درآمد را شامل نمی‌شود. از آن‌جا که سرشماری‌ها اطلاعاتی در زمینه باروری، مرگ و میر و مهاجرت تأمین می‌نمایند، آنها پایه‌ای برای آینده نگاری‌های جمعیتی بوده و در زمینه محاسبه میزان‌های مرگ و میر و نیز تخمین امید زندگی مهم هستند. بنابراین این منبع نیز جزء کلیدی در سیستم پایش محسوب می‌شود. (۳)

گرچه این منبع یک منبع ترجیح داده شده در خصوص پایش مرگ و میر نیست اما در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط که پوشش ثبیتات حیاتی آنها کمتر از ۹۰٪ است، سرشماری یک ابزار ضروری برای اندازه‌گیری مرگ و میر خصوصاً مرگ و میر شیرخواران و کودکان و حتی در برخی کشورها در زمینه مرگ و میر مادران محسوب می‌شود. (۳)

## پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت

پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت از قبیل پیمایش‌های مصاحبه‌ای سلامت، مطالعات اپیدمیولوژیک، مطالعات طولی و مطالعات مناطق کوچک می‌توانند اطلاعات مفیدی برای پایش پیامدهای سلامت و عدالت در سلامت تأمین نمایند. در بسیاری از کشورها با درآمد کم و متوسط این گونه پیمایش‌ها در فواصل زمانی منظم به منظور ارزیابی روندهای سلامت انجام می‌شوند و در زمان فقدان پوشش مناسب ثبیتات حیاتی، همانند سرشماری، منبع مفیدی محسوب می‌شوند.

گستره وسیعی از این گونه تحقیقات وجود دارد: پیمایش‌های ویژگی‌های جمعیت و سلامت، پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت، پیمایش‌های سلامت جهانی، سیستم‌های مراقبت جمعیتی و پرسشنامه‌های نشانگرهای اصلی رفاه.



این قبیل پیمایش‌ها اطلاعاتی در خصوص دسترسی به مراقبت‌ها در دوره‌های ناخوشی، روبه‌های سلامت مادران و کودکان، دانش سلامت، رفتارهای جنسی، مقیاس‌های تن‌سنجی، آزمایش‌های بیولوژیک برای HIV، کم‌خونی و مالاریا را تامین می‌نمایند. در بسیاری از کشورها این پیمایش‌ها همچنین منابع اصلی برای داده‌های مرگ و میر و حتی علل مرگ و میر محسوب می‌شوند.

علاوه بر این، در بسیاری از کشورها پیمایش‌های روتین چند منظوره خانوار که خود شامل بخش‌های سلامت نیز می‌باشد انجام می‌شود. این پیمایش‌ها شامل پیمایش‌هایی از قبیل پیمایش‌های سنجش استانداردهای زندگی، پیمایش‌های ادغام یافته خانوار و پیمایش‌های هزینه، درآمد و مصرف خانوار هستند.

در حال حاضر، استفاده از پیمایش‌های چند منظوره خانوار برای پایش بی‌عدالتی‌های سلامت روز به روز رایج‌تر می‌شود (برای مثال، وضعیت خود گزارشی سلامت، هزینه‌های پرداخت شده از جیب، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت)، داده‌های حاصل از این پیمایش‌ها بر اساس تفکیک‌کننده‌های مختلف عدالت قابل تحلیل‌اند. ارزش افزوده این‌گونه پیمایش‌ها در این است که آنها اطلاعات فردی و جمعیتی خارج از حیطه ثبیتات سازمانی، از قبیل جمعیت خارج از نیروی کار، کودکانی که هرگز در مدرسه ثبت نام نکرده‌اند یا آن‌هایی که در سیستم آموزشی رسمی تحصیل نمی‌کنند، مردمی که به خدمات سلامت دسترسی ندارند و غیره را در اختیار قرار می‌دهند.

### ثبیتات سلامت

گستره وسیعی از داده‌های روتین از قبیل سیستم مراقبت بیماری‌ها، ثبیتات بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت، آمارهای خدمات بهداشتی و ثبیتات مدیریتی و اداری، اطلاعاتی برای پایش وضعیت سلامت (برای مثال، وضعیت تغذیه‌ای) و پیامدهای سلامت (برای مثال، مرگ و میر و ناخوشی) بر اساس تعیین‌کننده‌های اجتماعی را تامین می‌نمایند. اما این ثبیتات تنها اطلاعاتی در خصوص افرادی که درصد دریافت مراقبت‌های سلامت بر می‌آیند، شامل می‌شود. به هر حال، این‌گونه ثبیتات در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، ضعیف و ناقص‌اند. (۳)

به‌طور کلی، صرف نظر از نوع منبع داده، داده‌های مورد استفاده باید با احتیاط ارزشیابی و تحلیل شوند تا از به وجود آمدن سوگرایی در تخمین شدت بی‌عدالتی‌های سلامت اجتناب گردد. سه رویکرد عمومی وجود دارد:

۱. توصیف دقیق و با جزییات بی‌عدالتی‌های سلامت.
۲. مقایسه نابرابری‌ها در پیامدهای سلامت به نسبت نابرابری‌ها در تعیین‌کننده‌های سلامت.
۳. مرتبط نمودن بی‌عدالتی‌های سلامت به عوامل بافتی و زمینه‌ای (۳).

### ۶. تفکیک‌کننده‌های کلیدی عدالت

تفکیک‌کننده‌های عدالت در واقع اختلافات گروهی در جوامع را توصیف می‌نمایند. گروه‌های عمده تفکیک‌کننده‌های عدالت عبارتند از:

۱. تفکیک‌کننده‌های اقتصادی اجتماعی: تحصیلات، شغل، درآمد (مصرف/ هزینه، سرمایه/ دارایی)



**۲. جنسیت****۳. گروه‌های قومیتی: گروه‌های قومی، قبیله‌ای، بومی، مذهبی****۴. محل سکونت: شهر در مقابل روستا، مناطق شمالی در مقابل مناطق جنوبی (۳)**

بسیاری از کشورهای با درآمد بالا مصاحبه‌های منظم سلامت یا پیمایش‌های چند منظوره‌ای به جهت جمع‌آوری داده‌های جمعیتی در خصوص سلامت و تفکیک کننده‌هایی که در فوق بدان اشاره شد، به ویژه نشانگرهای اقتصادی اجتماعی، دارند. اما به هر حال اندازه‌گیری و طبقه‌بندی این نشانگرهای اقتصادی اجتماعی چه در کشورهای با درآمد بالا و چه در کشورهای با درآمد کم و متوسط کار راحت و ساده‌ای نیست. (۳)

اما با وجود همه این مشکلات، تنها توجه به میزان‌های مشکلات سلامت کافی نیست بلکه باید به توزیع آن در بین گروه‌های اقتصادی اجتماعی نیز توجه شود. لذا باید راهکارهایی متناسب جهت حل این معضل در کشورها شناسایی و اتخاذ گردد.

نشانگرهای اصلی در زمینه اندازه‌گیری وضعیت اقتصادی اجتماعی عبارتند از تحصیلات، اشتغال و درآمد (درآمد به عنوان هزینه/ مصرف یا سرمایه/ دارایی) که حداقل دو تا از این سه نشانگر اصلی باید مورد استفاده قرار گیرند. مشخص شده است که در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط این احتمال وجود دارد که در خصوص اشتغال داده‌ای وجود نداشته باشد، لذا لازم است بر روی دو نشانگر دیگر تمرکز نمود. نکته حائز اهمیت دیگر این است که به متناسب بودن نشانگر برای جمعیت مورد نظر باید توجه شود. (۳)

هم چنین، سنجه‌های سلامت باید از لحاظ سن استاندارد شوند تا امکان مقایسه بین گروه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی بلکه در بین دوره‌های زمانی مختلف و کشورها را نیز داشته باشند. (۳)

در زیر به اختصار به برخی از تفکیک کننده‌های کلیدی عدالت اشاره می‌شود:

**تحصیلات:** تا حد امکان افتراق بین تحصیلات مثلاً سطح ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و تحصیلات عالی تر باید صورت گیرد. هم چنین توصیه اکیدی وجود دارد که بین این سطوح از لحاظ تکمیل شدن و تکمیل نشدن تمایزی ایجاد گردد، زیرا این گونه مسائل تاثیرات متفاوتی بر پیامدهای سلامت و عدالت در سلامت دارند. در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط بی‌سوادی نیز یک نشانگر مهمی است که باید بر سن و جنس در نظر گرفته شود.

به نظر می‌رسد که تحصیلات یک متغیر اقتصادی اجتماعی سهل الوصول تری است، هر چند که خود این متغیر در تعامل تنگاتنگی با سایر متغیرها از قبیل درآمد، شغل، جنسیت، سن و محل سکونت نیز می‌باشد. درآمد بالاتر خانواده‌ها، تضمین کننده سطوح بالاتر تحصیلات فرزندان‌شان است که این به نوبه خود بر درآمد بزرگسالی این کودکان نیز تاثیر گذار خواهد بود. جنسیت به خودی خود و نیز در تعامل با درآمد می‌تواند بر سطح تحصیلات فرد اثرگذار باشد؛ در سطوح تحصیلی برابر، زنان و مردان درآمد یکسانی دریافت نمی‌کنند. از طرف دیگر سن باید به عنوان عامل مخدوش کننده در نظر گرفته شود: انتظار می‌رود که جمعیت‌های جوان تر سطوح تحصیلاتی بالاتری از جمعیت‌های مسن تر داشته باشند. لذا بالاترین سطح تحصیلاتی به طور ثابتی در حال افزایش خواهد بود. این مسائل خود مبین پویا بودن ذات این متغیر اجتماعی؛ یعنی تحصیلات



است: در حالی که ارزش مطلق این متغیر افزایش می‌یابد، ارزش نسبی آن کاهش یافته و نسل‌های جدید نیازمند تحصیلات بالاتر برای مشاغل مشابه‌اند. (۳)

**شغل:** راه‌های مختلفی برای طبقه‌بندی مردم بر حسب شغل وجود دارد. رویکرد اصلی در بسیاری از کشورهای اروپایی رویکرد «طبقه ساختاری» است. از نظر ساختاری، موقعیت‌های مختلف در بازار کار، افتراقی در بین جمعیت و در نتیجه در درآمد، امتیازات و شیوه‌ها و سبک‌های زندگی شان ایجاد می‌نماید. این افتراق‌ها سبب ایجاد گروه‌هایی در جمعیت شود که تحت عنوان «طبقه‌های شغلی» یا «طبقه‌های اجتماعی» نامیده می‌شوند.

در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، اطلاعات شغلی که از طریق آمار حیاتی یا سرشماری‌ها جمع آوری می‌شوند در زمینه اطلاعات مورد نیاز شغل به عنوان یک متغیر تفکیک کننده عدالت، اطلاعات کافی در اختیار نمی‌گذارند:

**اول این که** سوال در خصوص شغل همیشه پرسیده نمی‌شود و از طرف دیگر داده‌های آن هم خیلی قابل اعتماد نیستند.

**دوم این که** شغل در کشورهای کم درآمد و یا با درآمد متوسط به میزان زیادی وابسته به شرایط کاری است؛ بسته به جایی که فرد در آن کار می‌کند؛ به عنوان مثال یک شغل یکسان در بخش رسمی یا غیر رسمی، ممکن است تاثیرات کاملاً متفاوتی بر روی سطح درآمد و سلامت فرد داشته باشند.

**سوم این که** موارد زیادی از اشتغال به صورت بدون دستمزد و یا با دستمزد بسیار اندک وجود دارد (به عنوان مثال، افراد خانواده که در فعالیت اقتصادی خانواده مشارکت می‌نمایند اما پولی نمی‌گیرند).

**علاوه بر این‌ها،** سطوح بالایی از عدم فعالیت اقتصادی به ویژه در میان جمعیت زنان به چشم می‌خورد. تا زمانی که مطالعاتی در زمینه متغیرهای درآمدی و موقعیتی شغلی انجام نشده‌است استفاده از مفهوم «طبقه‌های شغلی» مفید نخواهد بود. (۳)

**درآمد:** سطح درآمدی فرد از دو دیدگاه قابل استفاده‌است؛ **اول این که** درآمد بر وضعیت اقتصادی اجتماعی دریافت کننده آن دلالت دارد، **دوم این که** درآمد نشان دهنده دسترسی فرد به منابع مادی محدود است.

سطوح درآمدی را از طرق مختلفی از قبیل درآمد به خودی خود، هزینه/مصرف، یا سرمایه/دارایی می‌توان اندازه‌گیری نمود که همه این مفاهیم به صورت پنج‌گانه و دهک‌ها قابل بیان‌اند.

اطلاعات درآمدی با مفاهیم فقر/ تهیدستی نیز در ارتباط است که خود به صورت نسبی و مطلق قابل تعریف می‌باشد. در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط فقر به صورت مطلق؛ یعنی در ارتباط با سطوح ضروری پوشش دهنده نیازهای غذایی و غیر غذایی، اندازه‌گیری می‌شود. از طرف دیگر، خط فقر نسبی، که ۵۰٪ میان درآمد جمعیت است، در کشورهای با درآمد بالا به کرات مورد استفاده قرار می‌گیرد.

گرچه درآمد خانوار به دلیل راحتی در اندازه‌گیری آن و رایج‌تر بودن استفاده از آن، در پیمایش‌های خانوار به عنوان یک نشانگر بیش از هزینه خانوار مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما برخی معتقدند که هزینه‌های سرانه کل خانوار سوگرایی کمتری داشته و کمتر مستعد تغییرات فصلی، به ویژه در نواحی روستایی، است



و لذا هزینه سرانه کل خانوار را نشانگری بهتری در زمینه وضعیت اقتصادی کلی خانوار تلقی می‌نمایند. (۳) شاخص سرمایه (ثروت) که در پیمایش‌های ویژگی‌های جمعیت و سلامت معرفی شده‌است، جایگزین مهمی برای اندازه‌گیری‌های استاندارد (از قبیل درآمد، تحصیلات و شغل) جهت سنجش نابرابری‌های اجتماعی در سلامت در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط محسوب می‌شود. این شاخص با استفاده از داده‌های سهل‌الوصولی در خصوص مالکیت دارایی‌های منتخب اعضاء خانوار، از قبیل سیستم تهویه، تلویزیون، دوچرخه، موتورسیکلت یا ماشین، مواد مورد استفاده در سازه ساختمان، انواع منابع آب آشامیدنی و تسهیلات بهسازی و سایر ویژگی‌های مرتبط با وضعیت سرمایه‌ای خانوار قابل محاسبه است.

مهم این است که مناسب‌ترین مقیاس‌های موقعیت اقتصادی اجتماعی، متناسب با شرایط هر کشور، شناسایی شود. در مطالعات نابرابری‌های اجتماعی در سلامت، به خصوص در کشورهایی که تفاوت‌های زیادی در زمینه فرصت‌های اقتصادی و سرمایه‌ای وجود دارد، هیچ مقیاسی به تنهایی به‌طور عمومی و وسیع قابل کارگیری نیست. سیاست‌گذاران و محققینی که علاقمند به تدوین سیستم‌های پایش به منظور بررسی نابرابری‌های اجتماعی در سلامت هستند نیازمند تفکری دقیق در خصوص تدوین مناسب‌ترین مقیاس‌های موقعیت اقتصادی اجتماعی در کشور و منطقه‌شان هستند.

**جنسیت:** جنسیت به عنوان یک تفکیک کننده عدالت مطرح کننده نیاز به افتراق بین دو جنس در زمان جمع آوری و پردازش داده‌هاست. از آنجا که جنسیت یک مفهوم رابطه‌ای است، تحلیل بر اساس جنسیت چیزی بیش از افتراق صرف داده‌ها بین زنان و مردان و دختران و پسران است و در واقع باید از نشانگرهایی استفاده شود که امکان مقایسه بین دو جنسیت را فراهم می‌آورند. یکی از این ابزارها، شاخص برابری جنسیتی (Gender Parity Index) است که توسط یونسکو ارائه شده است و به این شاخص قابلیت تخمین نسبت ارزش زن به مرد داده شده است. مقدار یک این شاخص مبین برابری بین دو جنس است. مقدار بین صفر و یک این شاخص مبین نابرابری به نفع پسران و مقدار بیشتر از یک آن دال بر نابرابری به نفع دختران است.

