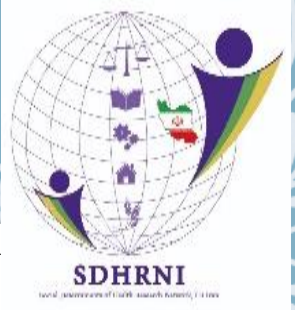




دومین کارگاه ملی توانمندسازی مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت



پیش نویس اولیه پرتکل اجرایی

شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در استان های کشور

شبکه مراکز تحقیقاتی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

دیرخانه شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت برگزار می کند:

دومین کارگاه ملی توانمندسازی مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
در استان های کشور

سه شنبه ۲۰ تیر ماه ۱۴۰۲
۸ الی ۱۶

محورهای نشست:

- معرفی پروتکل اجرایی شیوه شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در استان
- تدوین و روا سازی نقشه راه شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ایران

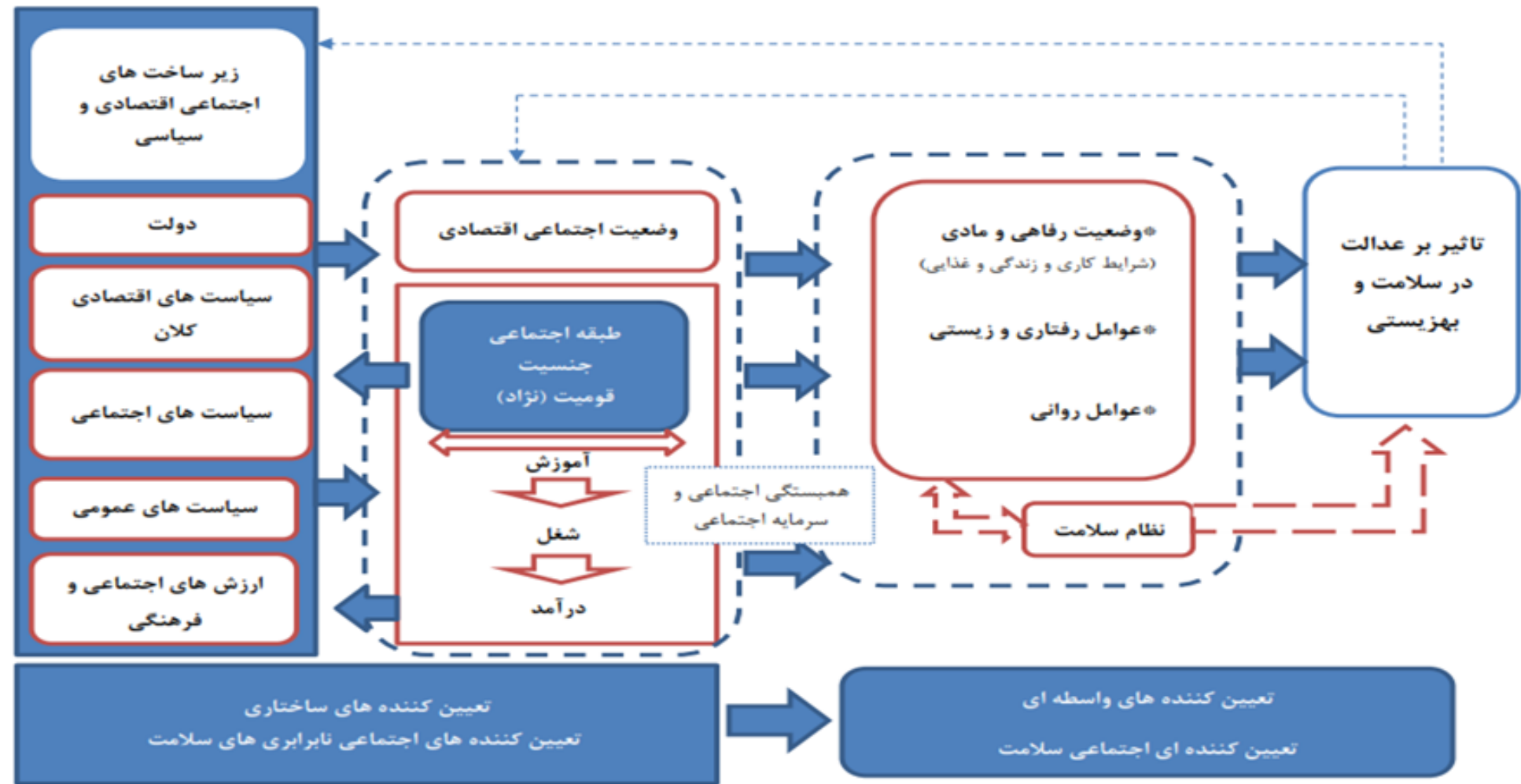
بلوار کشاورز، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه هشتم، سالن حکیم

