

## بررسی مدل های ارزیابی تأثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت: یک مطالعه مروری

حکیمه مصطفوی<sup>۱</sup>، عفت محمدی<sup>۲</sup>، امیرحسین نکیان<sup>۳</sup>، علیرضا اولیایی منش<sup>۴\*</sup>

۱. دکترای سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دکترای سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. پزشک، دکترای سیاستگذاری سلامت، گروه سلامت جهانی و سیاست گذاری عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. پزشک، دکترای سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

### چکیده

نابرابری های سلامت در گروه های جمعیتی، به عنوان چالش اساسی نظام های سلامت مطرح است و توجه به عدالت در سلامت، در سیاست های تدوین شده ضروری به نظر می رسد. هدف این مطالعه، بررسی مطالعات مربوط به ابزارها و مدل های ارزیابی تأثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت بود. مطالعه به صورت مرور نظام مند انجام شد و شواهد موجود در زمینه ابزارها و مدل های ارزیابی تأثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت و فرایند ارزیابی پیامدهای سلامت، از ابتدای سال ۲۰۰۵ تا انتهای سپتامبر ۲۰۲۲، به زبان انگلیسی و فارسی در پایگاه های اطلاعاتی داخلی و بین المللی مانند اسکوپوس، پابمد و موتور جست و جوی گوگل اسکالر بررسی گردید. در جست و جوی اولیه، ۱۶۹۰۱ مقاله به دست آمد. پس از غربالگری اولیه، چکیده ۲۴۳ مقاله بررسی شد. با مطالعه چکیده مقالات، ۹۹ مقاله وارد فاز مطالعه متن مقله و در نهایت، ۵۳ مقله وارد فاز نهایی تحلیل شدند. بررسی مطالعات نشان داد، در اغلب مدل های ارزیابی، چهار مرحله شامل غربالگری، شناسایی محدوده های ارزیابی تصمیم گیری، ارزیابی و پیگیری در نظر گرفته شده بود. بر اساس نتایج مطالعه، انتخاب ابزار مناسب برای ارزیابی تأثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت، مستلزم توجه به عوامل مختلف، همچون: زمان ارزیابی، سطح سیاست، منابع و امکانات موجود و جمعیت متأثر از سیاست مدنظر است.

**واژگان کلیدی:** پیامدهای سلامت، سیاست گذاری سلامت، سیاست های سلامت، عدالت در سلامت، مدل های ارزیابی عدالت در سلامت، نابرابری های سلامت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۳۱

\* نویسنده ی طرف مکاتبه:

علیرضا اولیایی منش

آدرس: مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

کد پستی: ۱۴۱۶۸۳۳۴۸۱

تلفن: ۰۲۱ - ۶۲۹۲۱۳۳۶

Email: [arolyaee@gmail.com](mailto:arolyaee@gmail.com)

## مقدمه

امروزه با وجود پیشرفت و بهبود میانگین شاخص های سلامت در همه کشورها، وجود نابرابری های سلامت در گروه های جمعیتی و جوامع مختلف همچنان به عنوان یک چالش اساسی نظام های سلامت در سطح ملی و بین المللی مطرح می باشد (۱).

عدالت از جمله معیارها و ارزشهای اجتماعی بسیار مهم در بخش سلامت می باشد که هر چند برقراری کامل آن حتی برای کشورهای توسعه یافته غیرممکن می باشد اما اغلب جوامع به دنبال دستیابی به آن در امور اجتماعی و از جمله بخش سلامت می باشند (۲). عدالت یک اصل اخلاقی بوده و بصورت جدی با حقوق اساسی انسانها مرتبط است. برخی از صاحب نظران عدالت در سلامت را به صورت " عدم وجود تفاوت های سیستماتیک در سلامت (یا در تعیین کننده های اجتماعی عمده سلامت) بین گروه هایی تعریف می کنند که از نظر رفاه، قدرت یا پرستیژ اجتماعی با یکدیگر متفاوت هستند (۱) براساس تعریف سازمان جهانی سلامت نابرابری در سلامت عبارتست از تفاوت در وضعیت سلامت یا توزیع تعیین کننده های اجتماعی آن در گروه های مختلف اجتماعی. زمانی که این نابرابریها قابل اجتناب و غیرعادلانه باشد بی عدالتی نامیده می شود (۳). نابرابری و بی عدالتی در بین جوامع مختلف نتیجه تعاملات پیچیده بین عوامل بیولوژیک، سبک زندگی، محیط و عوامل اقتصادی اجتماعی است که به تعیین کننده های اجتماعی سلامت معروف هستند. زندگی در وضعیت های نابرابر اجتماعی خود نتایجی از موقعیت های