**قوم/ نژاد/ قبیله/ مذهب:** گروه‌های قومیتی، نژادی، قبیله‌ای و مذهبی تعیین کننده‌هایی هستند که بی‌عدالتی‌های سلامت را به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط نشان می‌دهند. در نگاه اول به نظر می‌رسد که قومیت را به راحتی می‌توان تعیین نمود. اما در واقع مشکلاتی در زمینه کم معرفی و اختلافات درون و بین گروه‌هایی که نیاز است به طور مناسبی در منابع داده‌ای مورد توجه قرار گیرند وجود دارد. دو رویکرد در زمینه شناسایی قومیت وجود دارد: **هویت و زبان.** در برخی از موارد هویت مشکل کم معرفی، خصوصاً در میان جمعیت جوان را دارد و هم چنین در پیمایش‌های تکراری نیز به طور بالقوه ثابت نبوده است.

زمانی که زبان به عنوان یک نشانگر مورد استفاده قرار می‌گیرد، به همان اندازه تعیین زبان بومی، ارزیابی تک‌زبانی یا دو زبانی بودن جمعیت هم مهم است. این مسئله یک موضوع کلیدی در زمینه تعیین دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت است.

**مکان جغرافیایی سکونت:** در زمینه مکان جغرافیایی سکونت به همان اندازه که افتراق شهر و روستا مهم



است، سایر واحدهای مدیریتی و اداری (ده، شهرداری، استان و منطقه) و نواحی اقلیمی هم مهم هستند. اخیراً برنامه نرم افزاری جغرافیایی، توانایی‌ها را در زمینه انجام تحلیل‌های فضایی تقویت نموده است. این نرم افزار این امکان را ایجاد می‌کند تا محقق تاثیرات پارامترهای آب و هوایی (میزان بارش، خشکی، سیستم‌های کشاورزی، طول مدت فصل رویش، انتقال مالاریا) و پارامترهای جغرافیایی (تراکم جمعیت، مجاورت شهری، مجاورت‌های ساحلی، فاصله تا جاده) را بر تفاوت‌های پیامدهای سلامت، به‌عنوان مثال مرگ و میر کودک، توصیف نماید، که این خود چیزی فراتر از متغیر سنتی شهر و روستا در تحلیل‌ها ارائه می‌نماید.



## وضعیت موجود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات سلامت در ایران

در کشور ما، همانند سایر کشورها، برای جمع‌آوری اطلاعات سلامت از روش‌ها و منابع مختلفی استفاده می‌شود. در این زمینه سازمان‌های مختلفی در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاعات سلامت را تولید و یا جمع‌آوری می‌کنند. روش‌های جمع‌آوری اطلاعات سازمان‌های مسئول و هم‌چنین نوع اطلاعات جمع‌آوری شده در زمینه سلامت در ایران به شرح زیر بوده و خلاصه‌ای از آن در شکل ۴ نشان داده شده است.

### سرشماری:

سرشماری یکی از روش‌های مهم گردآوری اطلاعات در ایران است که در بسیاری از کشورها در فواصل منظم، معمولاً ده سال یک بار انجام می‌شود. در ایران نیز سرشماری نفوس و مسکن هر ده سال یک بار توسط مرکز آمار ایران انجام شده است که آخرین آن مربوط به سال ۱۳۹۰ است که اطلاعات آن بر روی شبکه رایانه‌ای مرکز آمار ایران بارگذاری شده است. چنانچه در سرشماری اقدام به گردآوری اطلاعات مرتبط با سلامت نماییم، به آن سرشماری سلامت یا بهداشتی می‌گوییم. به عنوان نمونه این کار می‌تواند به سرشماری ابتدای سال به‌روزان اشاره نمود که طی آن اطلاعات مرتبط با گروه‌های هدف سلامت و وضعیت بهداشتی آن‌ها گردآوری می‌شود. (۱۱)

### نظام ثبتی:

در نظام ثبتی، اطلاعات وقایع حیاتی (تولد، مرگ، ازدواج و طلاق) بر اساس قوانین و مقررات مربوطه ثبت می‌شود. در ایران سازمان ثبت احوال کشور که در سال ۱۲۹۷ تاسیس شده است وظیفه ثبت وقایع چهارگانه حیاتی (تولد، ازدواج، طلاق و مرگ) را به عهده دارد. ضمناً برای ثبت مرگ و تولد، به خصوص در روستاهای کشور نظام ثبت وقایع حیاتی (زیچ حیاتی و سایر فرم‌های مرتبط) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تکمیل می‌شود. هم‌چنین برای جمع‌آوری داده‌های برخی از بیماری‌ها از روش ثبتی استفاده می‌شود. ثبت بیماری‌ها چیزی بیش از گزارش بیماری‌هاست که برای بسیاری از بیماری‌ها به کار می‌رود. برای ثبت بیماری‌ها لازم است نظام دائم ثبت پایه‌ریزی شود و با استفاده از روش پیگیری بیماران و تهیه جداول آمار بیماری‌ها و میزان فراوانی آنها، اطلاعات مورد نیاز تهیه شود. به این نحوه از گردآوری اطلاعات استفاده از نظام ثبت جاری گفته می‌شود که اصولاً برای بسیاری از حالت‌های سلامت از اعتبار و دقت برخوردار بوده و موجب فراهمی مداوم اطلاعات در کشور می‌گردد. (۱۱)

### مراقبت اپیدمیولوژیک از بیماری‌ها:

یکی دیگر از روش‌های جمع‌آوری داده‌های سلامت، مراقبت‌های اپیدمیولوژیک بیماری است که داده‌های مربوط به ابتلا و مرگ و میر یا عوامل مربوط به انواعی از بیماری تحت مراقبت که از اهمیت خاص برخوردارند (مثل برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری‌های سل و ایدز) جمع‌آوری می‌شوند.

نظام مراقبت بیماری‌های واگیر در شبکه خدمات بهداشتی اولیه (PHC) کشور ادغام یافته است. فهرست



بیماری‌ها با گزارش‌دهی اجباری بر حسب شرایط هر چند سال یکبار بازنگری می‌شوند. آخرین فهرست این بیماری‌ها که حاصل بازنگری سال ۸۳ می‌باشد به شرح ذیل است:

الف. بیماری‌های مشمول گزارش فوری (تلفنی): فلج شل حاد، سرخک، سندروم سرخجه مادرزادی، دیفتری، مننژیت، وبا، طاعون، عوارض متعاقب ایمن سازی، تیفوس، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، کزاز نوزادان، تب زرد، هر نوع حیوان گزیدگی، تب‌های خونریزی‌دهنده ویروسی و هر گونه افزایش بروز در سایر بیماری‌های عفونی.

ب. بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری: سل، جذام، سیاه سرفه، کزاز بالغین، تب تیفوئید، انواع هپاتیت ویروسی، ایدز و عفونت HIV، بیماری‌های آمیزشی، عوارض متعاقب ایمن‌سازی (غیر از موارد فوری)، سالک و کالآزار، بروسلوز، سیاه زخم جلدی، تب راجعه، شیگلوز، لپتوسپیروز، فاسیولازیس، شیستوزومیازیس (۱۲)

گزارشات ماهانه واحدهای بهداشتی درمانی: یکی دیگر از روش‌های جمع‌آوری اطلاعات سلامت در ایران، گزارش‌های دوره‌ای اطلاعات سلامت می‌باشد که واحدهای عرضه خدمات مثل بیمارستان و یا مراکز بهداشتی درمانی تهیه و گزارش می‌کنند (مانند گزارش‌های بیمارستانی). این گزارش‌ها یکی از منابع مهم و مفید نظام اطلاعات سلامت در هر کشور محسوب می‌شوند که از طریق آنها اطلاعات مربوط به بیماری‌ها، پوشش خدمات و یا عوامل خطر از طریق واحدهای عرضه خدمات سلامت تهیه و به سطوح بالاتر گزارش می‌شود. نمونه بارز این گزارشات اطلاعات فرم‌های ماهانه خاندهای بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی هستند.

بررسی‌ها و تحقیقات: از آنجایی که آماری که به روش‌های اشاره شده فوق جمع‌آوری می‌شوند در برخی موارد اطلاعات مورد نیاز سلامت را در بر نمی‌گیرند و یا ممکن است جمع‌آوری این اطلاعات از طریق نظام جاری به صرفه و یا ممکن نباشد. بنابراین، لازم است که با انجام بررسی‌های خانوار و یا تحقیقات کاربردی اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شود. یک دلیل منطقی دیگر برای به کارگیری شیوه‌های مطالعات تحقیقی و مقطعی عدم اعتبار نظام ثبت جاری اطلاعات برای برخی حالت‌های وابسته به سلامت است. نمونه این گونه بررسی‌ها در کشور ما به صورت دوره‌ای انجام شده‌است که برخی از آنها عبارتند از (۱۱)

بررسی سلامت و بیماری در سال‌های ۶۹ و ۷۸

مطالعه سلامت و جمعیت در سال ۷۹

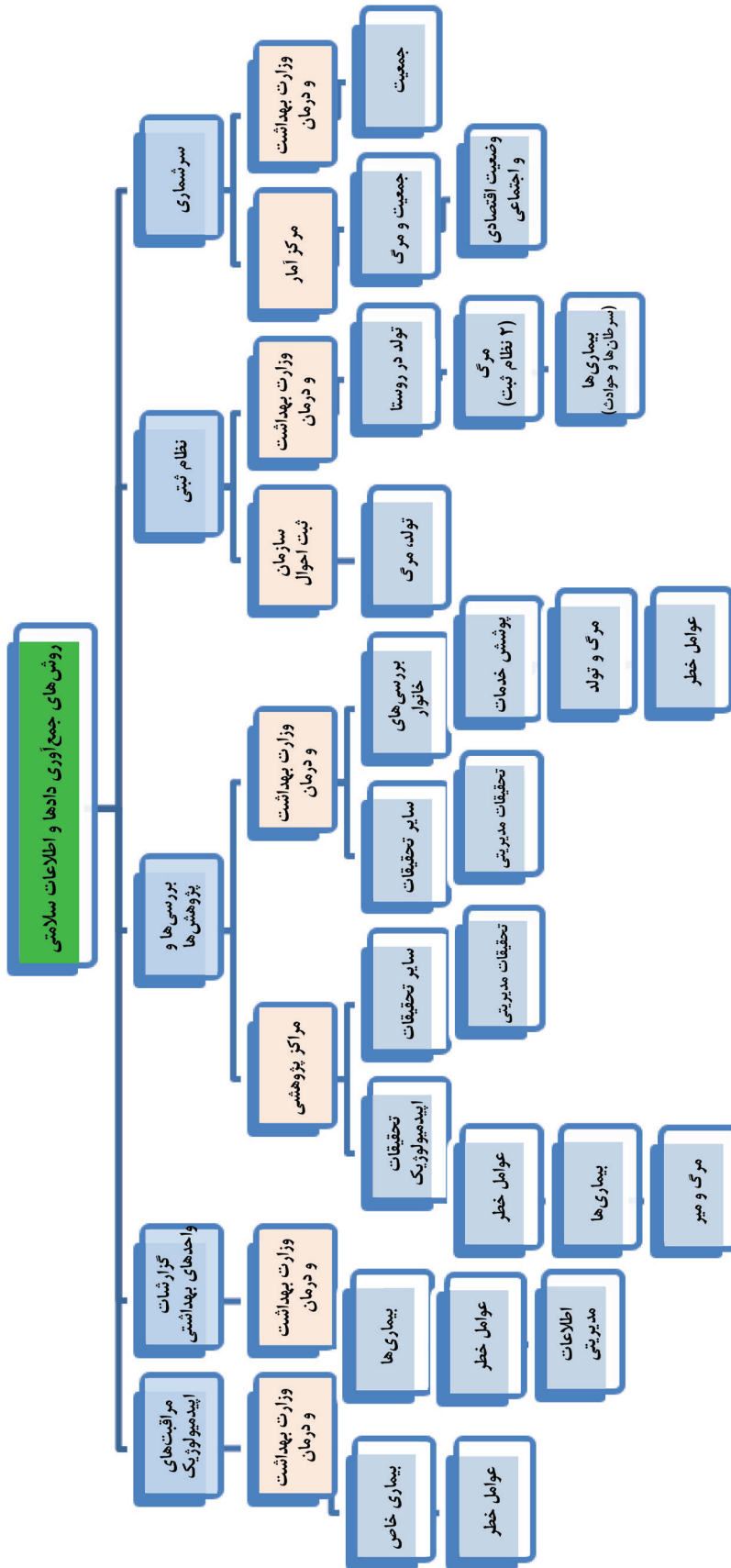
مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران سال ۸۲

بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۸۱ و ۸۷

مطالعه حساب‌های ملی سلامت سال ۸۷



شکل ۴. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات سلامتی در ایران



## مروری بر تجارب جهانی

در دهه ۹۰ تعداد قابل توجهی از کشورها در پروژه‌های مرتبط با برابری در سلامت مشارکت نمودند. اهمیت این مطالعات به جهت شناسایی نابرابری‌ها در سلامت، و در نتیجه راهی برای پایش و ارزیابی این نابرابری‌ها بوده‌است. (۱۳)

خلاصه برخی از این مطالعات که مرتبط با سیستم‌های پایش و ارزشیابی بوده‌اند در زیر آمده‌است:  
\* در شیلی، سیستم مستمر پایش عدالت در مراقبت‌های سلامت در سطح مناطق و شهرداری‌ها از طریق جمع‌آوری داده‌های جمعیتی، آمار حیاتی، اقتصادی اجتماعی، تحصیلی، ناخوشی و مرگ و میر از منابع مختلف استقرار یافته است.

\* در برزیل نابرابری‌های سلامت در سطوح منطقه‌ای و ایالتی پایش می‌شوند. این سیستم مبتنی بر اطلاعاتی از منابع مختلف است و بر روی نشانگرهای منابع انسانی، ظرفیت‌های سیستم سلامت، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت، تامین منابع مالی، کیفیت خدمات پزشکی، وضعیت سلامت و شرایط زندگی متمرکز شده است.