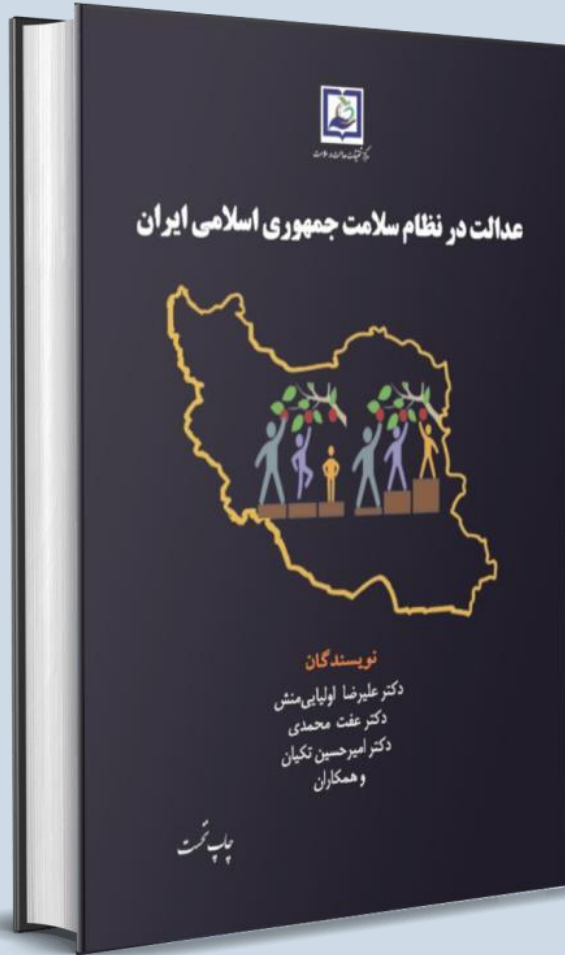
مقدمه

◦ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، طبقه اجتماعی، آب و هوا، مسکن و تغذیه، بسیار بیش‌تر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک و ارثی سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش به‌سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌نمایند.

◦ برای تحقق عدالت در سلامت، ضروری است با تهدیدکننده‌های سلامتی که خارج از وجود انسان و قابل اجتناب هستند مبارزه نمود.

◦ نابرابری‌ها و بی‌عدالتی‌های اجتماعی منجر به نابرابری و بی‌عدالتی در پیامدهای سلامتی می‌شوند.





Mahdavi et al. BMC Public Health (2022) 22:2349
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14768-4>

RESEARCH Open Access

Inequality in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Iran: the analysis of national households' data

Mahdi Mahdavi^{1,2}, Mahboubeh Parsaeian¹, Farshad Farzadfar⁴, Efat Mohammadi⁵, Alireza Olyaeemaneh^{1,3*} and Amirhossein Takian^{1,6,7*}

Abstract

Background: Providing an equitable Universal Health Coverage (UHC) is key for progressing towards the sustainable development goals in the health systems. To help policymakers make hypertension services more equitable with existing (limited) resources in Iran, we examined the inequality of the prevalence, awareness, treatment, and control (PATC) of hypertension as the four indicators of hypertension UHC in Iran.

Methods: This research was a cross-sectional study of inequality of PATC of hypertension using a representative sample of Iranians aged ≥ 25 years from the Iran 2016 STEP-wise approach to Surveillance study (STEPS). Outcome variables consisted of PATC of hypertension. Covariates were demographic (age, sex, and marital status) and living standard (area of residence, wealth status, education, and health insurance) indicators. We drew concentration curves (CC) and estimated concentration indices (CI). We also conducted normalized Eneuyers decomposition analysis for binary outcomes to identify covariates that explain the wealth-related inequality in the outcomes. Analysis was conducted in STATA 14.1.

Results: The normalized concentration index of hypertension prevalence and control was -0.066 ($p < .001$) and 0.082 ($p < .001$), respectively. The CI of awareness and treatment showed nonsignificant difference between the richest and poorest. Inequality in the hypertension prevalence of females was significantly higher than males ($C = -0.103$ vs. $C = -0.023$, $p < .001$). Our analyses explained 38% of variation in the C of hypertension prevalence and control as compared with other factors. It can be manipulated in short run. We furthermore advocate for interventions to reduce the inequality of hypertension control between rural and urban areas.

Conclusions: This study showed a pro-rich inequality in the prevalence and control of hypertension in Iran. We call for expanding the coverage of complementary insurance to reduce inequality of hypertension prevalence and control as compared with other factors. It can be manipulated in short run. We furthermore advocate for interventions to reduce the inequality of hypertension control between rural and urban areas.

Keywords: Universal Health Coverage, Socioeconomic Status, Control, Effective Coverage, Socioeconomic Status

BMC Public Health

Journal of Public Health Policy
 Iran
 --Manuscript Draft--

Manuscript Number: JPHP-D-22-00386

Title: Child Mortality Inequalities and Linkage with Socioeconomic Determinants of Health in Iran

Original Article

This study reports a geospatial analysis of child Mortality at the district levels, as well as between the lowest and highest socioeconomic quintiles at the national level in Iran. This is the quantitative study which used secondary data. We used the multilevel mixed-effect model for data analysis. We used the statistical packages "lme4" for fitting the mixed-effect model and "ineq" for inequality analysis, including concentration index and concentration curve. The annual number of NMR, IMR, and USMR were 12149, 16846 and 20267, in 2018 respectively. Our research indicates the existence of inequality in child mortality and the impact of socio-economic factors, especially household income, in determining health outcomes. We advocate USMR as appropriate indicator for assessing the impact of interventions to reduce inequalities among various socioeconomic groups, as well as designing and implementing a comprehensive and longitudinal data system for accurate, regular and specific monitoring of health inequalities.

Amirhossein Takian
 Tehran University of Medical Sciences
 Tehran, IRAN, ISLAMIC REPUBLIC OF

Tehran University of Medical Sciences

Indreshir Khosravi

shir Khosravi
 ohamadi
 lei
 e
 mat
 olyaeemaneh

Amirhossein Takian

Dear editor,
 We are pleased to submit the above manuscript entitled: "Child Mortality Inequalities and Linkage with Socioeconomic Determinants of Health in Iran", for your kind consideration.