## پیام های کلیدی

- بر اساس میزان اهمیت سیاست، میزان دسترسی به صاحب نظران و نیز وسعت سیاست یا برنامه مورد نظر، می توان از شیوه های مختلف برای طراحی ابزاری مناسب بهره گرفت؛ اما آنچه حایز اهمیت می باشد لزوم بهره مندی از شیوه های متعدد برای بالا بردن قدرت و دقت ابزار طراحی شده می باشد.
- چنانچه سیاستگذاران به دنبال بررسی دقیق اثرات یک سیاست و پایش ابعاد مختلف آن می باشند توصیه می شود به انجام ارزیابی بلندمدت با استفاده از ابزاری دقیق تر اقدام گردد.

ساختاری عمیق تری از جمله سیاست گذاری ها و برنامه های ضعیف، برنامه های اقتصادی غیرمنصفانه و دیپلماسی های نامناسب هستند (۴، ۵). این عوامل باعث شده اند درصد بالایی از مردم جهان از سلامت خوب بهره مند نباشند. عوامل اقتصادی و اجتماعی که تمامی ابعاد زندگی جوامع بشری را تحت تاثیر قرار داده اند باید بطور ویژه مورد توجه نظام های سلامت قرار گیرند تا دستیابی به هدف عدالت در سلامت حاصل گردد (۳). شرایط زندگی روزمره که خود نتیجه ای از محرک های فوق هستند، تعیین کننده های

اجتماعی سلامت را تشکیل می دهند. نظام های سلامت برای دستیابی به هدف عدالت در سلامت نیازمند توجه به این تعیین کننده ها می باشند (۳).

از الزامات بهبود "عوامل اجتماعی موثر بر سلامت"؛ توجه به سلامت و عدالت در سلامت در همه سیاست ها می باشد (۶). ضروری است که سلامت در دستور کار سیاست گذاران در تمامی سطوح و بخش های مختلف قرار گیرد و ایشان از پیامد تصمیمات خود بر روی سلامتی مردم آگاه و در قبال آن مسئول باشند (۸، ۹). یکی از مهمترین اقدامات در این جهت پرداختن به مقوله انواع ارزیابی های پیامدهای سلامت است تا از این طریق بتوان پیش از اجرای سیاست ها و برنامه ها تاثیرات منفی آنها را بر سلامت به حداقل و تاثیرات مثبت را به حداکثر افزایش داد (۱۰). در این میان، ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت ابزاری است که تاثیرات سلامت را با تمرکز بر عدالت در سلامت ارزیابی می نماید. ابزار ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت، یک ابزار پشتیبان تصمیم گیری است که کاربران را در راستای تعیین چگونگی تاثیر یک برنامه یا سیاست جدید بر گروه های جمعیتی مختلف راهنمایی می کند (۱۱). این نوع ارزیابی از فناوری ارزیابی پیامد سلامت استفاده می کند تا روشی مکمل و ساختار یافته برای ارزیابی پیامدهای بالقوه یک سیاست فراهم نماید. این چارچوب برای افرادی مناسب می باشد که در جایگاه بازنگری یک سیاست یا اقدام موجود یا بالقوه قرار داشته و می توانند در تغییر آن مشارکت کرده، یا بر آن تاثیر گذار باشند (۱۲).