\* در کوبا، مارکز و پارودو در سال ۲۰۰۵ در مقاله‌ای با عنوان «نظام پایش برابری سلامت در کوبا» از تعداد ۱۶۹ شهرداری کشور به جمع‌آوری اطلاعات پرداختند. در این راستا ۶۲ نفر متخصص از ۱۷ نهاد و سازمان به اضافه ۷ بخش از وزارت بهداشت مشارکت داشتند. نتیجه کار آنها منجر به معرفی ۲۷ شاخص مرتبط با وضعیت سلامت جمعیت و ۵۲ شاخص مرتبط با تعیین‌کننده‌های سلامت گردید. این شاخص‌ها از حیثه‌هایی از قبیل منابع سلامت، خدمات سلامت، سیاست‌های اجتماعی، منابع اقتصادی، نیروی کار، منابع آموزشی، دسترسی به انرژی، شرایط مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی، دسترسی به تسهیلات بهسازی شده محیطی، فعالیت‌های ورزشی، حمل و نقل، ارتباطات، منابع فرهنگی، مهاجرت، ازدواج-طلاق، شهرنشینی، تغذیه، محیط زیست، تولد و جمعیت انتخاب شده بودند. (۱۰)

\* اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۱ بیش از ۴۰۰ شاخص را در این زمینه در لیست اولیه شناسایی کرد. اما در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵ تعداد شاخص‌های این لیست به ۹۰ شاخص تقلیل یافت. این شاخص‌ها در ۴ گروه وضعیت سلامت جمعیت، پیامدهای سلامت، عوامل عمومی تعیین‌کننده سلامت و نظام سلامت طبقه بندی گردید. این شاخص‌ها قابلیت سنجش نابرابری سلامت در بین کشورها را نیز داراست. در پایان این گزارش پیشنهاد شده است که محاسبه این شاخص‌ها نیازمند تفکیک بر حسب گروه‌های سنی و جنسی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و مناطق جغرافیایی است. (۱۴)

## ابزار سنجش عدالت و پاسخ‌گویی شهری (Urban HEART):

اخیراً در زمینه ارزیابی شکاف‌ها در وضعیت سلامت جمعیت شهری و تعیین‌کننده‌های آن، ابزاری به نام ابزار پاسخ‌گویی و سنجش عدالت در سلامت شهری "Urban HEART" توسط مرکز توسعه سلامت



سازمان جهانی بهداشت در کوبه ژاپن تدوین و به کار گرفته شده است که می‌تواند نمونه حاضری در زمینه تلاش‌ها در راستای کاهش نابرابری‌ها در نواحی شهری محسوب گردد. این ابزار با هدف نهایی کمک به وزارت‌خانه‌های بهداشت در زمینه تولید نظام‌مند شواهد به منظور ارزیابی و پاسخ به شرایط نامنصفانه سلامت و بی‌عدالتی در شهرنشینی طراحی شده است. علاوه بر این، از طریق این ابزار بر اهمیت مداخلات در راستای تقابل با شرایط نامنصفانه و بی‌عدالتی در سلامت تاکید محکمی می‌شود و زمینه را برای تبادل تجارب بین مناطق و کشورها فراهم می‌نماید. این ابزار در کشورهای منتخب آزمون شده است و درس‌هایی برای اصلاح آن به منظور پایلوت کردن آن در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط در سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ فراهم آمده است. (۱۵)

### ابزار سنجش عدالت و پاسخ‌گویی شهری از طریق جمع‌آوری شواهد خوب سبب

- کمک به جوامع در زمینه شناسایی شکاف‌ها، اولویت‌ها و مداخلات مورد نیاز برای غلبه بر شکاف‌های موجود و ارتقا عدالت در سلامت؛

- کمک به سیاست‌گذاران و ذی‌نفعان کلیدی برای دستیابی به درک بهتر عوامل و مخاطرات اجتماعی تاثیر گذار و پیامدهای سلامت که خصوصاً گریبان‌گیر افراد فقیر شهری و گروه‌های آسیب‌پذیر است؛

- برانگیزاندن سیاست‌گذاران، برنامه‌نویسان و ذی‌نفعان کلیدی به اتخاذ تصمیمات استراتژیک مبتنی بر همکاری‌های بین‌بخشی، که جوابگوی نیاز گروه‌ها و افراد آسیب‌پذیر در شهرها خواهند بود؛

- کمک به برنامه‌نویسان و کارکنان در توسعه همکاری‌های بین‌بخشی و استراتژی‌های ارتباطی به ویژه آنهایی که با تعیین‌کننده‌های مختلف سلامت؛ خصوصاً آنهایی که سلامت فقرا و گروه‌های آسیب‌پذیر شهری را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند، سر و کار دارند می‌شود.

این ابزار از دو جزء سنجش و پاسخ‌گویی تشکیل شده است. سیاست‌گذاران با استفاده از جزء سنجش می‌توانند حیطه‌های اولویت‌دار مداخلاتی را شناسایی نمایند و از طریق جزء پاسخ‌گویی می‌توانند استراتژی‌هایی برای این حیطه‌ها بسته به نیازهای شهری تعیین نمایند.

جزء سنجش این ابزار برای شناسایی تفاوت‌ها در عملکرد شهرها با استفاده از شاخص‌های پیامدی سلامت و تعیین‌کننده‌های عمده سلامت بر اساس ۴ حیطه سیاستی طراحی شده است. جزء سنجش عدالت در سلامت نمایشگر و ماتریکسی دارد که سیاست‌گذار و تصمیم‌گیر را قادر می‌سازد تا وضعیت نشانگرهای سلامت را به نحوی ترسیم نماید که امکان مقایسه سریعی بین شهر و کشور (و نهایتاً با استانداردهای جهانی و بین‌المللی)، از نظر حد تفاوت بین نواحی محروم شهرها با بقیه شهر و متوسط کشوری فراهم آید. این فرآیند خود مبین ارزش استفاده از این شواهد در تصمیم‌سازی‌ها است.

این ابزار دارای نشانگرهایی است، برای هر یک از نشانگرها یک بعد عدالت اضافه شده است که امکان اندازه‌گیری محدوده تفاوت‌ها در بین گروه‌های مختلف جمعیتی و نواحی مختلف جغرافیایی را می‌دهد. بسته به نشانگر، داده‌ها به تفکیک گروه‌های جمعیتی (مرد در مقابل زن، یا بر اساس گروه‌های سنی)، ناحیه جغرافیایی (برای مثال، تفاوت بین میزان مرگ و میر مادران بین جوامع فقیر و جوامع مرفه) یا در



برخی موارد بر اساس تحصیلات محاسبه می‌شوند. همانطور که در بالا گفته شد این نشانگرها به دو دسته نشانگرهای پیامدی سلامت و تعیین کننده‌های سلامت به شرح زیر تقسیم شده‌اند:

### ۱. شاخص‌های پیامدی سلامت

دسته شاخص‌های زیر به طور کلی به عنوان شاخص‌های پیامدی اصلی از میان شاخص‌های عملکردی سیستم سلامت و سایر بخش‌های مرتبط با تعیین کننده‌های سلامت در نظر گرفته شده‌اند. این دسته شاخص‌ها شامل امید زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر شیرخواران، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، میزان مرگ و میر مادران، علل اختصاصی میزان‌های ناخوشی و مرگ و میر (مثلاً ایدز، سل، دیابت) بر حسب ابعاد عدالتی از قبیل ناحیه، جنس، سواد.

### ۲. نشانگرهای تعیین کننده‌های سلامت:

تعیین کننده‌های سلامت بر اساس چهار حیطه زیر طبقه بندی شده‌اند.

محیط فیزیکی و زیرساخت

توسعه انسانی و اجتماعی

اقتصاد

حکمرانی

حیطه ۱ شامل نشانگرهای مرتبط با تعیین کننده‌های مخاطرات فیزیکی و محیطی و تهدیدات مرتبط با شرایط زندگی در سطح خانوار از قبیل دسترسی به آب آشامیدنی و خدمات بهسازی شده محیطی و مواجهه با آلودگی هوای داخل منزل و نیز شرایط محیطی محله و جامعه و محیط کار از قبیل مواجهه با حوادث جاده‌ای و مخاطرات شغلی است.

### شاخص‌های این حیطه شامل:

درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند- درصد خانوارهایی که به توالت‌های بهسازی شده دسترسی دارند- میزان وقوع آسیب‌های ناشی از حوادث جاده‌ای- درصدی از خانوارها که سیستم مدیریت پسماندهای جامد آن‌ها توسط شهرداری صورت می‌گیرد- درصد خانوارهایی که از سوخت جامد استفاده می‌کنند- میزان وقوع آسیب‌ها، بیماری‌ها و حوادث کشنده ناشی از کار بر حسب ابعاد عدالتی از قبیل ناحیه، جنس می‌باشد.

حیطه ۲ شامل نشانگرهایی است که مرتبط با تعیین کننده‌ها و در تعامل با انزوا / به حساب آورده شدن اجتماعی و سایر موانع بر سر راه توسعه اجتماعی می‌باشد. این‌ها شامل موانع دسترسی به تحصیلات، خدمات سلامت، تغذیه و امنیت غذایی و سایر خدمات اجتماعی و نیز موانع بر سر رفتارهای بهتر جستجوگرانه سلامت و شیوه زندگی شخصی بهبود یافته و رویه‌های سلامت مرتبط با سواد پایین سلامت می‌باشند.

این نشانگرها عبارتند:



از نرخ باسوادی- درصد زایمان‌هایی که توسط افراد دوره دیده سلامت صورت گرفته است- درصد شیرخوارانی که به طور کامل واکسینه شده‌اند- درصد کودکان زیر پنج سال با کم وزنی متوسط تا شدید- درصد کودکان زیر شش ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند- درصد کودکانی که به مدت ۲۴ ماه با شیر مادر تغذیه شده‌اند- شیوع حاملگی‌های نوجوانی- شیوع مصرف تنباکو- شیوع خشونت خانگی (علیه زنان- کودکان) بر اساس ابعاد عدالتی ناحیه، جنس و تحصیلات.

**حیطه ۳ شامل** نشانگرهای مرتبط با تعیین کننده‌ها و در تعامل با موانع اقتصادی از قبیل فقدان دسترسی به اعتبار و سرمایه، فرصت‌های شغلی نامناسب، ظرفیت اندک برای تولید درآمد، و سایر موانعی که سبب سوق دادن به سمت فقر می‌شوند، است که عبارتند از: نرخ اشتغال- درصد زنانی که درآمد دارند- درصد زنانی که بر روی درآمدشان کنترل دارند- درآمد سرانه- درصد دسترسی خانوارها به اعتبار، درآمد و فعالیت‌های درآمدزا- درصد دسترسی خانوارها به سرپناه امن- درصد خانوارهایی که خانه محل سکونت فعلی شان اجاره‌ای است- موانع اختصاصی کشوری بر سر راه مالکیت منزل توسط زنان و اقلیت‌ها بر حسب بعد عدالتی ناحیه و جنس.

**حیطه ۴ شامل** نشانگرهایی مرتبط با تعیین کننده‌ها و در تعامل با حکمرانی، حقوق و انزوای اجتماعی از قبیل مسائل مرتبط با وضعیت رسمی فقرا شهری، حقوق مالکیت و دارایی، فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری و اولویت‌ها در تخصیص منابع به منظور اصلاح سلامت و تعیین کننده‌های آن است. این نشانگرها عبارتند از تعداد پروژه‌های توسعه‌ای طرح ریزی شده و اجرا شده با بودجه مشارکتی جامعه- درصد هزینه‌های اختصاص داده شده دولت به امر سلامت، زیر ساخت و سایر خدمات رفاه اجتماعی- میزان مشارکت در رأی دهی در انتخابات ملی و محلی کشوری- مکانیسم‌های رسمی و غیر رسمی تصمیم‌گیری مشارکتی در تمام سطوح - درصد جمعیتی که به مدرسه ابتدایی و خدمات اولیه سلامت دسترسی دارند.

#### انتظار می‌رود این ابزار بتواند سبب عوامل زیر گردد:

\* بهبود وضعیت اجتماعی و سلامتی مردمانی که در نواحی محروم و فقیر و یا نواحی حاشیه شهر زندگی می‌کنند.

\* بسیج جامعه به منظور ارتقاء عدالت در سلامت.

\* تاکید بر اهمیت تاثیر عوامل اجتماعی بر وضعیت سلامت جهت بهبود وضعیت عدالت در سلامت.

\* ارتقاء همکاری بین بخشی برای عدالت در سلامت.

\* تأمین داده‌های قابل مقایسه و تحلیل ارزشمند در زمینه عدالت در سلامت.

\* اولویت‌بندی استراتژی‌ها/ مداخلات و اقداماتی که باید برنامه‌ریزی و اجرا شود.

این ابزار قابلیت انطباق با شرایط کشورها را داشته و لذا با بهره‌گیری از این ابزار در کشورها می‌توان شواهدی را برای ترغیب تصمیم‌سازی‌های مرتبط با عدالت در سلامت، فرصت‌هایی برای ایجاد احساس مالکیت در جامعه و همکاری بین بخشی، هدایت فرآیندی برای شناسایی شکاف‌ها، اولویت بندی و انتخاب اقدامات برای مداخلات در عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت در راستای ارتقاء عدالت در سلامت، ایجاد شواهد برای یادگیری شهر به شهر نیز فراهم آورد.



\* تجربه پروژه سنجش عدالت در شهر تهران - جمهوری اسلامی ایران:

بعد از طراحی این ابزار توسط مرکز کوبه، شهرداری تهران آمادگی خود را در زمینه بررسی و اقدام در خصوص سنجش عدالت در شهر تهران به صورت آزمایشی در اوایل اسفند ۸۶ به دفتر مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود. پس از کسب موافقت، کمیته مطالعات راهبردی سلامت شهر تهران به ریاست معاون هماهنگی و برنامه ریزی شهرداری تهران تشکیل گردید و از صاحب نظران در این کمیته دعوت به عمل آمد. این کمیته کار گروه‌هایی را از افراد متخصص شکل داد تا طی شش ماه شاخص‌های بومی را تدوین نمایند. نتایج کار این گروه کاری پیشنهاد ۶ حیطة به جای ۴ حیطة پیشنهادی این ابزار و نیز افزایش ۳۲ نشانگر این ابزار به ۶۵ نشانگر بود که این نتایج در کارگاه بین‌المللی نیز که در اردیبهشت سال ۸۷ با حضور نمایندگان ارشد کشورهای ژاپن، هند، زامبیا، فلیپین، برزیل و جمهوری اسلامی ایران با میزبانی شهرداری تهران برگزار گردید مورد تایید قرار گرفت. **شش حیطة و نشانگرهای آن عبارتند از:** زیر ساخت و محیط فیزیکی با نشانگرهای آب سالم، سوانج و حوادث (با ۵ نشانگر)، آلودگی هوا، آلودگی صوتی، دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی، مدیریت پسماندهای جامد، استفاده از مراکز سلامت؛ توسعه انسانی و اجتماعی با نشانگرهای تحصیلات (از قبیل نرخ خام تحصیلات، نرخ جنسیتی تحصیلات، میزان تکمیل دوره دبستان با ۵ نشانگر)، خشونت (درون منزل و خیابانی)، مصرف دخانیات/اعتیاد، سلامت روان، سرمایه اجتماعی؛

توسعه اقتصادی با نشانگرهای اشتغال، سکونت در منازل معمولی، سکونت بر حسب فرد به اتاق، شاخص مشارکت عادلانه مالی، هزینه‌های خانوار، فقر مطلق و نسبی، شاخص رفاه اجتماعی، شاخص توسعه انسانی؛ حکمرانی با نشانگرهای گزارش‌های سالیانه، شفافیت قراردادها، رضایت مندی، پاسخ‌گویی، مشارکت جامعه، مشروعیت، فعالیت‌های استاندارد؛

سلامت با نشانگرهای زایمان ایمن، واکسیناسیون، بارداری نوجوانی، تغذیه با شیر مادر، مرگ و میر شیرخواران، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، مرگ و میر مادران، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، معلولیت؛ تغذیه با نشانگرهای فقر انرژی، لاغری مفرط، کوتاه‌قدی، وزن کم هنگام تولد، شاخص توده بدنی (چاقی)، سبد عملکردی تغذیه، هزینه‌های غذایی و هزینه‌های غلات.

پس از آن در اردیبهشت و خرداد ۸۷ کمیته هماهنگی - سازمان دهی تشکیل شد و از هم‌اندیشی بیش از ۶۰ استاد دانشگاه از دانشگاه‌های مختلف و رشته‌های گوناگون استفاده گردید تا پرسشنامه نهایی تلفیق گردید. متعاقب آن در تیر ماه ۸۷ ستاد پیمایش تشکیل و پس از پایلوت و اصلاح پرسشنامه‌ها، ارزیابی سریع نابرابری‌ها در تهران صورت گرفت. در این پیمایش جمعاً ۲۲۵۰۰ خانوار در ۲۲ منطقه تهران مورد بررسی قرار گرفتند.