Universal Health Coverage (UHC) is the key to tackle inequalities and move towards the sustainable development goals. Along the pathway to reach UHC, we used the three indicators: Under Five Mortality Rate (USMR), Neonatal Mortality Rate (NMR) and Infant Mortality Rate (IMR), to investigate the inequality of child mortality at the subnational level in Iran. Our research revealed a pro-rich inequality in child mortality within various socioeconomic groups among different regions in Iran. Our findings

Inequalities in Non-Communicable Diseases mortality and its association with Socioeconomic Determinants at the subnational level in Iran

Authors: Amirhossein Takian, Ardeshir Khosravi, Gita Shafiqe, Fatene Yazdian, Amirhossein Takian, Alireza Olyaeemaneh

Corresponding authors: Amirhossein Takian, Ardeshir Khosravi, Gita Shafiqe, Fatene Yazdian, Amirhossein Takian, Alireza Olyaeemaneh

Background: Mortality inequalities at the subnational level in Iran. More attention and implementation of policies to improve health equity. This study aimed to investigate the mortality rates of main NCDs among various socioeconomic groups in Iran.

Methods: We used the multilevel mixed-effect model for data analysis to map NCDs mortality rates at the subnational level in Iran. We used the statistical packages "lme4" for fitting the mixed-effect model and "ineq" for fitting the concentration index. We used the data from the National Mortality and Causes Registry (NMCAR) for the period 2016-2018, respectively. In addition, we used the data from the National Registration and Vital Statistics (NRVS) for the period 2016-2018, respectively. We used the data from the National Registration and Vital Statistics (NRVS) for the period 2016-2018, respectively. We used the data from the National Registration and Vital Statistics (NRVS) for the period 2016-2018, respectively.

Results: We found a pro-rich inequality in the mortality rates of main NCDs among various socioeconomic groups in Iran. The mortality rates of main NCDs were significantly higher among the richest socioeconomic groups in Iran. Our findings indicate that socioeconomic inequalities in mortality rates of main NCDs are a public health problem that needs to be addressed.