در سال ۱۳۸۹ به منظور ارزیابی مقوله عدالت در سلامت در ایران، با مشارکت گروه بزرگی از خبرگان حوزه سلامت و برگزاری جلسات بین بخشی متعدد، تعداد ۵۲ شاخص در قالب

۵ حیطه بعنوان شاخصهای عدالت در سلامت، معرفی و به تصویب هیئت وزیران رسید (۱۳). با وجود آنکه در بسیاری از کشورهای جهان و در کشور ما مجموعه ای از شاخصهای تعیین کننده اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت برای ارزیابی وضعیت نابرابری و بی عدالتی در سلامت طراحی و تولید شده، ولی ابزاری بومی و استاندارد جهت ارزیابی عدالت در سلامت در سیاستگذاری های عمومی که بتواند راهنمایی برای سیاستگذاران در حیطه های مختلف سیاستهای عمومی و اجتماعی باشد تدوین نشده است با توجه به موارد پیشگفت به نظر می رسد بررسی چگونگی تاثیر سیاست های تدوین شده ملی بر عدالت در سلامت امری ضروری باشد و از این رو لازم است ابزارهای ارزیابی موجود در سطح بین المللی مورد بررسی و مقایسه قرار گیرند تا بتوان به استناد آنها ابزاری مناسب با بافتار و سیاستهای تدوین شده در کشور طراحی نمود. لذا در این مطالعه مروری نظام مند، به بررسی مدل های ارزیابی تاثیر سیاستها بر عدالت در سلامت پرداخته ایم تا به تفسیر و دسته بندی مطالعات انجام شده و نکات مورد تاکید در آنها در راستای ارزیابی عدالت در سلامت بپردازیم.

### روش کار

این مطالعه از نوع مرور نظام مند می باشد که به بررسی شواهد موجود در زمینه ی ابزارها و مدل های ارزیابی تاثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت و فرآیند ارزیابی پیامدهای سلامت پرداخته است. بازه بررسی مطالعات از ابتدای سال ۲۰۰۵ میلادی تا انتهای سپتامبر سال ۲۰۲۲ و به زبان انگلیسی و فارسی در پایگاه های اطلاعاتی بین المللی شامل PubMed / Medline Scopus و نیز موتور جستجوی Google Scholar بوده است. همچنین گزارش های سازمان

جهانی سلامت برای شناسایی ابزارها و مدل های ارزیابی تأثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت مورد بررسی قرار گرفتند .

راهبرد جستجو مورد استفاده در پایگاه های اطلاعاتی:

((("Health equity") OR ("Health inequality")) AND ((Assessment) OR (Measurement) OR (Evaluation)) AND ((Framework) OR (Tool) OR (Toolkit) OR (Checklist)) AND ((Impact) OR (Effect)) AND (Reporting Checklist) AND Health Policy ("Health system") AND

همچنین کلیدواژه های فارسی شامل نابرابری های سلامت، مدل های ارزیابی عدالت در سلامت، پیامدهای سلامت، سیاستهای سلامت، سیاست گذاری سلامت در پایگاههای magiran, Civilica, SID, NoorLib, Noormags, ISC مورد جستجو قرار گرفتند.

#### معیار های ورود

مطالعاتی وارد تحلیل شدند که به ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت و ارزیابی پیامدهای سلامت پرداخته بودند. مطالعاتی که به ارائه ابزار مفهومی و مدل مفهومی پرداخته بودند و همچنین مطالعاتی که به تشریح عدالت در سلامت پرداخته بودند نیز وارد تحلیل شدند. مطالعات مرتبط از ابتدای سال ۲۰۰۵ تا انتهای سپتامبر سال ۲۰۲۲ که به زبان انگلیسی و فارسی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعات در مقیاس های ملی، منطقه ای، ناحیه ای و یا نمونه های محدود بدون توجه به طراحی آنها (طولی، مقطعی، همگروهی، و ...) مورد توجه قرار گرفته اند. از نظر مفهوم عدالت نیز کلیه ی مطالعاتی که روش های مختلف ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت را در تحلیل داده های خود بکار برده بودند، واجد شرایط ورود به مطالعه بوده اند. همچنین مطالعاتی که به شکل پروتکل بودند و یا به معرفی ابزار پرداخته بودند وارد فاز نهایی شدند.