این مطالعه نشان داد که علیرغم وضعیت مطلوب اکثر شاخص‌ها در کلیه مناطق تهران نسبت به میانگین کشوری، مع‌الوصف در میان مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران تفاوت‌های معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عنوان مثال، وضعیت عدالت اجتماعی در شهر تهران نشان داد هنوز در صدی از خانوارهای تهرانی در مناطق نابرخوردار (۱۹-۱۵) از برخی از تسهیلات زندگی مانند آب لوله‌کشی، آشپزخانه، حمام و توالت



به صورت مشترک استفاده می‌کنند. در مناطق نابرخوردار، ۲۳٪ خانوارها مالک خودرو شخصی می‌باشند در حالی که این رقم در مناطق برخوردار به ۶۸٪ بالغ می‌گردد. در مناطق غیر برخوردار بیش از ۲ نفر و در مناطق برخوردار (مناطق ۱، ۳ و ۶) کمتر از ۱،۲ نفر در یک اتاق زندگی می‌کنند. سرانه متراژ زیر بنا به طور میانگین ۳۰ متر و به شدت نابرابر (از ۲۱ متر مربع در منطقه ۱۹-۱۵ تا ۴۹ متر مربع در منطقه ۳) است و در مناطق نابرخوردار امکان سکونت خانوارها در واحدهای مسکونی غیر معمولی، ۴-۲ برابر بیشتر از میانگین تهران است.

در زمینه سواد و تحصیلات کمترین میزان بیسوادی در مناطق مرفه و مناطق غیر برخوردار بیشترین تعداد بیسوادی را دارند و میزان سواد بیشتر افراد ساکن در مناطق نابرخوردار نیز در سطح حداقل سواد (اتمام ابتدایی و پایین‌تر) است. کمترین میزان بیسوادی در گروه سنی ۱۴-۷ سال (سن شروع تحصیل) و بیشترین فراوانی بیسوادی در گروه سنی بالاتر از ۶۰ سال است. بیسوادی در زنان دو برابر مردان و تحصیلات دانشگاهی به طور معناداری در مناطق نابرخوردار کمتر است.

در خصوص دخانیات و سلامت روان نتایج حاصل از این مطالعه در شهر تهران نشان داد که مصرف دخانیات در زنان بالای ۱۳ سال در مناطق شمالی بیش از مناطق جنوبی است. به طوری که در برخی مناطق مثل ۶ و ۷ بیش از ۴ برابر مناطق ۱۴ و ۱۷ است و جالب توجه آن که شمار کودکان در معرض دود سیگار در مناطق نابرخوردار بیش از ۲ برابر مناطق برخوردار است. حتی کودکان در مناطق نابرخوردار، کمتر بر علیه بیماری‌های عفونی شایع واکنش می‌شوند. ۳۶٪ افراد مورد مطالعه از ابتلا به اختلالات روانی رنج می‌برند که در زنان ۴۰،۵٪ و در مردان ۳۰٪ (۱،۳ برابر) و در مناطق نابرخوردار به میزان بیشتری مشاهده می‌شود. در زمینه حوادث و خشونت بیشترین حادثه در کل مربوط به مناطق ۴ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۸ و ۱۹ و ۵ بوده است و کمترین حوادث در مناطق ۳ و ۲ و ۲۲ و ۶ و ۷ و ۱ ثبت شده است. حوادث به ترتیب در خیابان و بزرگراه و سپس در منازل، محل‌های عمومی و محیط‌های کار اتفاق افتاده است. مناطق ۱۹، ۱۴، ۱۲، ۵ و ۲۰ به ترتیب با ۱۱،۸۳ تا ۹،۴۸ درصد دارای بیشترین میزان خشونت خانگی در بین خانوارهای مورد بررسی در این پیمایش بوده‌اند.

در بررسی وضعیت تغذیه که به صورت همزمان بر روی ۲۳۰۰ خانوار (۱۰۰ خانوار از هر منطقه) انجام شد ۳۵،۸ درصد زنان بالای ۱۸ سال مبتلا به اضافه وزن و ۲۵،۸ درصد چاق و به طور متوسط ۶۱،۶ درصد زنان در شهر تهران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی می‌باشند. وضعیت دریافت گروه‌های غذایی به تفکیک مناطق شهری هم چنین بیانگر مصرف کمتر گروه نان و غلات، روغن‌ها و چربی‌ها و مواد قندی در مناطق مرفه و دریافت بیشتر از میانگین گوشت، لبنیات و میوه و سبزی در مناطق برخوردار است. وضعیت امنیت غذایی در خانوارهای مورد بررسی نیز حاکی از آن است که ۱۵،۱٪ خانوارها انرژی کمتر از ۷۰٪ دریافت می‌کنند و ۲۱،۵٪ خانوارها بیشتر از ۱۱۰٪ انرژی مورد نیاز را مصرف می‌کنند. به نظر می‌رسد که در مناطق با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر مصرف بیش از نیاز انرژی بیشتر از مناطق با وضعیت اقتصادی اجتماعی بالاتر باشد.



از نظر وضعیت اقتصادی خانوارها در حالی که هزینه سلامت خانوارها در مناطق برخوردار حدود دو برابر مناطق نابرخودار است ولی هزینه آموزش و هزینه‌های فرهنگی حدوداً ۶ برابر و هزینه تفریحات ۸ برابر اختلاف دارد. در بین مناطق ۲۲ گانه تهران، کمترین هزینه خوراک برای خانوار در منطقه ۱۵ و بیشترین هزینه به منطقه ۳ اختصاص دارد. مناطق شمالی تهران یعنی ۱ و ۲ و هم چنین مناطق مرکزی ۷ و ۱۱ از بهترین وضعیت و مناطق جنوبی ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۱۲ و مرکزی ۹ تهران از بدترین وضعیت برخوردار می‌باشند. به طور کلی اجرای این طرح نشان داد که در مورد وضعیت موجود بسیاری از شاخص‌ها شناخت کافی، مستند و مبتنی بر شواهد به تفکیک مناطق وجود نداشته و دسترسی به این اطلاعات منحصر به فرد امکان تلاش در جهت کاهش نابرابری شاخص‌ها میان مناطق و توانمندسازی مدیریت شهری را فراهم نموده است.

نتایج حاصل از بخش سنجش این طرح که تاکنون انجام شده، در صورتی که همراه با مداخلات مبتنی بر ابتکارات اجتماع محور طبق الگوی طرح باشد، نقطه عطفی در تصمیم‌گیری‌های کلان مدیریت شهری با استراتژی پایه‌ای محله محور مبتنی بر شواهد خواهد بود. نظر به نابرابری‌های موجود بین مناطق و محلات، سنجش مستمر نابرابری‌ها در طی زمان و نیز برنامه ریزی و مدیریت مداخلات اجتماع محور برای کاهش نابرابری‌ها ضرورت دارد و لازمه آن راه‌اندازی ساختار مناسب و کارآمد برای این منظور است. نهادهای بین المللی بارها علاقه و حمایت خود را از انجام این طرح در تهران نشان داده‌اند، به نحوی که گزارش اخیر اقدامات شهرداری تهران در اجلاس‌های جهانی برزیل و نایروبی از سوی کشورهای مختلف مورد توجه قرار گرفت.

در زمینه جز پاسخ گویی نیز اقداماتی در شهرداری تهران صورت گرفت که عبارتند از:  
**سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد:** تصویب سنجش سالانه عدالت در شهر تهران در برنامه ۵ ساله توسعه تهران.

**اقدامات مناطق برای کاهش نابرابری‌ها:** شامل تخصیص بودجه متمرکز و بودجه مناطق، طرح‌های موضعی و موضوعی.



## همکاری بین بخشی برای کاهش نابرابری‌ها

انتخاب محله‌های نمونه برای انجام مداخلات اجتماع محور (۱۶)

این ابزار از طریق تولید نظام مند شواهد در راستای ارزیابی و پاسخ به شرایط نامنصفانه سلامت و بی‌عدالتی‌های سلامت در تمام مناطق کشور می‌تواند کمک بزرگی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای ارتقاء عدالت در سلامت نماید. هم‌چنین، این تجربه بستر مناسبی را برای تعیین شاخص‌های عدالت در سلامت در کشور فراهم می‌آورد.

### هدف مطالعه

هدف اصلی این مطالعه تهیه فهرست شاخص‌های عدالت در سلامت کشور است. استفاده از این شاخص‌ها در قالب سیستم پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت این امکان را فراهم می‌آورد تا تفاوت‌های سلامت شناسایی شوند، اقدامات مرتبط شکل گیرند و مجدداً از طریق پایش و ارزشیابی میزان پیشرفت‌ها در عرصه نابرابری‌های سلامت مشخص شوند. از طریق محاسبه این شاخص‌ها در سطوح مختلف ملی، استانی و در برخی از موارد در سطوح شهرستانی تفاوت‌های سلامت نشأت گرفته از عوامل اجتماعی شناسایی شده و شواهد لازم برای اولویت بندی و طراحی مداخلات مرتبط فراهم می‌گردد و این خود گامی در جهت دستیابی به هدف غایی نظام سلامت؛ یعنی «عدالت در سلامت» است. لازم به ذکر است که در حال حاضر تمام شاخص‌های این مجموعه به نوعی در کشور محاسبه و گزارش می‌شود اما آنچه که این مجموعه را از مجموعه شاخص‌های کشوری متمایز می‌نماید، جامعیت این شاخص‌ها از حیث در برگیری عوامل متعدد اجتماعی تاثیر گذار و نیز تعیین تفکیک کننده‌های بی‌عدالتی آن‌ها است. بدین معنا که در طی این مطالعه سعی شده است تا شاخص‌هایی که متاثر از مجموعه‌ای از عوامل تاثیر گذار اجتماعی اند انتخاب شوند و از آن‌جا که زمانی که این شاخص‌ها به صورت میانگین بیان می‌شوند، تفاوت‌های توزیع آن‌ها دیده نمی‌شود، تفکیک آن‌ها بر حسب مواردی از قبیل تحصیلات، درآمد، جغرافیای محل سکونت ... که خود به عنوان تفکیک کننده‌های بی‌عدالتی محسوب می‌شوند مد نظر قرار گرفته تا این تفاوت‌ها به خوبی خود را نمایان سازند.

البته باید اذعان نمود تهیه این مجموعه تنها یک گام در راستای تدوین سیستم پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت محسوب می‌شود و تعیین منابع جمع آوری اطلاعات مرتبط با تفکیک کننده‌های بی‌عدالتی این شاخص‌ها، نحوه ایجاد ارتباط بین این داده‌ها و داده‌های مورد نیاز شاخص‌های این مجموعه، طراحی و استقرار فرآیند جامع آن، خود نیازمند انجام کارهای مطالعاتی، حمایت سطوح بالاتر و هماهنگی‌های بین بخشی دقیق و مستمری است.

### روش کار

در این مطالعه، متون موجود در حیطه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نابرابری و بی‌عدالتی‌های سلامت و نیز پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت بررسی شدند. از آنجا که در این مطالعه از مستندات کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت، خصوصاً شبکه دانش اندازه‌گیری و شواهد، که خود به منظور جمع آوری و نظم دهی به شواهد موجود در این زمینه شکل گرفته، و هم‌چنین از اسناد مربوط به مرکز کوبه، مرکز توسعه سلامت سازمان جهانی بهداشت، در زمینه ابزار سنجش عدالت شهری و پاسخ‌گویی و مستندات اجلاسی مرتبط در کشور



عمان، استفاده شده است، می‌توان گفت که بررسی متون در این مطالعه جامع و کامل است. از سویی دیگر در این مطالعه از کلیه مستندات، تجارب و دانش مرتبط در کشور از قبیل نتایج و تجارب شهرداری تهران در خصوص پروژه سنجش عدالت در سلامت و نیز نتایج حاصل از کارگاه مشورتی کشوری شاخص‌های عدالت در سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مستند شاخص‌های ملی سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران و نظرات کلیه دانشمندان و متخصصان مرتبط استفاده گردیده است.

متون اصلی که در این مطالعه مورد بررسی عمیق قرار گرفتند عبارتند از:

۱- متون منتشر شده توسط کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت از جمله شبکه دانش اندازه‌گیری و شواهد

۲- مستند Urban-HEART مرکز کوبه

۳- مستند تجربیات حاصل از اجرای پروژه Urban-HEART در شهر تهران

۴- مستندات موجود در خصوص نظام اطلاعات سلامت در ایران

۵- مستندات پانل‌ها، کارگاه‌ها و جلسات خبرگان وزارت بهداشت، وزارت‌خانه‌ها، سازمان‌های مرتبط و دانشگاه‌های علوم پزشکی و شهرداری تهران برای تدوین ابزار اندازه‌گیری عدالت در سلامت.

پس از بررسی متون و مستندات فوق الذکر، ملاک‌های انتخاب شاخص به شرح زیر اتخاذ گردید:

۱. دارا بودن تعریف استاندارد.

۲. مشخص بودن نحوه محاسبه.

۳. داشتن کاربرد و امکان مقایسه در سطح ملی و یا بین‌المللی.

۴. مشخص بودن دوره زمانی تولید.

۵. قابلیت حصول و تولید از منابع اطلاعات روتین و پایش برنامه‌ها؛ تا حد امکان.

۶. مشخص بودن سازمان‌های داخلی و بین‌المللی درخواست کننده.

۷. قابلیت اطمینان.

۸. مناسب بودن.

۹. معتبر بودن.

۱۰. حساس بودن به تغییرات اجتماعی و قدرت شاخص در اندازه‌گیری نابرابری‌هایی که طیف وسیعی از موضوعات را پوشش می‌دهند. (۱۱، ۱۷)

همچنین ملاحظات فنی در این مطالعه به شرح زیر مد نظر قرار گرفت:

- پوشش دادن اهداف و برنامه‌های کلان کشوری مرتبط با موضوعات اولویت دار نظام سلامت کشور از طریق این بسته.

- قابلیت محاسبه این شاخص‌ها بر حسب تفکیک کننده‌های بی‌عدالتی از قبیل محل جغرافیایی (شهر، روستا، شهرستان و استان)، وضعیت اقتصادی اجتماعی و مشخصات فردی سن و جنس.

سپس با بررسی شاخص‌های در نظر گرفته شده در مدل‌های سایر کشورها، مدل کوبه ژاپن و سایر متون و



مستداتی که در بالا بدان اشاره شد و مد نظر قرار دادن ملاک‌های انتخاب شاخص و ملاحظات فنی و نیز با توجه به وضعیت کشوری فهرست جامعی از شاخص‌ها تهیه گردید.

بر این اساس فهرستی جامع از شاخص‌ها و تفکیک کننده‌های عدالت آن در ۵ حیطه سلامت، محیط فیزیکی و زیر ساخت، توسعه انسانی و اجتماعی، توسعه اقتصادی و حکمرانی تهیه گردید و با توجه به این فهرست وزارت خانه‌ها، سازمان‌ها، نهادها، دانشمندان، صاحب نظران و کارشناسانی که در جریان گزارشات و مطالعات آماده شده در حوزه خود بوده‌اند شناسایی و برای جلب همکاری شان از آنها دعوت به عمل آمد. معیار انتخاب افراد در جلسات، میزان ارتباط حوزه کاری، دانش، تخصص و تجارب آنان در زمینه حیطه‌های شاخص‌ها بود.

### حوزه‌های شرکت کنندگان در جلسات به شرح زیر می‌باشد:

\* متخصصان، صاحب نظران، دست اندرکاران و کارشناسان وزارت خانه‌ها و سازمان‌های مرتبط با هر حیطه.  
\* متخصصان، صاحب نظران، دست اندرکاران و کارشناسان معاونت‌ها، ادارات و دفاتر مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

\* دانشمندان و متخصصان ملی از رشته‌های مختلف.

\* متخصصان، صاحب نظران، دست اندرکاران و کارشناسان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور.

\* اعضای هیئت علمی از دانشگاه‌های مختلف.

\* متخصصان، صاحب نظران، دست اندرکاران و کارشناسان شهرداری تهران.

\* کارشناس موضوع در دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت.