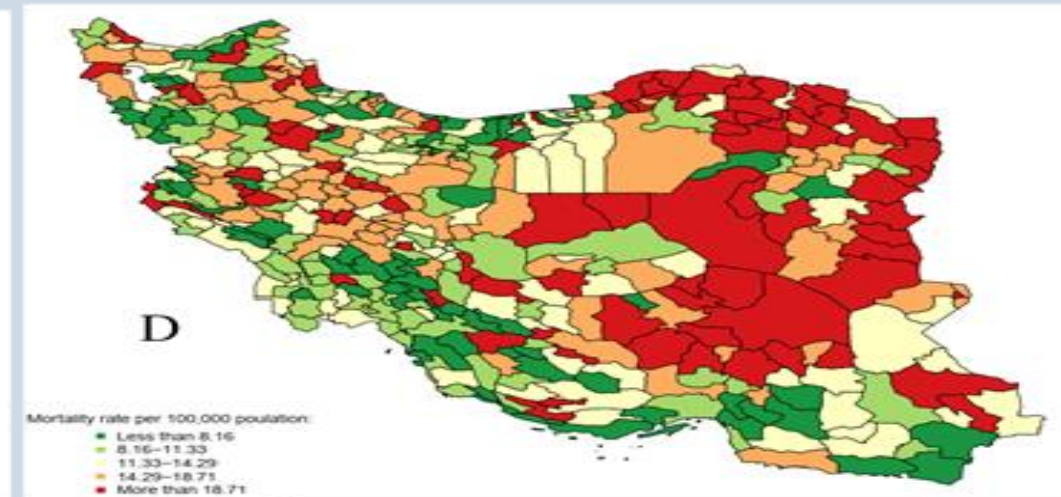
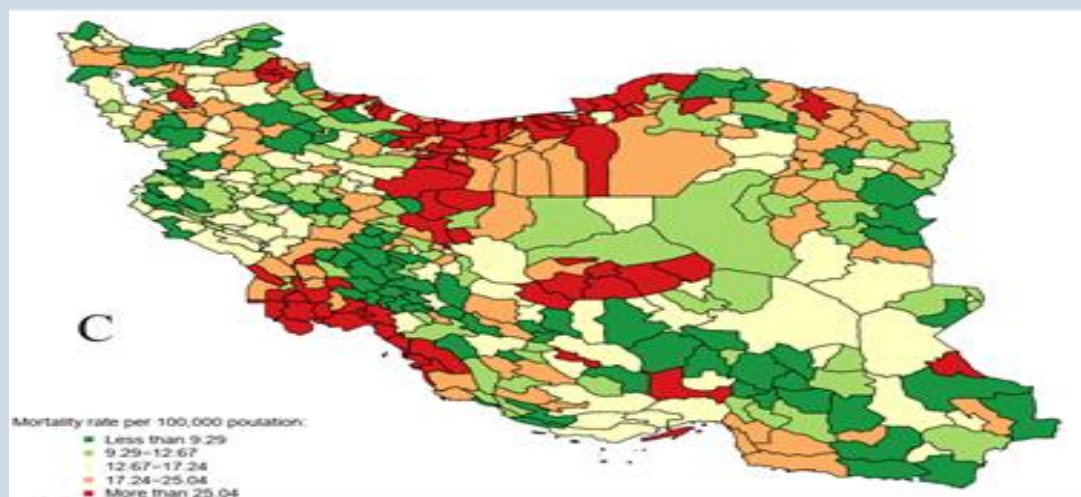
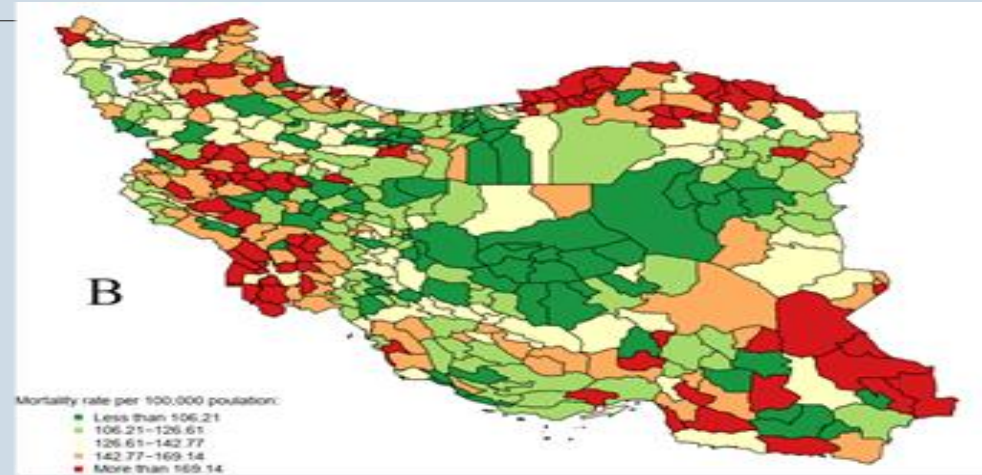
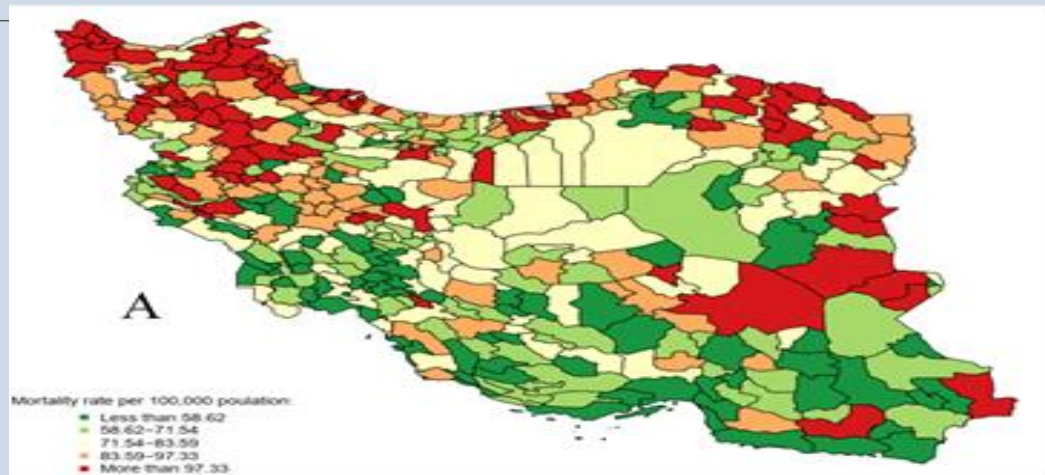
Conclusions: This study showed a pro-rich inequality in the mortality rates of main NCDs among various socioeconomic groups in Iran. We call for expanding the coverage of complementary insurance to reduce inequality of hypertension prevalence and control as compared with other factors. It can be manipulated in short run. We furthermore advocate for interventions to reduce the inequality of hypertension control between rural and urban areas.

the impact of geographical inequalities on health outcomes in Iran. More attention and implementation of policies to improve health equity. This study aimed to investigate the mortality rates of main NCDs among various socioeconomic groups in Iran.

Methods: We used the multilevel mixed-effect model for data analysis to map NCDs mortality rates at the subnational level in Iran. We used the statistical packages "lme4" for fitting the mixed-effect model and "ineq" for fitting the concentration index. We used the data from the National Mortality and Causes Registry (NMCAR) for the period 2016-2018, respectively. In addition, we used the data from the National Registration and Vital Statistics (NRVS) for the period 2016-2018, respectively. We used the data from the National Registration and Vital Statistics (NRVS) for the period 2016-2018, respectively.