#### معیارهای خروج

مطالعاتی که به زبان های دیگری غیر از زبان انگلیسی و فارسی بودند، همچنین مطالعاتی که در خصوص سنجش عدالت و شاخص های عدالت در سلامت بودند و انواع مطالعاتی که به روش های مختلف به سنجش عدالت و معرفی شاخص های عدالت پرداخته بودند از مطالعه حذف شدند. به طور کلی، در فرآیند غربالگری مقالاتی که ویژگی های زیر را داشتند از مطالعات حذف شدند :

- مطالعاتی که به زبان های دیگری غیر از زبان انگلیسی و فارسی بودند
- پرداختن صرف به اهمیت ابزار ارزیابی عدالت در سلامت
- مرور تاریخچه
- مقاله هایی که به ارزیابی و سنجش شاخص های عدالت در سلامت پرداخته بودند
- مقاله هایی که چارچوب برای ارزیابی شاخص های عدالت و یا معرفی شاخص های عدالت در سلامت ارائه داده بودند (ما دنبال چارچوبی برای بررسی تأثیر سیاست بر عدالت در سلامت بودیم).
- بررسی تأثیر سیاست های مرتبط با عدالت در سلامت در شاخص های عدالت در سلامت
- بیان کلی و خروجی ارزیابی، بدون ارائه جزئیات مراحل اجرا
- پرداختن به موانع و چالش های ابزار ارزیابی عدالت در سلامت
- عدم کفایت اطلاعات ارائه شده در مقاله برای استفاده در پژوهش
- ارائه راهکارهایی برای ارتقای عدالت در سلامت

**روایی انجام مطالعه**

کنیم. اطلاعات مطالعات شامل اطلاعات عمومی و اختصاصی بودند. اطلاعات عمومی مقالات عبارت بودند از: نام نویسندگان، نوع مطالعه، سال اجرای آن، سطح انجام مطالعه و کشور انجام دهنده بود و اطلاعات اختصاصی مطالعات که از آن به عنوان خوراک اصلی طراحی مدل استفاده می شد، شامل: مراحل اجرای ابزار، معیارها، روش اجرای ابزار و ذینفعان اجرای ابزار بود (جدول ۱).

برای اطمینان از روایی فرآیند حذف و اضافه کردن مقالات، بررسی مطالعات توسط دو نفر از تیم پژوهش (این دو نفر دارای مدرک دکترای سیاستگذاری سلامت بوده و همچنین سابقه انجام مطالعات مروری نظام مند در حوزه سلامت، عدالت در سلامت، شاخص های سلامت و سایر موضوع های مشابه داشته اند) انجام شد؛ به این ترتیب که پس از غربالگری اولیه (حذف تکراری ها و نامرتبط ها) دو نفر از پژوهشگران تیم، مقالات را از منظر موضوع و مرتبط بودن و اطلاعات قابل استخراج بررسی نمودند و با اجماع دو نفر این فرآیند به اتمام رسید.

**تحلیل داده ها**

متون مقالات و مطالعات انتخابی به روش آنالیز روایتی یا داستانی مورد تحلیل قرار گرفتند. مقالاتی که معیارهای ورود را برای تحلیل نهایی کسب کردند، به صورت دقیق بررسی شدند؛ ابتدا اطلاعات کلی آنها در جدول معرفی مقالات ثبت می شد (جدول ۱)، سپس اطلاعات محتوایی مقاله با تمرکز بر یافته های مطالعه استخراج می شد و با توجه به اهداف مطالعه و موضوعاتی که در معیارهای ورود مطالعات شرح آن داده شد، از مقالات استخراج و یادداشت می شد. در نهایت یک گزارش از اطلاعات استخراج شده از مطالعات وارد شده به فاز نهایی تدوین گردید.