هر جلسه به یک حیطه و شاخص‌های آن اختصاص می‌یافت و لذا از دانشمندان، تصمیم گیرندگان، دست اندرکاران و کارشناسان مرتبط آن دعوت به عمل می‌آمد. از این طریق با ایجاد گروه‌های همگن در جلسات، فضای راحتی برای بحث‌ها ایجاد می‌شد. در صورتی که تصمیم‌گیری نهایی در خصوص آن حیطه در یک جلسه به‌تمام نمی‌رسید جلسات اضافه‌تری برای آن حیطه در نظر گرفته می‌شد و یا حتی از صاحب نظران دست اندرکاران بیشتری در جلسات دیگری دعوت به عمل می‌آمد.

جلسات از طریق انجام بارش افکار (Brain Storming)، که در واقع ایجاد طوفان فکری جهت پیدا کردن راه حل به‌صورت گروهی و ارائه ایده‌های تمام اعضاء در یک جلسه است، اداره می‌شد. دلیل انتخاب این روش این بود که نظرها و ایده‌های متعدد و گوناگون گروهی از افراد مختلف در مورد حیطه‌ها و شاخص‌های مرتبط در حداقل زمان ممکن مشخص شده و از این طریق با کمک و هم فکری، بسته شاخص‌های عدالت در سلامت با کاربرد در مناطق شهری و روستایی ایران تهیه گردد.

برای اداره هر جلسه دو تسهیل‌گر مطلع و مسلط به موضوع و یک دبیر که هماهنگ کننده برگزاری جلسات، تامین تجهیزات لازم، تهیه مستندات مورد نیاز هر جلسه، تکثیر و ارسال آن‌ها و ثبت جلسات بود انتخاب شده بود. در انتخاب تسهیل‌گران این مطالعه دقت نظر لازم به عمل آمده است چرا که یک فاکتور بسیار مهم و تعیین کننده کیفیت اطلاعات جلسات، مهارت تسهیل کنندگان جلسات می‌باشد. در انتخاب تسهیل‌گران



مواردی نظیر خصوصیات شخصیتی، روش اداره کردن، تجربیات، سوابق و مهارت‌های لازم در خصوص موضوع مد نظر بوده است.

برای انطباق مناسب بین نتایج مطالعه و اطلاعات مورد نیاز برنامه ریزی و هماهنگی جلسات توسط یکی از تسهیل‌گران صورت می‌پذیرفت. مباحث در قالب جلسات با حدود ۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان همگن اداره می‌شد. مدت زمان جلسات دو الی سه ساعت در نظر گرفت شد. در آغاز هر جلسه ابتدا مروری بر فهرست جامع شاخص‌ها و تفکیک‌کننده‌های آن که از پیش تهیه شده بود، صورت می‌گرفت و شرکت‌کنندگان در مباحث که دانشمندان، صاحب‌نظران، دست‌اندرکاران و نمایندگان سایر وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مراکز، دفاتر و ادارات مرتبط با موضوع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند به بارش افکار در زمینه فهرست پیشنهادی و شاخص‌های ارائه شده توسط خود آنان می‌پرداختند. قواعد آزادی ذهن و بیان، عدم تمسخر افراد و ایده‌ها، عدم انتقاد، پرهیز از خودسانسوری، ایجاد حداکثر تعداد نظرهای ممکن، اختصار در بیان نظرات و پرهیز از هر گونه شرح و بسط در تمام جلسات رعایت می‌شد. در هر جلسه پس از مرور شاخص‌ها از فهرست پیشنهادی، شاخص‌های پیشنهادی توسط صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران موضوع نیز مطرح و توضیح کافی در مورد آن برای شرکت‌کنندگان توسط تسهیل‌کنندگان داده می‌شد و اجازه داده می‌شد تا تمام ایده‌ها و نظرات در آن خصوص بیان شود. برای اطمینان از شرکت تمام افراد در بارش افکار، تسهیل‌گران جلسات از همه اعضای جلسه به نوبت نظر خواهی می‌کردند. به کسی اجازه خرده‌گیری و سرزنش دیگران داده نمی‌شد. چنانچه نظرات افراد به پایان می‌رسید، سوالاتی مانند چه چیز، چرا، کجا، چگونه، چه زمان، و چه کسی برای به جریان افتادن دوباره گفتگو مطرح می‌گردید. تمام ایده‌ها توسط دبیر جلسه ثبت می‌گردید. گزارش به صورت نقل قول مستقیم از نظرات و ایده‌های شرکت‌کنندگان تنظیم شده است تا بتوان آنچه را که هر یک از شرکت‌کنندگان درباره موضوعی خاص گفته‌اند با همان اصطلاحات خودشان به تصویر کشید و گزارشات سوگرایی نداشته باشد. علاوه بر ثبت دستی در اغلب جلسات از سیستم ضبط صوت نیز استفاده شده بود. هیچ یک از اطلاعات در خلال مباحث گروهی این پروژه فیلتر نشده است حتی اگر عقاید مطرح شده در گروه به نظر تکراری بیاید. مصوبات جلسات در قالب صورتجلسات، در ضمیمه شماره یک آورده شده است. در نهایت قبول یا رد ایده‌ها بعد از ارائه دلایل کافی و بررسی عمیق، با رای‌گیری نهایی انجام می‌پذیرفت. به منظور بررسی و تحلیل نظرات مذکور یک ساعت اول جلسه به اخذ نظرات و یک ساعت دیگر آن به نقد و بررسی و در نهایت رای‌گیری و جمع‌بندی نهایی پرداخته می‌شد. بنابراین، در هر جلسه پس از تبیین موضوع از نمایندگان وزارت خانه‌ها و سازمان‌ها درخواست می‌گردید تا شاخص‌ها و تفکیک‌کننده‌های بی‌عدالتی مرتبط را پیشنهاد دهند و در صورتی که اطلاعات و هماهنگی کافی وجود نداشت فرصت زمانی در نظر گرفته می‌شد تا نماینده مربوطه نسبت به تعیین و آماده نمودن شاخص‌ها و تعیین‌کننده‌های عدالت مرتبط خود اقدام و در جلسه آتی آن‌ها را پیشنهاد دهند. در صورتی که با یک جلسه تصمیم نهایی اتخاذ نمی‌گردید جلسه دیگری تنظیم شد و فاصله بین دو جلسه بستگی به اهمیت موضوع و سرعت انجام اقدامات مرتبط با آن از چند روز تا دو هفته متغیر بود. ابزار جمع‌بندی اطلاعات یک فرم جمع‌آوری اطلاعات شاخص است که نمونه آن در ضمیمه شماره دو ارائه گردیده است. نتایج در طی ۱۱ جلسه جمع‌بندی و نهایی گردید که در ادامه ارائه شده است.



## شاخص‌های کشوری عدالت در سلامت

در نهایت پس از بررسی، بحث و تبادل نظر عمیق و نیز بر اساس بارش افکار با متخصصان و کارشناسان امر در این زمینه و بر اساس معیارها و ملاحظات که در روش کار بیان گردیده است یافته‌های این مطالعه در خصوص شاخص‌های عدالت در سلامت نهایی گردید. این شاخص‌ها از نوع شاخص‌های پیامد سلامت و تعیین کننده‌های آن در ۵ حیطه دسته بندی گردیده و برای هر یک متغیرهای تفکیک کننده بی‌عدالتی مشخص شده است.

### ۱. حیطه سلامت

عمده متغیرهای تفکیک کننده بی‌عدالتی آن عبارتند از سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر و روستا) و شهرستان.

### ۲. حیطه محیط فیزیکی و زیر ساخت

عمده متغیرهای تفکیک کننده بی‌عدالتی آن عبارتند از ناحیه (شهر/حاشیه شهر و روستا) و شهرستان و برخی از شاخص‌ها نیز بر اساس سن، جنس، سابقه کار، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر و روستا)، شهرستان و سائز کمپانی (اندازه محل کار یا سطح محل کار) محاسبه خواهد شد.

### ۳. حیطه توسعه اجتماعی و انسانی

عمده متغیرهای تفکیک کننده بی‌عدالتی آن عبارتند از ناحیه (شهر/حاشیه شهر و روستا)، سطوح درآمدی، جنس، سن، شغل و تحصیلات

### ۴. حیطه توسعه اقتصادی

عمده متغیرهای تفکیک کننده بی‌عدالتی آن عبارتند از سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر و روستا) و شهرستان.

### ۵. حیطه حکمرانی

عمده متغیرهای تفکیک کننده بی‌عدالتی آن عبارتند از سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر و روستا)، سطح شهرستان و سطوح اقتصادی.



## نکات اجرایی:

شاخص‌های عدالت در سلامت همه ساله برای هر شهرستان بر حسب متغیرهایی چون جنس، سواد، وضعیت اقتصادی، سن و محل سکونت (شهر، روستا، حاشیه شهر) در صورت امکان و ضرورت محاسبه خواهد شد. شاخص‌ها حتی الامکان بر اساس اطلاعات روتین و برنامه‌های مراقبت و در موارد خاص از پیمایش‌های محلی محاسبه می‌شوند.

مسئولیت جمع آوری، جمع بندی و اعلام شاخص‌ها به عهده شورای سلامت شهرستان است. این شورا مداخلات مناسب را نیز برای کاهش بی‌عدالتی در داخل شهرستان، بین شهرستان‌های استان و کشور حمایت خواهد کرد.

### جدول شاخص‌های کشوری عدالت در سلامت

ردیف	نام شاخص	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
۱	میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	سالیانه
۲	میزان مرگ و میر نوزادان	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	سالیانه
۳	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت	سالیانه
۴	میزان مرگ و میر مادران	سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سن مادر، تحصیلات مادر	سازمان ثبت احوال وزارت بهداشت	سالیانه
۵	میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر	سن، جنس، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، سطوح اقتصادی و تحصیلات	سازمان ثبت احوال وزارت بهداشت	سالیانه
۶	امید زندگی در بدو تولد	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت	سالیانه
۷	بروز دیابت	سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالیانه
۸	بروز سل	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالیانه
۹	بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر، خارج شهر)	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالیانه
۱۰	بروز حوادث غیر ترافیکی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالیانه
۱۱	بروز تمام سرطان‌ها	سن، جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالیانه
۱۲	شیوع استوپیروز در زنان ۴۵ تا ۶۵ سال	سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	۳ سال یکبار
۱۳	بروز اختلالات خفیف روانی	ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و تحصیلات	وزارت بهداشت	سالیانه



ردیف	نام شاخص	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
۱۴	بروز بیماری شدید روانی	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و تحصیلات	وزارت بهداشت	سالانه
۱۵	بروز اقدام به خودکشی کامل و ناکامل	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و تحصیلات	وزارت بهداشت پزشکی قانونی	سالانه
۱۶	میانگین DMFT در جمعیت ۱۲ سال	جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت وزارت آموزش و پرورش	سالانه
۱۷	دسترسی به خدمات عمومی سلامت	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۱۸	دسترسی به خدمات تخصصی سلامت	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۱۹	بهره مندی از مراقبت های اولیه سلامتی	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۲۰	بهره مندی از خدمات درمان اعتیاد	نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت سازمان بهزیستی کشور	سالانه
۲۱	دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت وزارت نیرو	سالانه
۲۲	درصد موارد مطلوب نمونه های آب آشامیدنی از نظر باکتریوزیک	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۲۳	درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالت بهداشتی، طبق تعریف می باشند	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۲۴	درصد خانوارهایی که از سیستم دفع فاضلاب و فضولات صحیح (بهداشتی) برخوردارند	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۲۵	بروز آسیب های مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده	سن، جنس، سابقه کار، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و اندازه کمپانی (اندازه محل کار یا سطح محل کار)	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی وزارت بهداشت	فصلی (۳ ماهه)
۲۶	سرانه فضای سبز موجود	مناطق شهری شهرستان	سازمان شهرداری ها و دهرداری های وزارت کشور	سالانه
۲۷	درصد روزهای سال که طبق تعریف هوای پاک دارند	مناطق شهری	وزارت بهداشت	سالانه



ردیف	نام شاخص	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
۲۸	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، جنس و تحصیلات مادر	وزارت بهداشت	سالانه
۲۹	شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال طبق تعریف	جنس، گروه سنی، سطوح اقتصادی، تحصیلات و ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	هر ۵ سال
۳۰	تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، شغل مادر	وزارت بهداشت	سالانه
۳۱	میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال	تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادی	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت	هر ۵ سال
۳۲	شیوع تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد	سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	هر ۵ سال
۳۳	نرخ باسوادی (حدداقل سواد خواندن و نوشتن) در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش سازمان نهضت سوادآموزی	سالانه
۳۴	نرخ خالص ثبت نام در آموزش ابتدایی (۶ سال تمام)	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش	سالانه
۳۵	نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش	سالانه
۳۶	نرخ ماندگاری تا پایان دوره دبستان	جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت آموزش و پرورش	سالانه
۳۷	فعالیت فیزیکی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه
۳۸	سرانه فضای اصلی ورزشی	ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت ورزش و جوانان	سالانه
۳۹	بروز معلولیت به تفکیک متوسط و شدید	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان بهزیستی کشور	سالانه
۴۰	دسترسی معلولین متوسط و شدید به خدمات توانبخشی	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان بهزیستی کشور	هر ۵ سال
۴۱	درصد زنان سرپرست خانوار که از حمایت های اجتماعی برخوردارند	سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	سازمان بهزیستی کشور کمیته امداد امام خمینی (ره)	سالانه



ردیف	نام شاخص	متغیرهای تفکیک کننده نابرابری	سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو)	دوره زمانی تولید و به روز رسانی
۴۲	شیوع مصرف فرآورده های تنباکو حداقل یک بار در روز در جمعیت ۱۳ سال و بالاتر	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی	سالانه
۴۳	بروز سوء مصرف مواد	نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت بهداشت ستاد مبارزه با مواد مخدر معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی	سالانه
۴۴	تعداد مساجد، تکایا و حسینیه های موجود	شهرستان	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی سازمان تبلیغات اسلامی	سالانه
۴۵	خط فقر مطلق	سن سرپرست خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی مرکز آمار ایران	سالانه
۴۶	خط فقر شدید	سن سرپرست خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی مرکز آمار ایران انستیتو تغذیه	سالانه
۴۷	درصد بیکاری	جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مرکز آمار ایران	سالانه
۴۸	سهم هزینه های سلامت در هزینه های غیر خوراکی خانوار	جنس سرپرست خانوار، سطوح اقتصادی خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر / حاشیه شهر و روستا) و شهرستان	مرکز آمار ایران وزارت بهداشت	سالانه
۴۹	ضریب نفوذ بیمه پایه	سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطح شهرستان و سطوح اقتصادی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	سالانه
۵۰	ضریب نفوذ بیمه مکمل	سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطح شهرستان و سطوح اقتصادی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بیمه مرکزی ایران	سالانه
۵۱	درصد شرکت در انتخابات مجلس	شهرستان	وزارت کشور مرکز آمار ایران	هر ۴ سال
۵۲	نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته اند	شهرستان	وزارت بهداشت	سالانه



## جمع بندی و نتیجه گیری

کشورهای سراسر دنیا در زمینه توسعه و تدوین سیستم‌های پایش عدالت در سلامت در مراحل مختلفی هستند. برخی از کشورها داده‌های سلامت خیلی اندکی را به‌طور روتین جمع‌آوری می‌کنند، برخی دیگر سیستم اطلاعات سلامت روتین دارند اما آنها نیز بی‌عدالتی‌های سلامت را پایش نمی‌کنند. هر چند که برخی نیز در زمینه اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت به‌طور منظم اقدام نموده‌اند اما آن‌ها نیز از فقدان داده‌های مرتبط با تعیین کننده‌های بی‌عدالتی در سلامت رنج می‌برند. (۳)

با توجه به اهمیت موضوع عدالت در سلامت و سهم تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و عدالت در آن و هم‌چنین اولویت‌های دینی و ملی در این خصوص دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت اقدام به تهیه مجموعه شاخص‌های عدالت در سلامت کشور نمود، البته این تنها به عنوان بخشی از استراتژی وسیعی است که در زمینه ارتقاء عدالت در سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مد نظر قرار داده است. کشور ما دارای سیستم اطلاعات سلامت می‌باشد اما داده‌های مرتبط با تعیین کننده‌های بی‌عدالتی در آن یا جمع‌آوری نمی‌گردند و یا در صورت جمع‌آوری به قدری پراکنده هستند که قابلیت تجزیه و تحلیل را محدود می‌نمایند. از سوی دیگر اغلب آمار و تحلیل‌های مرتبط با سلامتی در کشور نیز به میانگین‌های ملی پرداخته و اختلاف در توزیع آن در بسیاری از موارد مغفول مانده است. اما نکته‌ای که باید بدان توجه نمود این است که عواملی که سبب بهبود وضعیت کلی و میانگین سلامت می‌شوند از قبیل کاهش آلودگی‌های محیط، بهسازی محیط و آب سالم، تغذیه بهتر، سطوح بالای ایمن‌سازی و ... همیشه سبب کاهش بی‌عدالتی در سلامت نمی‌شوند. دلیل این موضوع آن است که تعیین کننده‌های سلامت مطلوب کلی الزاماً همان تعیین کننده‌های بی‌عدالتی در سلامت نیستند (۳).