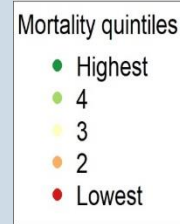
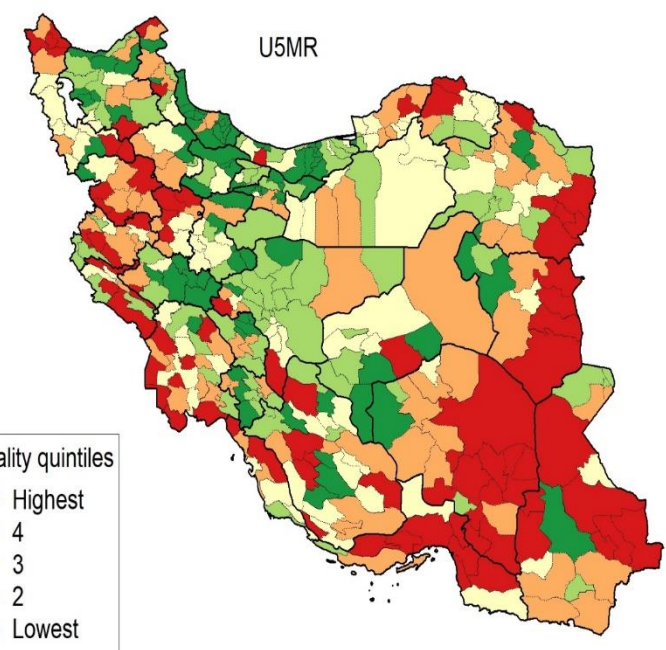
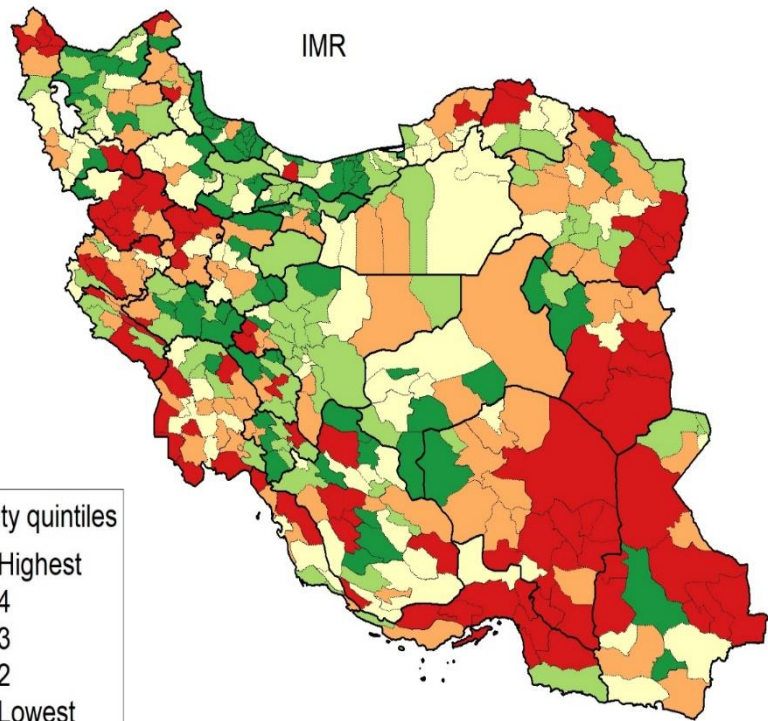
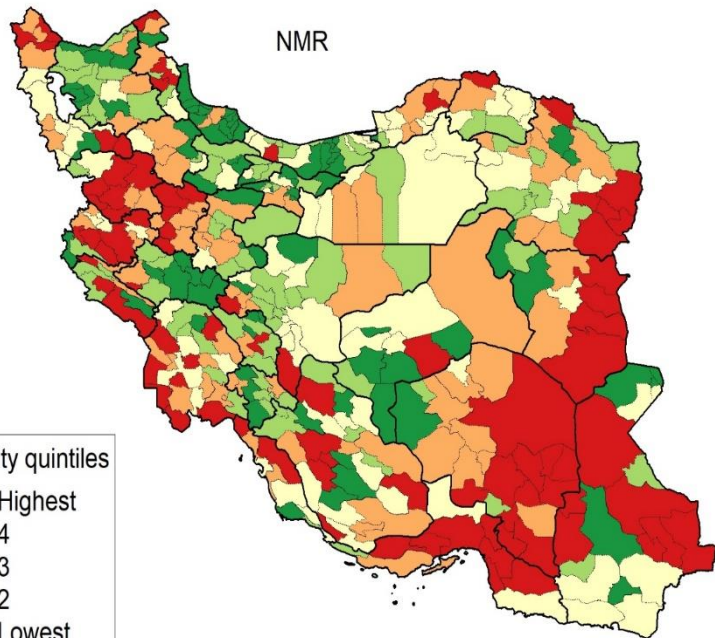
Results: We found a pro-rich inequality in the mortality rates of main NCDs among various socioeconomic groups in Iran. The mortality rates of main NCDs were significantly higher among the richest socioeconomic groups in Iran. Our findings indicate that socioeconomic inequalities in mortality rates of main NCDs are a public health problem that needs to be addressed.

Conclusions: This study showed a pro-rich inequality in the mortality rates of main NCDs among various socioeconomic groups in Iran. We call for expanding the coverage of complementary insurance to reduce inequality of hypertension prevalence and control as compared with other factors. It can be manipulated in short run. We furthermore advocate for interventions to reduce the inequality of hypertension control between rural and urban areas.



- A:** Estimated the Neoplasms mortality rate by district
B: Estimated the Diseases of the circulatory system mortality rate by district
C: Estimated the Diabetes mortality rate by district
D: Estimated the Respiratory system mortality rate by district

Maps of estimated NCDs mortality rate by district, Iran, average 2016-2018



Estimated NMR, IMR and U5MR per 1000 live births by district, Iran, average 2016-2018

مقدمه

- توزیع پیامدهای سلامت در بین استان های کشور متفاوت است و در بین و درون استان ها نابرابری هایی وجود دارد.
- بخش عمده ای از این نابرابری ها مربوط به نظام سلامت و برخی دیگر متاثر از ویژگی های خاص هر استان که جز متغیرهای اقتصادی اجتماعی آن استان محسوب می شوند می باشند. به عبارتی:
- عوامل اقتصادی و اجتماعی استان های مختلف کشور متفاوت هستند و این تفاوت بر نابرابری های سلامت تاثیر گذار است و آنها را تشدید می نماید. لذا:
- شناسایی این عوامل به تفکیک استان هامی تواند شواهد ارزشمندی برای سیاست گذاری سلامت به اقتضای هر استان فراهم نماید.