به منظور بررسی پیشینه یک موقعیت، تحلیل روایی بر داستان های روایی واقعی تمرکز می کند. بعلاوه، تحلیل روایی ضمن حفظ مولفه های زمینه ای پدیده، بررسی عمیق در سطح مورد را تشویق می کند. این نوع تجزیه و تحلیل، موارد را قادر می سازد تا از تجربیات زیسته خود معنا بگیرند. ابتدا جدول معرفی مقاله را ایجاد کردیم تا اطلاعات مربوط به هر مقاله را وارد

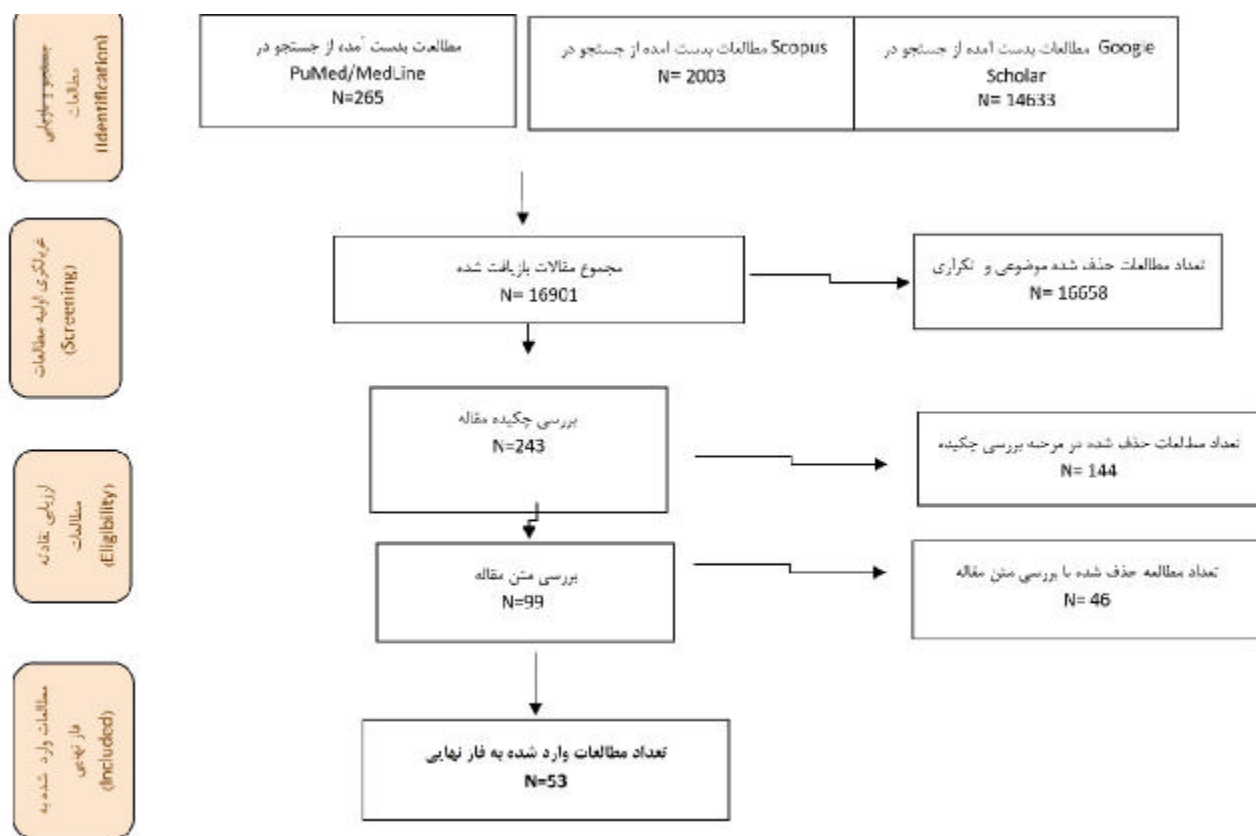
جدول شماره ۱- تحلیل توصیفی مقالات وارد شده به مطالعه

مشخصات مطالعات		
درصد	تعداد	
طراحی مطالعه	۲۶	کیفی
	۷	کمی
	۱۴	ترکیبی
سطح مطالعه	۶	مروری
	۱۵	بین المللی
	۳۱	ملی
سال انتشار	۷	محلی
	۵	۲۰۰۴-۲۰۰۹
	۱۸	۲۰۱۰-۲۰۱۵
	۳۰	۲۰۱۶-۲۰۲۲
	۲۶	۴۹.۵
	۷	۱۳.۲
	۱۴	۲۶.۴
	۶	۱۱.۳
	۱۵	۲۸.۳
	۳۱	۵۸.۵
	۷	۱۳.۲
	۵	۹.۴
	۱۸	۳۳.۹
	۳۰	۵۷.۶