بنابراین ضروری است که بین عواملی که سبب بهبود وضعیت سلامت می‌شوند و عواملی که سبب بی‌عدالتی در سلامت می‌شوند افتراق قائل شویم. بی‌عدالتی‌ها با محرومیت‌های اجتماعی مرتبط‌اند. لذا بهبود کلی در وضعیت سلامت می‌تواند ارتباط چندانی به محرومیت‌هایی اجتماعی نداشته باشد. در واقع زمانی که سلامت افراد به طور کلی بهتر می‌شود بی‌عدالتی‌های سلامت ممکن است هم‌چنان پا برجا بمانند. (۳)

عواملی که سبب بهبود کلی در وضعیت سلامت می‌شوند تاثیرات گوناگونی بر جمعیت داشته و به صورت نامتناسبی بیشترین کسانی که از نتایج مطلوب این گونه مداخلات کلی منتفع می‌شوند افراد مرفه‌تر هستند. ممکن است این گونه ادعا شود که زمانی که هر کسی تا اندازه‌ای از این گونه اقدامات سود می‌برد، افزایش تفاوت‌ها نگران کننده نخواهد بود. البته باید به این نکته توجه نمود که تفاوت‌ها دلیلی بر اجرا نمودن اقدامات در زمینه بهبود کلی سلامت نیست و آنچه که باید صورت گیرد این است برنامه‌ها و اقدامات در زمینه ارتقاء کلی سلامت و نیز کاهش بی‌عدالتی‌ها به عنوان دو اقدام در جهت مخالف یکدیگر نباید در نظر گرفته شوند بلکه بهترین نتیجه زمانی حاصل خواهد شد که سیاست‌های ترکیبی از دو نوع مداخلات، ارتقاء کلی سلامت و کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت، اتخاذ شوند. (۳)

تاکنون اغلب اقدامات در کشور، خصوصاً در بخش سلامت در راستای ارتقاء کلی سلامت بوده است، اما زمانی که تمرکز و توجه ویژه‌ای به موضوع عدالت وجود دارد دو الزام سیاستی باید مد نظر قرار گیرد که



عبارتند از توصیف واضحی از ساختار اجتماعی به منظور هدف‌گیری و طراحی مداخلات مناسب و تمرکز روی تعیین‌کننده‌های بی‌عدالتی. از آن‌جا که گروه‌های مختلف پاسخ‌های متفاوتی به مداخلات و ابتکارات سلامتی می‌دهند و نیز مسیرهایی که از طریق آن عوامل آسیب‌رسان به سلامت، به سلامت لطمه وارد می‌نمایند بسیار متعدد است، لازم است که هر مداخله‌ای مشخص و اختصاصی شود. ریشه اصلی بی‌عدالتی‌ها هم در تقسیمات اجتماعی، یعنی در شرایط دوران زندگی افراد و تعامل عوامل ایجادکننده آن شرایط با یکدیگر نهادینه شده است. شناسایی این ریشه‌ها نیز از طریق محاسبه شاخص‌ها به تفکیک عوامل ایجادکننده بی‌عدالتی، یعنی عوامل اجتماعی، امکان‌پذیر می‌گردد. (۳)

البته گستره وسیعی از ابزارها و روش‌ها در دسترس برای حمایت از سیاست‌گذاران، محققین و کارکنان جهت شکل‌دهی اقداماتی در زمینه رسیدگی و مداخله در عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت وجود دارد. موفقیت اقدامات در زمینه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بستگی به توانایی ما در زمینه سازمان‌دهی گستره وسیعی از انواع مختلفی از دانش‌ها، به کارگیری موثر آنها در زمینه تدوین سیاست‌ها و درس‌گیری مستمر از تجارب مان در استقرار این سیاست‌ها دارد. یکی از این ابزارها تدوین و استقرار چارچوب‌پایش و ارزشیابی است که این چارچوب خود می‌تواند جمع‌آوری، مقایسه انتشار و استفاده نظام‌مند از دانش و شواهد مورد نیاز ترویج اقدام در زمینه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده و تدوین و بسط اقدامات موثر در این زمینه را حمایت نماید. (۳)

لذا در قالب این طرح هدف بر این بوده است که با تدوین بسته شاخص‌های عدالت در سلامت کشور این نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌ها شناسایی شود تا زمینه و شواهدی مناسب برای تدوین راهکارها و مداخلات متناسب برای کاهش و یا حذف آن طراحی فراهم گردد. تدوین بسته شاخص‌های عدالت در سلامت، خود گامی بزرگ در راستای تدوین و استقرار سیستم پایش بی‌عدالتی در سلامت نیز می‌باشد.

این بسته بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی متون و بارش افکار با دانشمندان، متخصصان، صاحب‌نظران، تصمیم‌گیرندگان و کارشناسان مرتبط با موضوع تهیه گردیده است. این بسته بسته‌ای است که در طول زمان ممکن است مورد تجدید نظر قرار گرفته و در صورت نیاز شاخص‌هایی بدان اضافه و یا کم گردد، تعاریف آن اصلاح شود و یا متغیرهای تفکیک‌کننده آن تغییر نمایند. در حال حاضر این شاخص‌ها بر پایه شاخص‌های موجود کشوری استوار گردیده‌اند. در این مرحله هدف این بود که از ظرفیت‌های موجود اطلاعاتی کشور حداکثر استفاده برده شود و لذا ممکن است به نظر برسد که برخی از این شاخص‌ها دقیقاً برای اندازه‌گیری نابرابری‌ها طراحی نشده‌اند. در هر حال این گام نخست در تدوین بسته شاخص‌های عدالت در سلامت است و امید است اقدامات و مطالعات و تحقیقات بیشتر در این زمینه در کشور سبب ارتقاء هر چه بیشتر این بسته گردد.



# ضمائم



## شاخص شماره ۱:

نام شاخص:

میزان مرگ اطفال زیر یکسال

تعریف:

احتمال مرگ از بدو تولد تا سن ۱۱ ماه و ۲۹ روز که به صورت میزان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک سال معین

× ۱۰۰۰

کل موالید زنده در همان سال

منابع استخراج صورت کسر:

داده‌های حاصل از گواهی فوت و فرم‌های مربوطه

منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از گواهی تولد

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا

نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۲:

نام شاخص:

میزان مرگ نوزادان

تعریف:

احتمال مرگ نوزاد از زمان تولد تا دقیقاً ۲۸ روزگی عمر، که بر حسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز در یک سال معین

× ۱۰۰۰

موالید زنده همان سال

منابع استخراج صورت کسر:

داده‌های حاصل از گواهی فوت، فرم‌های مربوطه

منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از گواهی تولد

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان ثبت احوال کشور-وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و مرکز مدیریت شبکه).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا

نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



### شاخص شماره ۳:

نام شاخص:

میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال.

تعریف:

احتمال مرگ کودک زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵۹ ماه و ۲۹ روز که بر حسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می‌شود.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال در یک سال معین

× ۱۰۰۰

موالید زنده در همان سال

منابع استخراج صورت کسر:

داده‌های حاصل از گواهی فوت و فرم‌های مربوطه

منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از گواهی تولد

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، سن مادر، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان ثبت احوال کشور و وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۴:

### نام شاخص:

نسبت مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان MMR.

### تعریف:

مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرفنظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف در طی یک سال معین به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مرگ مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان در یک سال

---

تعداد کل تولدهای زنده در همان سال

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و استان، سن مادر (متوفی)، تحصیلات مادر (متوفی).

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان ثبت احوال.  
وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس).

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):  
نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۵:

### نام شاخص:

میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر.

### تعریف:

مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر در طی یک سال در ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر قلب شامل کدها ICD-۱۰ (I۲۰-I۲۵)

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال

### منابع استخراج صورت کسر:

داده‌های حاصل از گواهی فوت و فرم‌های مربوطه.

### منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از سرشماری.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، جنس ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، سطوح اقتصادی، شغل و تحصیلات.

### سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان ثبت احوال کشور-وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر) مرکز مدیریت شبکه.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا

نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۶:

### نام شاخص:

امید زندگی در بدو تولد.

### تعریف:

تعداد سال‌هایی که یک کودک تازه به دنیا آمده زندگی خواهد کرد در صورتی که الگوهای شایع میزان‌های مرگ اختصاصی سن در زمان تولد در تمام طول زندگی کودک به همان صورت باقی مانده باشند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تکمیل جدول عمر با اطلاعات جمعیت و مرگ و میر.

### منابع استخراج صورت کسر:

داده‌های حاصل از گواهی فوت و فرم‌های مربوطه.

### منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از سرشماری.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو):

مرکز آمار ایران - سازمان ثبت احوال کشور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۷:

نام شاخص:

بروز دیابت.

تعریف:

میزان بروز دیابت (نوع ۲) در طی یک سال در ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت بر حسب سن، جنس، منطقه جغرافیایی.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد جدید دیابت گزارش شده در طول سال

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، جنس، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر-مرکز مدیریت شبکه).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

در روستا از طریق نظام معمول (نظام معمول ثبتی) به صورت سالانه.

در شهر از طریق پیمایش سالانه.



## شاخص شماره ۸:

نام شاخص:

بروز سل.

تعریف:

تعداد موارد جدید سل گزارش شده در هر ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد جدید سل گزارش شده در طول سال

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال کشور در همان سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم شماره ۱ فرم بیماریابی موارد مشکوک به سل - فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماری سل - فرم شماره ۷ فرم گزارش بیماران ثبت شده (مبارزه با سل) - فرم بررسی انفرادی بیماری سل - فرم پی گیری بیماری در پرونده خانوار.

منابع استخراج مخرج کسر:

سرشماری.

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، تحصیلات، شغل، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر)

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):  
نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۹:

نام شاخص:

بروز حوادث ترافیکی (داخل شهر، خارج شهر)

تعریف:

میزان بروز حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان هر شهرستان

× ۱۰۰۰۰

کل جمعیت شهرستان در همان سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم گزارش روزانه حوادث

منابع استخراج مخرج کسر:

روستا زیج حیاتی و سرشماری - شهر سرشماری

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی)

سازمان پزشکی قانونی کشور

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۱۰:

نام شاخص:

بروز حوادث غیرترافیکی

تعریف:

میزان بروز حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان در ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مصدومین ناشی از حوادث غیر ترافیکی سقوط، سوختگی، نزاع خیابانی و سایر به تفکیک منجر به فوت و بستری شدن در بیمارستان هر شهرستان.

×۱۰۰۰۰

کل جمعیت شهرستان در همان سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم گزارش روزانه حوادث.

منابع استخراج مخرج کسر:

روستا زیج حیاتی و سرشماری-شهر سرشماری.

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی).

سازمان پزشکی قانونی کشور.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۱۱:

### نام شاخص:

بروز تمام سرطان‌ها.

### تعریف:

میزان گزارش جدید کلیه سرطان‌ها (یا ثبت شده جدید) در طی یک سال در ۱۰,۰۰۰ نفر جمعیت.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد جدید سرطان ثبت شده در طول سال

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال

### منابع استخراج صورت کسر:

فرم‌های برنامه ثبت سرطان.

### منابع استخراج مخرج کسر:

روستا زیج حیاتی و سرشماری-شهر سرشماری.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، جنس، شغل، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر).

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول ثبتی جمع آوری اطلاعات \* مانند آمارهای ثبتی

یا نیاز مند تولید آمار\* \* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

نظام معمول ثبتی.



## شاخص شماره ۱۲:

### نام شاخص:

شیوع استئوپروز در زنان ۴۵ تا ۶۵ سال.

### تعریف:

شیوع استئوپروز با محاسبه سابقه شکستگی متعاقب (زمین خوردن در سطح صاف یا ضربه جزیی) در یکی از نقاط (ستون فقرات، استخوان ران، استخوان لگن و مچ دست) در یک سال گذشته در افراد بالای ۴۵ تا ۶۵ سال.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد ۴۵ تا ۶۵ سال دارای سابقه مثبت شکستگی در یکسال گذشته در یکی از نقاط ستون فقرات، استخوان ران، استخوان لگن یا مچ دست.

تعداد کل افراد بالای ۴۵ تا ۶۵ سال

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیر واگیر).

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

پیمایش



## شاخص شماره ۱۳:

نام شاخص:

بروز اختلالات خفیف روانی

تعریف:

تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات خفیف روانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات خفیف روانی

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم گزارش ماهیانه اختلالات روانپزشکی فرم‌های آماری مختص سایر سازمان‌ها و مراکز ذیربط.

منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از سرشماری.

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، نوع اختلال

سازمان متولی اصلی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول ثبتی جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

پیمایش



## شاخص شماره ۱۴:

نام شاخص:

بروز اختلالات شدید روانی.

تعریف:

تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات شدید روانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش برنامه سلامت روان.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد جدید شناسایی شده اختلالات شدید روانی

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم گزارش ماهیانه اختلالات اعصاب و روان - فرم پیگیری بیماری در پرونده خانوار.

منابع استخراج مخرج کسر:

روستا زیج حیاتی و سرشماری - شهر سرشماری

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات.

سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):

وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتي یا نیاز مند تولید آمار\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...):

پیمایش



## شاخص شماره ۱۵:

### نام شاخص:

بروز اقدام به خودکشی کامل و ناکامل

### تعریف:

میزان بروز اقدام به خودکشی بر حسب کامل و ناکامل در طی یک سال در ده هزار نفر جمعیت.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موارد جدید اقدام به خودکشی بر حسب کامل و ناکامل

× ۱۰۰۰۰

جمعیت وسط سال

### منابع استخراج صورت کسر:

داده‌ها حاصل از گواهی فوت و فرم‌های مربوطه گواهی فوت، مراکز بهداشتی درمانی، پزشکی قانونی.

### منابع استخراج مخرج کسر:

داده حاصل از سرشماری.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، سطوح اقتصادی، سن، جنس و سطح تحصیلات و شغل.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) سازمان پزشکی قانونی کشور.

سازمان بهزیستی کشور

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۱۶:

### نام شاخص:

میانگین DMFT در جمعیت کودکان ۱۲ سال.

### تعریف:

میانگین تعداد دندان‌های آسیب دیده (پوسیده+پر شده+افتاده) در کودکان ۱۲ ساله (پایه دوم راهنمایی).

### نحوه محاسبه شاخص:

DMFT کودکان ۱۲ ساله در بدو ورود به راهنمایی یا ۶ ساله دوم تحصیلی.