مقدمه

- شورای سلامت و امنیت غذایی، اداره های SDH در معاونت های بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی SDH در کشور ما نیز در همین جهت و با هدف انجام اقدامات وسیع و بین بخشی در جهت شناسایی و تولید شواهد در خصوص SDH (مراکز تحقیقاتی) و تلاش در جهت مرتفع نمودن این عوامل و رفع نابرابری ها (شورای سلامت و امنیت غذایی و معاونت های بهداشت) مشغول به فعالیت هستند.
- پروتکل حاضر نیز به عنوان یکی از وظایف مراکز تحقیقاتی SDH و با تولید دبیرخانه شبکه این مراکز (مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران) طراحی شده است تا با بهره گیری از آن و با توانمند سازی مراکز SDH کشور، به شناسایی و اولیت بندی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت استان بپردازد.
- پیش نویس اولیه پروتکل برگرفته از مرور مطالعات می باشد.

اهداف پژوهش

- تعیین بار بیماری های استان به تفکیک شهرهای استان / مناطق شهری، روستایی/بیماری های واگیر و غیر واگیر؛
- شناسایی ریسک فاکتورها به تفکیک پنج بیماری با اولویت بالا در استان؛
- شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت به تفکیک ریسک فاکتورهای شناسایی شده برای پنج بیماری با اولویت بالا در استان؛
- اولویت بندی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در استان.