برای تحلیل روایی مقالات، کدگذاری بلوک های روایت انجام شد. یافته های هر مقاله با استفاده از کدگذاری استقرایی سازماندهی شد. پس از آن بلوک ها بر اساس فرآیند-رویداد گروه بندی شدند. ما بلوک های یافته ها را در مراحل چرخه مرتبط و قابل مقایسه سازماندهی کردیم. موارد بررسی شده در هر مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. در نهایت، دو نفر از اعضای تیم تحقیق گزارشی از اطلاعات مطالعات وارد شده را

های مورد جستجو در نرم افزار End note باهم ترکیب شدند و با اجرای دستور حذف مقالات تکراری، مقالات تکراری حذف شدند. در پایان غربالگری اولیه ۱۶۶۵۸ مقله حذف و ۲۴۳ مقاله وارد مرحله بررسی چکیده شد. با مطالعه چکیده مقالات نیز ۱۴۴ مقاله حذف و ۹۹ مقاله وارد فاز مطالعه کل متن مقاله شد. با مطالعه متن ۹۹ مقاله، ۴۶ مقاله حذف و ۵۳ مقاله وارد فاز نهایی تحلیل شدند و با جزئیات کامل مطالعه و از اطلاعات آنها یادداشت برداری انجام شد. فرآیند بررسی مقالات در شکل ۱ ارائه شده است.

استخراج و در مرحله نهایی گردآوری کردند تا از اعتبار غربالگری اطمینان حاصل شود. با استفاده از راهبرد جستجوی طراحی شده، مطالعات بسیار متنوعی از جمله مطالعات ارزیابی پیامدهای سلامت و عدالت در سلامت، ارزیابی تأثیرات محیط زیست، ارزیابی تأثیرات اجتماعی و سنجش شاخص های عدالت در سلامت یافت شد، به همین دلیل حجم تعداد مطالعات اولیه قابل توجه بود (۱۶۹۰۱ مقله). در مرحله اول غربالگری، مطالعات بر اساس مرتبط بودن در پایگاه های مورد جستجو مرتب شدند و عناوین مطالعه شدند. همچنین در این مرحله مقالات پایگاه

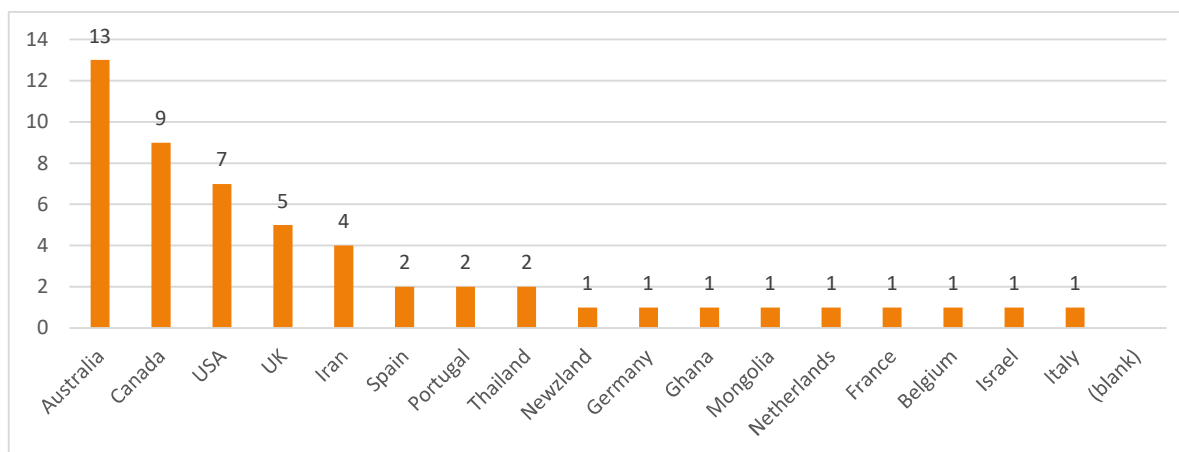


شکل شماره ۱ - روند غربالگری مطالعات بازیافت شده مدل های ارزیابی تأثیر سیاست‌ها بر عدالت در سلامت