کل کودکان ۱۲ ساله غربالگری شده از نظر سلامت دهان و دندان.

### منابع استخراج صورت کسر:

ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه) - فرم ۲-۱۰۳ فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان - پرونده سلامت دانش آموز - پرونده خانوار.

### منابع استخراج مخرج کسر:

روستا زیج حیاتی و سرشماری - شهر سرشماری.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، سطوح تحصیلات مادر یا سرپرست، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) و وزارت آموزش و پرورش.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۱۷:

نام شاخص:

دسترسی به خدمات عمومی سلامت

تعریف:

درصد جمعیتی که طبق تعریف به خدمات عمومی سلامت دسترسی دارند

نحوه محاسبه شاخص:

جمعیتی که به خدمات عمومی سلامت دسترسی دارند

جمعیت وسط سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم‌های پزشک خانواده

منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل سرشماری

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): در روستا از طریق نظام معمول (نظام معمول ثبتی) به صورت سالانه.

در شهر از طریق پیمایش سالانه.



## شاخص شماره ۱۸:

نام شاخص:

دسترسی به خدمات تخصصی سلامت.

تعریف:

درصد جمعیتی که طبق تعریف به خدمات تخصصی سلامت دسترسی دارند.

نحوه محاسبه شاخص:

جمعیتی که به خدمات تخصصی سلامت دسترسی دارند.

جمعیت وسط سال

منابع استخراج صورت کسر:

فرم‌های پزشک خانواده

منابع استخراج مخرج کسر:

سرشماری

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): در روستا از طریق نظام معمول (نظام معمول ثبتی) به صورت سالانه.

در شهر از طریق پیمایش سالانه.



## شاخص شماره ۱۹:

### نام شاخص:

بهره‌مندی از مراقبت‌های اولیه سلامتی.

### تعریف:

درصد جمعیتی که طبق تعریف از مراقبت‌های اولیه سلامتی استفاده می‌کنند.

### نحوه محاسبه شاخص:

جمعیتی که از مراقبت‌های اولیه سلامتی استفاده می‌کنند.

---

جمعیت وسط سال

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه).

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۲۰:

### نام شاخص:

بهره‌مندی از خدمات درمان اعتیاد.

### تعریف:

تعداد معتادینی که درمان اعتیاد را در یک دوره معین گزارش‌دهی شروع کرده‌اند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد بیمارانی که در یک دوره معین گزارش‌دهی، درمان را شروع کرده‌اند.

(بر اساس اعلان رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر)

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی).

سازمان بهزیستی کشور.

سازمان زندان‌ها.

مرکز آمار ایران.

### دوره زمانی تولید و به‌روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۲۱:

نام شاخص:

دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی.

تعریف:

در مناطق روستایی:

درصد خانوارهایی که به شبکه عمومی آب آشامیدنی در منزل یا خارج از منزل با حداکثر نیم ساعت پیاده روی دسترسی دارند.

در مناطق شهری:

درصدی از جمعیت کل قلمرو مورد نظر که تحت پوشش شرکت‌های آب و فاضلاب می‌باشند.

۱- نحوه محاسبه شاخص:

در مناطق روستایی:

تعداد خانوارهای دارای دسترسی به شبکه آب آشامیدنی لوله کشی با حداکثر نیم ساعت پیاده روی

×۱۰۰

تعداد کل خانوار

درصد جمعیت تحت پوشش =

جمعیت تحت پوشش وزارت نیرو

×۱۰۰

کل جمعیت قلمرو

در مناطق شهری:

منابع استخراج صورت کسر:

مناطق روستایی:

پرونده خانوار- فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی/مناطق شهری:

از فرم گزارش ارقام پایه.

منابع استخراج مخرج کسر:

مناطق روستایی:

پرونده خانوار- فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی/مناطق شهری:

از فرم گزارش ارقام پایه.(وزارت نیرو)

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.



**سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):**

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

وزارت نیرو.

**دوره زمانی تولید و به روز رسانی:**

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).

**در مناطق شهری:**

در حال حاضر کلیه مراحل ثبت، جمع‌آوری و انتشار اطلاعات مربوط به این شاخص توسط نرم افزار و در قالب سیستم مدیریت اطلاعات (mis) صورت می‌گیرد.

**نحوه جمع‌آوری اطلاعات در مناطق شهری:**

۱. ارسال جداول ورود اطلاعات، برای تمامی کاربران در سرتاسر کشور (لازم به ذکر است تعداد ۳۵ کاربر ارشد در شرکت‌های آبفا وجود دارند).

۲. تکمیل جداول موضوع بند و سپس تایید و ارسال آن برای کاربر ارشد در شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور. (این جداول به تفکیک هر شهر تکمیل می‌شوند).

۳. بررسی و کنترل آمار دریافتی از شرکت‌های زیر مجموعه و نهایتاً جمع‌بندی آن.



## شاخص شماره ۲۲:

### نام شاخص:

درصد موارد مطلوب نمونه‌های آب آشامیدنی از نظر باکتریوژنیک.

### تعریف:

درصد نمونه‌های برداشت شده از آب آشامیدنی که از نظر ویژگی‌های باکتریولوژیکی مطابق استاندارد ملی است.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد نمونه با نتیجه مطلوب

×۱۰۰

تعداد کل نمونه‌ها

### منابع استخراج صورت کسر:

پرونده خانوار - فرم جمع‌آوری اطلاعات بهداشت محیط.

### منابع استخراج مخرج کسر:

پرونده خانوار - فرم جمع‌آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

وزارت نیرو.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۲۳:

### نام شاخص:

درصد خانوارهایی که در داخل خانوار دارای توالت بهداشتی، طبق تعریف می‌باشند.

### ۱- تعریف:

درصد خانوارهایی که دارای توالت با حداقل ضوابط:

- A. دارای اتاقک شامل سقف، در و دیوار باشد.
- B. اتاقک توالت دارای نور بوده و جریان هوا در آن برقرار باشد.
- C. کاسه توالت صاف، بدون شکستگی و قابل شستشو باشد.
- D. کف اتاقک به سمت کاسه توالت شیب داشته و قابل شستشو باشد.
- E. دیوار به ارتفاع حداقل ۱۵ سانتیمتر از کف قابل شستشو باشد.
- F. دارای چاه و یا مخزن دفع مدفوع بوده و یا به شبکه جمع آوری فاضلاب وصل باشد.
- G. در داخل مستراح و یا مجاورت آن آب جهت شستشو به مقدار لازم در دسترس باشد.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد خانوارهایی که توالت بهداشتی طبق تعریف دارند.

×۱۰۰

تعداد کل خانوارها.

### منابع استخراج صورت کسر:

پرونده خانوار- فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی

### منابع استخراج مخرج کسر:

پرونده خانوار- فرم جمع آوری اطلاعات بهداشت محیط در مناطق روستایی

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): سالانه در شهر از طریق پیمایش.



## شاخص شماره ۲۴:

### نام شاخص:

درصد خانوارهایی که از سیستم دفع فاضلاب صحیح (بهداشتی) برخوردارند.

### تعریف:

درصد خانوارهایی که برای دفع فاضلاب خانگی از چاه یا مخزن دفع مدفوع یا به شبکه جمع‌آوری فاضلاب استفاده می‌کنند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد خانوارهایی که دارای سیستم دفع بهداشتی فاضلاب طبق تعریف هستند.

×۱۰۰

تعداد کل خانوارها

### منابع استخراج صورت کسر:

اطلاعات سرشماری مرکز آمار ایران / در مناطق روستایی از فرم جمع‌آوری اطلاعات بهداشت محیط نیز قابل استخراج است.

### منابع استخراج مخرج کسر:

اطلاعات مرکز آمار - زیج حیاتی - فرم جمع‌آوری اطلاعات بهداشت محیط.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

ناحیه (شهر / حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور.

وزارت نیرو.

### دوره زمانی تولید و به‌روز رسانی:

پنج ساله.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتي یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری (...): در روستا از طریق نظام معمول (نظام معمول ثبتي).

در شهر از طریق پیمایش.



## شاخص شماره ۲۵:

### نام شاخص:

بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده.

### تعریف:

میزان بروز حوادث ناشی از کار به تفکیک منجر به فوت یا دریافت خدمات درمانی سرپایی یا بستری در مراکز درمانی در ده نفر جمعیت شاغلین کشور.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مصدومین حوادث ناشی از کار به تفکیک منجر به فوت یا دریافت خدمات درمانی سرپایی و بستری در مراکز درمانی.

×۱۰۰

کل جمعیت شاغلین کشور در همان سال

### منابع استخراج صورت کسر:

فرم گزارش روزانه حوادث ناشی از کار.

### منابع استخراج مخرج کسر:

داده‌های حاصل از فرم‌های گزارش شده از تشکیلات بهداشتی در کارگاه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی با مجوز از وزارت بهداشت.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، جنس، سابقه کار نوع کار، عنوان شغلی (فعلی و مشاغل قبلی)، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان، مشخصات حادثه، عضو حادثه دیده، علت آسیب، نوع خدمات دریافت شده، تعداد شاغلین کارگاه شغلی/واحد شغلی.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت کار و امور اجتماعی.

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

سازمان پزشکی قانونی کشور.

سازمان تامین اجتماعی.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۲۶:

نام شاخص:

سرانه فضای سبز موجود.

تعریف:

میزان مساحت فضای سبز موجود به ازای هر نفر جمعیت شهری به متر مربع.

نحوه محاسبه شاخص:

مساحت فضای سبز شهری موجود

جمعیت منطقه شهری

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

مناطق شهری شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۲۷:

### نام شاخص:

درصد روزهای سال که طبق تعریف هوای پاک دارند (در شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر جمعیت).

### تعریف:

درصدی از روزهای سال که کیفیت هوا در شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر سنجش شده و مقادیر محاسبه شده در گزارش‌های روزانه طبق تعریف در محدوده هوای پاک و هوای سالم قرار دارند (در شهرهای بالای ۳۰۰ هزار نفر جمعیت). هوای پاک (Good) به کیفیتی از هوای سنجش شده اطلاق می‌شود که ریسک سلامتی ناچیز و یا فاقد ریسک سلامتی برای جمعیت در معرض باشد. از نظر عددی مقدار AQI در محدوده هوای پاک بین صفر و ۵۰ برای هر یک از آلاینده‌های منواکسیدکربن، دی‌اکسید گوگرد، ذرات معلق  $PM_{2.5}$  و  $PM_{10}$  و اکسیدهای ازت و ازون می‌باشد. هوای سالم (Moderate) به کیفیتی از هوای سنجش شده اطلاق می‌شود که تعداد بسیار کمی از افراد با ملاحظات بهداشتی خاص همراه باشند. در این شرایط افرادی که نسبت به ذرات معلق، دی‌اکسید نیتروژن و ازون حساسیت ویژه‌ای دارند ممکن است علائم تنفسی ویژه‌ای در آنها مشاهده شود، از نظر عددی مقدار AQI در این محدوده بین ۵۱ الی ۱۰۰ می‌باشد و در مجموع کیفیت هوا در این شرایط قابل قبول است.

### نحوه محاسبه شاخص:

دوره گزارش دهی (سه‌ماهه) که شاخص کیفیت هوا برای آلاینده‌های مسئول مساوی و کمتر از ۱۰۰ باشد.

×۱۰۰

تعداد روزهایی که در دوره گزارش دهی (سه‌ماهه) سنجش آلاینده‌های هوا انجام شده است.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

مناطق شهری.

### سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

سازمان حفاظت محیط زیست وزارت نفت.

سازمان شهرداری‌ها و دهیاری‌های کشور.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۲۸:

### نام شاخص:

شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی

### تعریف:

درصد کودکان زیر ۵ سال که وزن برای سن آنها کمتر از ۲- انحراف معیار از میانگین استاندارد می‌باشد.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد کودکان زیر ۵ سالی که وزن برای سن آنها کمتر از ۲-z score است.

$$\frac{\text{تعداد کل کودکان زیر ۵ سال مراجعه کننده}}{\times 100}$$

### منابع استخراج صورت کسر:

پرونده خانوار - فرم طراحی شده.

### منابع استخراج مخرج کسر:

دفتر مراقبت ممتد کودکان.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) ، سطوح اقتصادی، جنس کودک، تحصیلات مادر.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (اداره کودکان معاونت بهداشتی).

### سازمان همکار تولید شاخص:

وزارت بهداشت (دفتر بهبود تغذیه - معاونت بهداشتی).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی: هفته اول تیر ماه هر سال.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): در روستا از طریق نظام معمول (نظام معمول ثبتی)

به صورت سالیانه ، در شهر از طریق پیمایش.



## شاخص شماره ۲۹:

### نام شاخص:

شیوع اضافه وزن و یا چاقی در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال طبق تعریف.

### تعریف:

درصد افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله‌ای که طبق تعریف اضافه وزن داشته و یا چاق هستند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دارای اضافه وزن و یا چاق طبق تعریف

---

تعداد جمعیت در همان گروه سنی (۶۴-۱۵)

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، گروه سنی، سطوح اقتصادی، تحصیلات و ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (واحد تغذیه معاونت بهداشتی)

دوره زمانی تولید و به روز رسانی: هر ۵ سال

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



### شاخص شماره ۳۰:

#### نام شاخص:

تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا ۶ ماهگی.

#### تعریف:

نسبت شیرخواران ۶ ماهه‌ای که در طول ۶ ماه فقط با شیر مادر تغذیه شده‌اند (به عبارتی از هیچ ماده غذایی دیگری حتی آب تغذیه نکرده‌اند، مصرف ویتامین‌ها و مواد معدنی اشکالی ندارد).

#### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد کودکان ۱۸۰ روزه‌ای که در طول ۶ ماه گذشته فقط با شیر مادر تغذیه شده‌اند

---

جمعیت کودکان ۱۸۰ روزه

#### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان، شغل مادر.

#### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس).

#### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): در روستا از طریق سیستم معمول (نظام معمول ثبتی).

در شهر از طریق پیمایش سالانه.



## شاخص شماره ۳۱:

### نام شاخص:

میزان باروری اختصاصی سنی زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال.

### تعریف:

میزان باروری در زنان همسر دار زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد موالید زنده در گروه سنی ۱۷-۱۰ سال

---

جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال.

تعداد موالید زنده در گروه سنی ۳۶ تا ۴۹ سال

جمعیت زنان آن گروه سنی در وسط سال.

### منابع استخراج صورت کسر:

فرم گواهی ولادت سازمان ثبت احوال با همکاری و هماهنگی وزارت بهداشت.

### منابع استخراج مخرج کسر:

مرکز آمار ایران.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

تحصیلات مادر (فرد)، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادی.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو): مرکز آمار ایران.

وزارت بهداشت (دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس).

سازمان ثبت احوال کشور.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا

نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری (...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۳۲:

### نام شاخص:

شیوع تولد نوزادان با وزن کم هنگام تولد.

### تعریف:

درصد نوزادانی که هنگام تولد وزن آن‌ها کمتر از ۲۵۰۰ گرم می‌باشد.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم در یک سال معین

×۱۰۰

تعداد کل موالید زنده در همان سال

### منابع استخراج صورت کسر:

گواهی ولادت

### منابع استخراج مخرج کسر:

اطلاعات ثبت احوال - دفتر جمعیت و سلامت معاونت بهداشت.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

سطوح اقتصادی، تحصیلات مادر، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (واحد تغذیه معاونت بهداشتی و دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

هر ۵ سال.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



### شاخص شماره ۳۳:

#### نام شاخص:

نرخ باسوادی (حداقل سواد خواندن و نوشتن) در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال.

#### تعریف:

درصد جمعیت ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای که سواد خواندن و نوشتن دارند.

#### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد ۱۵ تا ۴۹ سال با سواد.

کل جمعیت ۱۵ تا ۴۹ سال در یک سال.

#### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان

#### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

مرکز آمار.

وزارت آموزش و پرورش.

سازمان نهضت سوادآموزی.

#### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

هر ۵ سال و سالیانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتي یا

نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): سرشماری هر ۵ سال یک‌بار.

و مطالعات نمونه‌ای سالیانه تا سطح شهرستان



## شاخص شماره ۳۴:

### نام شاخص:

نرخ جذب خالص پایه اول ابتدایی در مناطق آموزش و پرورش.

### تعریف:

طبق مصوبات شورای عالی آموزش و پرورش کودکانی می‌توانند در پایه اول ابتدایی ثبت نام کنند که در اول مهر ماه هر سال تحصیلی ۶ سال تمام داشته باشند، این شاخص نشان می‌دهد که چه تعداد از کودکان واجد شرایط برای ثبت نام در پایه اول ابتدایی توانسته‌اند ثبت نام کنند و با کم کردن این شاخص از صد می‌توان درصد کودکانی را که از تحصیل محروم مانده‌اند مشخص کرد.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد دانش آموزان پایه اول شش ساله در سال تحصیلی T- نرخ جذب خالص در پایه اول ابتدایی در سال تحصیلی T

جمعیت شش ساله همان سال تحصیلی

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت آموزش و پرورش.

مرکز آمار ایران.

سازمان ثبت احوال کشور.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



### شاخص شماره ۳۵:

نام شاخص:

نرخ خالص ثبت نام کودکان ۵ سال تمام در آموزش پیش دبستانی.

تعریف:

نسبت خالص ثبت نام در آموزش پیش دبستان (۵ سال تمام).

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد کودکان ۵ سال تمام ثبت نام شده در سال تحصیلی T

× ۱۰۰

تعداد جمعیت ۵ سال تمام همان سال تحصیلی

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت آموزش و پرورش.

سازمان بهزیستی کشور.

مرکز آمار ایران.

سازمان ثبت احوال کشور.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیاز

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۳۶:

### نام شاخص:

نرخ ماندگاری تا پایان دوره دبستان.

### تعریف:

این شاخص بیانگر توانایی سیستم آموزش در نگهداری دانش آموزان در نظام آموزش و پرورش است و میزان نگهداری دانش آموزان در پایه‌ها و دوره‌های تحصیلی را نشان می‌دهد. هر قدر این شاخص بالاتر باشد بیانگر تعداد کم‌تر ترک تحصیل‌کنندگان از نظام آموزشی است و برنامه‌ریزان با تهیه برنامه‌های مناسب برای افزایش این نرخ، کارایی نظام آموزشی را بهبود می‌بخشند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد ترک تحصیل‌کنندگان پایه اول تا پایان همان سال - تعداد دانش آموزان پایه اول ثبت نامی

× ۱۰۰

تعداد ورودی‌های پایه

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

جنس، سطوح اقتصادی، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت آموزش و پرورش.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۳۷:

نام شاخص:

فعالیت فیزیکی

تعریف:

درصد افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله‌ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۲۰ دقیقه فعالیت شدید و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند

نحوه محاسبه شاخص:

افرادی ۱۵ تا ۶۵ ساله‌ای که هر هفته ۵ روز و هر روز به مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید دارند و یا ۲۰ دقیقه فعالیت شدید و یا ۱۰ دقیقه فعالیت مربوط به تقویت عضلات دارند.

---

افراد ۱۵ تا ۶۵ سال مورد بررسی.

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت بیماری‌های غیرواگیر) وزارت آموزش و پرورش - وزارت ورزش و جوانان.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالیانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



### شاخص شماره ۳۸:

نام شاخص:

سرانه فضای اصلی ورزشی.

تعریف:

درصد جمعیتی که طبق تعریف به خدمات ورزشی دسترسی دارند..

نحوه محاسبه شاخص:

مساحت فضاهای اصلی ورزشی کشور اعم از رو باز یا سر پوشیده بر حسب متر مربع

×۱۰۰

جمعیت وسط سال

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان تربیت بدنی.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا

نیازمند تولید آمار\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۳۹:

نام شاخص:

بروز معلولیت به تفکیک متوسط و شدید بر طبق تعریف.

تعریف:

تعداد جدید معلولین در یک دوره زمانی خاص در کشور.

نحوه محاسبه شاخص:

فراوانی تعداد معلولین موجود در کشور

× ۱۰۰

جمعیت وسط سال

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، شغل، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان بهزیستی کشور.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۴۰:

### نام شاخص:

میزان دسترسی معلولین متوسط و شدید به خدمات توانبخشی.

### تعریف:

تعداد معلولینی که در یک دوره زمانی خاص، از خدمات توانبخشی استفاده نموده‌اند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد معلولین متوسط و شدید که از خدمات توانبخشی، اجتماعی و پیشگیری در یک سال استفاده می‌کنند

×۱۰۰

تعداد کل معلولین متوسط و شدید که به خدمات توانبخشی نیاز دارند در همان سال

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان بهزیستی کشور.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیا

مند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی).



## شاخص شماره ۴۱:

### نام شاخص:

درصد زنان سرپرست خانوار که از حمایت‌های اجتماعی طبق تعریف برخوردارند.

### تعریف:

درصد زنان سرپرست خانواری که از حمایت‌های اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام بهره‌مند می‌باشند.

### تعریف زنان سرپرست خانوار:

زنانی که به عللی از قبیل: متارکه، طلاق یا فوت همسر و همچنین مفقودالایه شدن، مجهول‌الامکان بودن، اعتیاد، محکومیت به زندان، اعزام به سربازی و از کارافتادگی مسئولیت تأمین معاش خانواده را بر عهده داشته باشند و طبق شرایط سازمان مربوطه نیازمند محسوب می‌شوند.

### تعریف حمایت‌های اجتماعی:

برخورداری خدمات گیرندگان از خدمات توانمندسازانه و امکانات حمایت‌گرایانه در ابعاد مختلف مادی و معنوی به منظور کمک به آنان در مواجهه با مشکلات و بحران‌ها و عادی‌سازی سطح زندگی.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، بعد خانوار، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.

سازمان بهزیستی کشور.

کمیته امداد امام خمینی (ره).

مرکز آمار ایران.

### دوره زمانی تولید و به‌روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۴۲:

### نام شاخص:

شیوع مصرف مواد دخانی در جمعیت ۱۳ سال و بالاتر

### تعریف:

درصد افراد ۱۳ سال و بالاتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده‌اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می‌کنند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد ۱۳ سال و بالاتر که تاکنون حداقل ۱۰۰ نخ سیگار یا معادل آن سایر مواد دخانی مصرف کرده‌اند و در حال حاضر از سیگار یا هر فرآورده دیگر دخانی استفاده می‌کنند.

کل جمعیت ۱۳ سال و بالاتر.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار).

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۴۳:

### نام شاخص:

بروز سوء مصرف مواد طبق تعریف.

### تعریف:

درصد افرادی ۱۵ تا ۴۵ ساله جدیدی که در طی یک سال حداقل یک بار مصرف مواد مشکل آفرین طبق تعریف داشته‌اند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد ۱۵ تا ۴۵ ساله که برای اولین بار در طی یک سال گذشته مصرف مشکل آفرین مواد داشته‌اند.

---

جمعیت عمومی ۱۵ تا ۴۵ سال.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

نوع ماده، جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت بهداشت (امور بهداشت روان معاونت بهداشتی) ستاد مبارزه با مواد مخدر. سازمان بهزیستی کشور. مرکز آمار ایران.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۴۴:

### نام شاخص:

تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود.

### تعریف:

تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌های موجود در شهرستان برای هزار نفر جمعیت شهرستان

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد مساجد، تکایا و حسینیه‌ها

× ۱۰۰۰

جمعیت وسط سال

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

سازمان اوقاف و امور خیریه.

سازمان تبلیغات اسلامی.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۴۵:

نام شاخص:

خط فقر مطلق.

تعریف:

درصدی از جمعیت که طبق تعریف کشوری زیر خط فقر مطلق زندگی می‌کنند.

نحوه محاسبه شاخص:

خط فقر شدید تقسیم بر ضریب انگل.

متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

سن سرپرست خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت رفاه و تامین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی.  
مرکز آمار ایران.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۴۶:

### نام شاخص:

خط فقر شدید.

### تعریف:

درصدی از جمعیت که برابر تعریف کشوری زیر خط فقر شدید زندگی می‌کنند.

### نحوه محاسبه شاخص:

هزینه غذایی بر اساس ۲۰۰۰ کیلوکالری که به صورت سرانه و ماهیانه محاسبه می‌گردد.

### متغیرهای تفکیک‌کننده نابرابری:

سن سرپرست خانوار، جنس سرپرست خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی - دفتر مطالعات اجتماعی و فقر زدایی.

مرکز آمار ایران.

انستیتو تغذیه.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا

نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۴۷:

نام شاخص:

درصد بیکاری طبق تعریف کشوری.

تعریف:

درصد بیکاری برابر تعریف کشوری.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد بیکار

جمعیت فعال اقتصادی

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس، سن، سطوح اقتصادی، تحصیلات، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا) و شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت کار و امور اجتماعی.

مرکز آمار ایران.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتي یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نمونه‌گیری فصلی با مشارکت مرکز آمار ایران و مرکز اطلاعات بازار کار وزارت کار و امور اجتماعی.



## شاخص شماره ۴۸:

### نام شاخص:

سه‌م هزینه‌های سلامت در هزینه‌های غیر خوراکی خانوار.

### نحوه محاسبه شاخص:

هزینه‌های سلامت در بودجه خانوار.

کل هزینه‌های غیر خوراکی خانوار.

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

جنس سرپرست خانوار، سطوح اقتصادی خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، ناحیه (شهر/ حاشیه شهر و روستا) و شهرستان.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو)

وزارت بهداشت (دفتر برنامه ریزی بودجه و مدیریت منابع مالی).

مرکز آمار ایران.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتي یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): پیمایش.



## شاخص شماره ۴۹:

نام شاخص:

میزان پوشش بیمه پایه.

تعریف:

درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه.

نحوه محاسبه شاخص:

تعداد افراد بیمه شده اصلی و تبعی

جمعیت وسط سال

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، شهرستان و سطوح اقتصادی.

سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.

سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح.

کمیته امداد امام خمینی (ره).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتي یا نیاز

پمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتي)



## شاخص شماره ۵۰:

### نام شاخص:

ضریب پوشش بیمه درمان مکمل.

### تعریف:

درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل؛ درصدی از جمعیت کشور می‌باشد که علاوه بر بیمه پایه از مزایای بیمه‌های تکمیلی نیز برخوردار می‌باشد.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد بیمه شدگان درمان مکمل

× ۱۰۰

جمعیت وسط سال

### متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

سن، جنس، تحصیلات، ناحیه (شهر/حاشیه شهر یا اسکان غیر رسمی و روستا)، سطح شهرستان و سطوح اقتصادی.

### سازمان متولی تولید شاخص (پاسخگو):

وزارت رفاه و تامین اجتماعی.

بیمه مرکزی ایران.

### دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

سالانه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۵۱:

نام شاخص:

درصد شرکت در انتخابات مجلس.

تعریف:

درصد افراد شرکت کننده در آخرین انتخابات مجلس به کل جمعیت واجد شرایط رای دادن در شهرستان.

نحوه محاسبه شاخص:

افراد شرکت کننده در آخرین انتخابات مجلس

کل جمعیت واجد شرایط رای دادن

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):

وزارت کشور.

مرکز آمار ایران.

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

۴ سال یکبار

نحوه جمع آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثبتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثبتی)



## شاخص شماره ۵۲:

### نام شاخص:

نسبت خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری به تعداد رابطین بهداشت این مراکز که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه فعالیت داشته‌اند.

### نحوه محاسبه شاخص:

تعداد خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری که در سال بررسی شاخص‌ها حداقل ۶ ماه دارای رابط بهداشتی بوده‌اند.



## تعداد رابطین بهداشت

متغیرهای تفکیک کننده نابرابری:

شهرستان.

سازمان متولی تولید شاخص (باسخگو):

وزارت بهداشت (مرکز مدیریت شبکه).

دوره زمانی تولید و به روز رسانی:

جمله دو بار در سال، هفته آخر تیرماه و هفته آخر دی ماه.

نحوه جمع‌آوری داده‌های شاخص (از طریق نظام معمول جمع‌آوری اطلاعات\* مانند آمارهای ثابتی یا نیازمند تولید آمار\*\* از طریق آمارگیری، نمونه‌گیری ...): نظام معمول (نظام معمول ثابتی).



ضمیمه شماره ۲: جدول جمع آوری شاخص‌ها

دوره زمانی	سازمان متولی	تغییرهای تفکیک	نحوه محاسبه		تعریف	نام شاخص	حیطه	ردیف
			مخرج کسر	صورت کسر				

## واژه نامه

Urban HEART .....	ابزار سنجش عدالت در سلامت شهری و پاسخ گویی
Evaluation.....	ارزشیابی
Measurement .....	اندازه گیری
Employment .....	اشتغال
Social Exclusion .....	انزوای اجتماعی
Health Equality.....	برابری در سلامت
Utilization.....	بهره مندی
Survey .....	پیمایش
Monitoring .....	پایش
Early Child Development.....	تکامل دوران ابتدای کودکی
Anthropometric .....	تن سنجی
Social Stratifies.....	تفکیک کننده های اجتماعی
Globalization .....	جهانی شدن
Gender .....	جنسیت
Sex.....	جنس
Asset .....	دارایی
Public Health.....	سلامت عمومی
Wealth .....	سرمایه، ثروت
Assessment.....	سنجش
Urban setting .....	شهر نشینی
Indices.....	شاخص ها
Health Equity .....	عدالت در سلامت
Finance Resource.....	منابع مالی
Longitudinal studies .....	مطالعات طولی
Health System.....	نظام سلامت
Indicator .....	نشانگر



## منابع

1. WHO. health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. WHO. Technical paper- the impact of health expenditure on households and options for alternative financing. EM/RC51/4 2004.
3. Bonnefoy JM, A. Kelly, MP. Butt, J. Bergman, V. Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide: WHO; 2007.
4. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, al e. Challenging inequities in health from ethics to action: Oxford University Press 2001.
5. WHO. Global learning device on social determinants of health and public policy making.
6. Signal L, Martin, J., Cram, F., and Robson, B. The Health Equity Assessment Tool: A user's guide: Wellington: Ministry of Health; 2008.
7. Motlagh M. OMA, Beheshtian M. et al. [in Persian: Health and its social determinants- a main strategy to extend equity in health and make fair opportunity for all]: Islamic Republic of Iran Ministry of Health and Medical Education; 2008.
8. Gwatkin D. REDUCING HEALTH INEQUALITIES IN DEVELOPING COUNTRIES: WB; 2002.
9. Braveman. P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach: WHO.
10. Márquez A, Pardo, CL. A Monitoring System for Health Equity in Cuba. CUBAN PROFESSIONAL LITERATURE REVIEW ARTICLE. 2005;Volume VII - No. 9 - November/December 2005.
11. Khosravi A, et al. Health Profile Indicators in the Islamic Republic of Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009.
12. Tabatabaee Mea. Diseases Prevention and Care: Islamic Republic of Iran, Ministry of Health and Medical Education; 2006.
13. Carr D, Gwatkin, DR., Fragueiro, D. Multi-country study programs on

equity, poverty and health: WB; 1999.

14. Net E. Can we build on existing information systems to monitor health inequities and the social determinants of health in the EU?2010.

15. WHO Centre for Health Development Kobe J. Urban HEART Urban Health Equity Assessment and Response Tool for pre-testing 2008.

16. Islamic Republic of Iran TM. Urban HEART in Tehran. In: Municipality T, editor.

17. Malekafzali H. Assessment Component of Urban HEART Core, Strongly Recommended, and Optional Indicators2009.