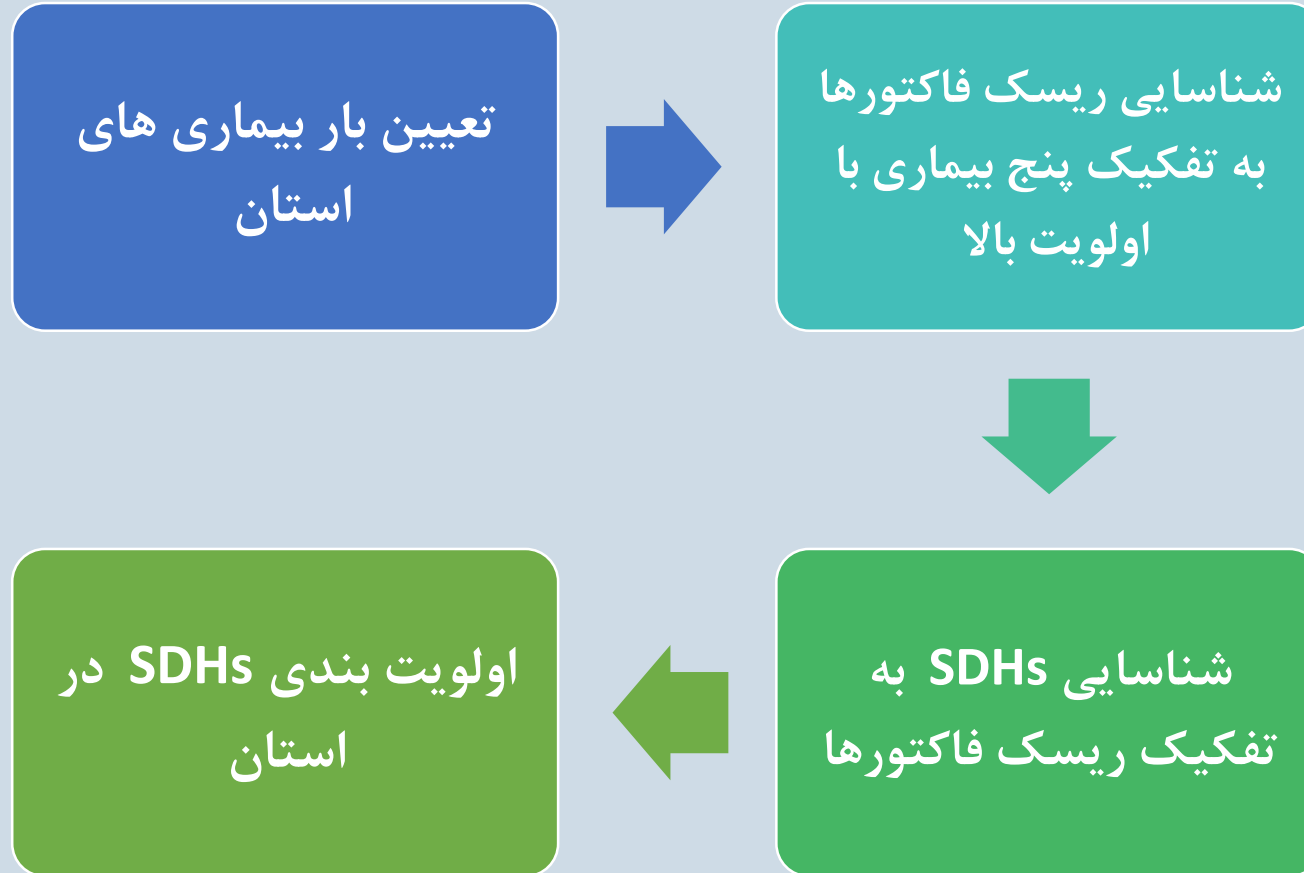
اهداف کاربردی

- شناخت عوامل اقتصادی اجتماعی اولویت دار به تفکیک هر استان.
- شناخت نابرابری های قابل اجتناب به تفکیک هر استان.
- تولید شواهد علمی در جهت سیاست گذاری های استانی با رویکرد عدالت در سلامت در همه سیاست ها.
- بهره گیری از شواهد تولید شده به عنوان ابزار حمایتی در سیاست گذاری های بین بخشی.
- بهره گیری از شواهد تولید شده به منظور استفاده از ظرفیت عظیم مشارکت عمومی در تأمین سلامت
- مدیریت و راهبری ظرفیت های اجتماعی در بخش سلامت در استان های کشور و هدایت آنها در جهت توسعه و ارتقاء نظام سلامت.



معرفی پیش نویس اولیه پروتکل
شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در
استان های کشور

روش کار؛ گام های اجرایی مطالعه



روش کار؛ گام اول: تعیین بار بیماری های استان

- بار بیماری ها باید به تفکیک انواع بیماری های واگیر و غیر واگیر و در سطوح هر شهرستان و همچنین به تفکیک جنس، سن و مناطق شهری و روستایی استخراج گردد.
- بار بیماری بر اساس YLDs (سالهای از دست رفته با ناتوانی) گزارش شود.
- منبع گردآوری داده ها در این مرحله عبارت خواهند بود از :
 - <https://vizit.report>
 - <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
 - Death registry of MoHME
 - Literature review
- اطلاعات به دست آمده با تفکیک کنندهای مشخص (جنس، سن، منطقه) با آمار توصیفی تحلیل و بیماری ها به تفکیک شیوع آنها و میزان مرگ و میری که در پی دارند، در سطح استان رتبه بندی خواهند شد.

روش کار؛ گام دوم: شناسایی عوامل خطر بیماری ها

- ریسک فاکتورها باید به تفکیک پنج بیماری که در گام پیش به عنوان بیماری های با شیوع بالا در استان شناسایی شدند، استخراج گردند.
- برای شناسایی ریسک فاکتورها به دو شیوه زیر می توان عمل نمود:
 - بهره گیری از مطالعه بار جهانی بیماری ها (GBD) و مطالعه استپس ۲۰۲۰
 - روش دوم و تکمیل کننده روش اول، بهره گیری از مرور متون می باشد.
- بعد از مرور متون و شناسایی ریسک فاکتورهای بیماری ها، موارد شناسایی شده بررسی و با شرایط استان تطبیق داده شوند؛ به این ترتیب که ریسک فاکتورهایی که در استان وجود دارند حفظ می شوند و مواردی که موضوعیت ندارند و یا اهمیت کمتری در استان دارند حذف می شوند.
- فرآیند حذف ریسک فاکتورها می تواند با مشارکت صاحب نظران این حوزه، شامل اپیدمیولوژیست های استان و مسئولین بهداشتی استان صورت گیرد.
- چالشی که در این مرحله از مطالعه وجود دارد، عدم لینک بین بار بیماری ها و ریسک فاکتورها می باشد. به این معنی که هم در بررسی های GBD و هم مطالعه استپس این دو به صورت مجزا گزارش می شوند.

روش کار؛ گام سوم: شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت استان

- در این مرحله با توجه به بار بیماری ها و ریسک فاکتورهایی که در مراحل قبل شناسایی شد، به شناسایی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت استان به تفکیک هریک از ریسک فاکتورهای مهم پرداخته خواهد شد.
- شناسایی این عوامل با بهره گیری از مرور متون و مصاحبه انجام خواهد شد.
- با توجه به وجود همپوشانی در SDH به تفکیک بیماری ها و ریسک فاکتورها، پس از شناسایی و تدوین لیست اولیه، غربالگری هایی در جهت خلاصه نمودن موارد SDH صورت خواهد گرفت.
- عوامل اجتماعی اقتصادی موثر بر سلامت به طور کلی شامل موارد زیر می باشند:

خلاصه علل و ریشه های نابرابری های سلامت

سیاست های کلان بالادستی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی کشور

فاکتورهای بین المللی، تحریم، فاکتورهای سیاسی، تعارض منافع، عدم اجرایی شدن سیاست ها، عدم وجود برنامه ها و سیاست های بلند

بیکاری، شغل

بیکاری، تفاوت پوشش بیمه ای بر حسب اشتغال، مشاغل غیررسمی، امنیت شغلی، آسیب های شغلی

فقر و نابرابری درآمدی

نابرابری در سلامت بر اساس سطح درآمد، ضریب جینی، فقر و مسکن، محرومیت اجتماعی

سطح تحصیلات

بی عدالتی آموزشی، تحصیلات والدین

محرومیت جغرافیایی

شهرنشینی، نابرابری در مناطق جغرافیایی و استان ها، مرزنشینی، حاشیه نشینی

نظام سلامت

نابرابری در مشارکت مالی، هزینه های کمرشکن سلامت، هزینه های فقرزای سلامت، پرداخت از جیب بالا، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش خدمات سلامت، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش جمعیت بیمه شده، سیاست های نامناسب در خصوص پوشش هزینه خدمات سلامت، نابرابری در دسترسی، بهره‌مندی و توزیع خدمات سلامت، عدم توزیع عادلانه خدمات، توزیع مناسب منابع انسانی بخش سلامت، نامتوازن بودن تعداد و نسبت تخت‌های بیمارستانی، عدم توزیع برابر امکانات تخصصی سلامت

حوادث و سوانح ترافیکی

عوامل خطر مرتبط با فرد، شامل: سن و جنسیت، وضعیت اقتصادی، مصرف الکل، سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی، اختلال خواب و خستگی راننده، استفاده از تلفن همراه، دید ناکافی و عدم رویت کاربران.