## یافته ها

مطالعه). همچنین کشورهای کانادا و استرالیا دارای بیشترین مطالعات (۲۲ مطالعه) مرتبط با انواع ارزیابی های پیامدهای سلامت و پیامدهای عدالت در سلامت بوده اند (جدول ۱، نمودار ۱). در ادامه به بیان یافته های حاصل از تحلیل مطالعه ها بر اساس مراحل اجرای ابزار، شیوه طراحی ابزار، بازه زمانی اجرای طرح، گروه های جمعیت مورد بررسی پرداخته ایم.

بررسی توصیفی مطالعات نشان داد که از نظر طراحی مطالعات، بیشتر مطالعات به صورت کیفی انجام شده بودند (۲۶ مطالعه)، همچنین مطالعات انجام شده در این حیطه عمدتاً در سطح ملی طراحی و اجرا شده بودند (۳۱ مطالعه). بیشترین تعداد مطالعات در بازه زمانی ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۲ انجام شده اند (۳۰



نمودار شماره ۱- فراوانی مطالعات ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت به تفکیک کشورهای انجام دهنده

## مراحل اجرای ابزار

مراحل اجرای ابزار در مطالعات مختلف تفاوت‌های بسیاری محدودی با یکدیگر داشتند. در بسیاری از آنها این مراحل شامل غربالگری، شناسایی محدوده ارزیابی تصمیم‌گیری و توصیه‌ها ارزیابی و پیگیری بود (۱۴-۱۶). در برخی دیگر این مراحل دارای جزئیات بیشتری شامل مشخص کردن غربالگری اولیه، تعیین پارمترهای ارزیابی، شناسایی جمعیت مورد نظر، ارزیابی نهایی، ارزشیابی و پیگیری بود (۱۷-۱۹). همچنین در برخی از مطالعات این مراحل شامل غربالگری عمومی، محدوده بندی، ارزیابی و بازنگری و تاثیر گذاری بود (۲۰).

## شیوه طراحی ابزار

در خصوص شیوه طراحی ابزار، بررسی مطالعات یافت شده نشان داد از شیوه های متعددی برای طراحی ابزار می توان بهره گرفت بعنوان نمونه در برخی از مطالعات از پنل خبرگان و مصاحبه های نیمه ساختار یافته برای تدوین ابزار استفاده شده بود (۲۱). در برخی دیگر از پرسشنامه، مشاهده، مصاحبه های عمیق، بحث های گروهی متمرکز و فرم های چک لیست ظرفیت سازی استفاده شده بود (۱۱، ۱۲). همچنین در برخی دیگر از مطالعات از مرور متون، مصاحبه و برگزاری کارگاه های بین المللی برای جمع آوری نظرات و تدوین ابزار بهره گرفته

شده است (۲۲، ۲۳).

### بازه زمانی انجام ارزیابی

موضوع مهم دیگر بازه زمانی انجام ارزیابی بر اساس هدف مورد نظر می باشد بدین معنی که در مطالعاتی که هدف سیاستگذاران ارزیابی اثرات بالقوه و کوتاه مدت سیاست بود از ابزار ارزیابی سریع استفاده شده بود (۱۹، ۲۴-۲۶) ولی برای ارزیابی اثرات بلندمدت سیاست‌ها از ابزارهای ارزیابی جامع بهره گرفته شده بود (۲۷، ۲۸).