عوامل مرتبط با خودور یا وسایل نقلیه، شامل: عدم تناسب ابعادی و وزنی وسایط نقلیه تصادف کننده، استانداردهای ناکافی وسیله نقلیه

عوامل محیطی، شامل: کیفیت راه ها، دسترسی به خدمات فوریت های پزشکی، نشانه های اخطار دهنده، قانونگذاری در خصوص سرختر حمل و نقل بی‌افیکتی

سوء تغذیه

سوء تغذیه، محرومیت، فقر، سوء تغذیه کودکان، مصرف غذای ناکافی، عادت های نادرست غذایی، بیماری های عفونی و انگلی، کمبود آب سالم و سطح پایین بهداشت محیط در برخی مناطق، بارداری های مکرر و کم فاصله، روش های نادرست تغذیه کودکان و زنان، فعالیت های بدنی محدود و ضایعات مواد غذایی

محیط زیست

آلودگی هوا، پدیده گرد و غبار، نابرابری های استفاده از آب سالم، نابرابری های محیطی، آلودگی صوتی، دسترسی به مناطق سبز و تفریحی، در دسترس نبودن سوخت پاک و استفاده از سوخت جامد، بیماری های شغلی

سرمایه اجتماعی / سلامت اجتماعی

اعتماد، تعاون و احساس تعلق اجتماعی باعث نوعی نشاط و شادابی

تکامل کودکان در سالها ی اولیه زندگی

فقر، سوء تغذیه، بیماریهای عفونی در زنان باردار، نوزادان و کودکان، سموم محیطی، استرس، مواجهه با خشونت، خطرات روانی اجتماعی، مراقبت مختل، فقدان والدین، والدین بیمار، واگذاری و ترک، ناتوانیها و تأخیرات تکاملی

گروه های آسیب پذیر

کودکان کار، پناهندگان، کودکان/ سالمندان، معلولان و ناتوانی های جسمی-ذهنی، زنان سرپرست خانوار

سبک زندگی

فرآیند اجتماعی شدن، تغذیه تحرک بدنی، استرس، مصرف دخانیات و کیفیت خواب، بهداشت، آداب و رسوم، کار، بازی، سرگرمی، وقت گذرانی، روابط اجماعی، طرز تفکر، رفتار، احساسات و عواطف، طرز تلقیها، ارزشها

روش کار؛ گام چهارم: اولویت بندی SDHs در استان

○ شناسایی معیارهای اولویت بندی SDH

○ اولویت بندی عوامل اقتصادی و اجتماعی استان ها لازم است که با بهره گیری از معیارهای مشخص و مرتبط صورت گیرد. این معیارها از مرور جامع استخراج و با استفاده از شاخص های CVI و CVR برای شرایط نظام سلامت کشور و با بهره گیری از روش اجماع خبرگان بومی سازی خواهند شد.

○ اولویت بندی SDH استان

○ ورودی این مرحله از پژوهش عوامل اقتصادی و اجتماعی شناسایی شده استان و معیارهای اولویت بندی هستند. در نهایت ماتریس تصمیم شکل داده میشود. این ماتریس متشکل از سطر(عوامل اجتماعی موثر بر سلامت) و ستون (معیارها) خواهد بود.

○ نظرات خبرگان جهت ارزیابی هر یک از عوامل اقتصادی و اجتماعی و به تفکیک معیارها اخذ خواهد شد.

○ ، از روش مقایسات زوجی جهت استخراج اوزان معیارها و از روش ویکور فازی جهت سنجش میزان هر یک از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در هر یک از معیار استفاده خواهد شد.

○ در پایان این مرحله عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دار استان مشخص خواهند شد.

موارد و سوالات قابل بررسی در قالب کار گروهی

- سوال ۱: موارد کلیدی و چالش‌های اصلی گام اول چه مواردی می‌باشند؟
- سوال ۲: نظرات تکمیلی راجع به نحوه شناسایی یا محاسبه بار بیماری‌های هر استان در گام اول چیست؟
- سوال ۳: ضروری انجام گام اول را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
- سوال ۴: موارد کلیدی و چالش‌های اصلی گام دوم چه مواردی می‌باشند؟
- سوال ۵: نظرات و پیشنهادات در مورد روش کار بیان شده در گام دوم چیست؟
- سوال ۶: نظر شما در مورد چگونگی ارتباط دادن یافت‌های حاصل از بار بیماری‌ها و ریسک فاکتورهای آنها چیست؟
- سوال ۷: موارد کلیدی و چالش‌های اصلی گام دوم چه مواردی می‌باشند؟
- سوال ۸: نظرات و پیشنهادات در مورد روش کار بیان شده در گام دوم چیست؟
- سوال ۹: موارد کلیدی و چالش‌های اصلی گام دوم چه مواردی می‌باشند؟
- سوال ۱۰: نظرات و پیشنهادات در مورد روش کار بیان شده در گام دوم چیست؟