### گروه های جمعیت مورد بررسی

در برخی از مطالعات به ارزیابی اثرات سیاستها بر عدالت در سلامت گروه های مهاجران اقدام شده بود (۲۹) در برخی دیگر بر گروه های خاص همچون سالمندان تاکید شده است (۲۸) اما آنچه که در بسیاری از مطالعات مورد تاکید بوده است این بود

که ابتدا باید همه گروه‌های جمعیتی که احتمالاً تحت تأثیر اجرای مداخله مورد بررسی قرار می‌گیرند لیست شده و سپس اقدام به شناسایی گروه‌هایی که به‌عنوان منفعت پذیر، آسیب پذیر، و بسیار آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند نمود (۲۶، ۳۰، ۳۱). همچنین برخی از مطالعات توصیه نموده اند که فاکتورهایی همچون سن، موقعیت اجتماعی-اقتصادی، قومیت و فرهنگ، آسیب های موقعیت مکانی، و ناتوانی یا سایر وضعیت سلامت در گروههای جمعیتی مورد بررسی نظر گرفته شود (۳۲).

در جدول ۲ خلاصه اطلاعات مقالات تحلیل شده بر اساس عنوان مقاله، نوع مطالعه، کشور، سطح مطالعه و سال چاپ مقاله نشان داده شده است.

جدول ۲- خلاصه مشخصات مقالات تحلیل شده بر اساس سطح مطالعه، نوع مطالعه کشور، و سال انتشار

شماره منبع	سال انتشار	سطح مطالعه	کشور	نوع مطالعه	عنوان
(۲۷)	۲۰۱۸	ملی	کانادا	کمی	Equity reporting: a framework for putting knowledge mobilization and health equity at the core of population health status reporting
(۳۳)	۲۰۱۴	ملی	استرالیا	کمی	Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: three case studies
(۳۱)	۲۰۱۱	ملی	استرالیا	کمی	A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation
(۱۷)	۲۰۱۷	ملی	تایلند	ترکیبی	Capacity building process in environmental and health impact assessment for a Thai community
(۱۵)	۲۰۱۹	ملی	غنا	کمی	Community Health Impact Assessment in Ghana: Contemporary Concepts and Practical Methods
(۲۲)	۲۰۱۷	ملی	بلژیک	کیفی	Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: towards a conception of conceptual learning
(۱۰)	۲۰۱۴	ملی	آمریکا	کیفی	Health Impact Assessment in the United States
(۱۶)	۲۰۰۸	منطقه ای	استرالیا	ترکیبی	A health impact assessment on the construction phase of a major hospital redevelopment
(۳۲)	۲۰۱۳	بین المللی	نیوزیلند	مروری	Characteristics of health impact assessments reported in Australia and New Zealand 2005-2009
(۳۱)	۲۰۱۳	بین المللی	استرالیا	ترکیبی	Health equity impact assessment
(۲۵)	۲۰۱۸	ملی	پرتغال	ترکیبی	Equity-focused health impact assessment of Portuguese tobacco control legislation
(۲۱)	۲۰۱۸	ملی	آمریکا	مروری	Applying a health equity lens to evaluate and inform policy

شماره منبع	سال انتشار	سطح مطالعه	کشور	نوع مطالعه	عنوان
(۳۴)	۲۰۱۶	ملی	انگلیس	کمی	Informing Investment to Reduce Inequalities: A Modelling Approach
(۳۵)	۲۰۱۷	ملی	استرالیا	ترکیبی	A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities
(۱۸)	۲۰۲۰	ملی	ایران	کیفی	Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran
(۱۲)	۲۰۱۴	ملی	آمریکا	کیفی	Advancing Efforts to Achieve Health Equity: Equity Metrics for Health Impact Assessment Practice
(۳۶)	۲۰۱۹	ملی	آلمان	کیفی	Equity Impact Assessment of Interventions to Promote Physical Activity among Older Adults: A Logic Model Framework
(۳۷)	۲۰۲۰	ملی	اسپانیا	ترکیبی	Framework for Participatory Quantitative Health Impact Assessment in Low- and Middle-Income Countries
(۳۸)	۲۰۱۸	ملی	ایران	کیفی	Implementing Health Impact Assessment at National Level: An Experience in Iran
(۳۹)	۲۰۱۰	ملی	آلمان	ترکیبی	Health impact assessment in planning: Development of the design for health HIA tools
(۲۶)	۲۰۱۲	ملی	مغولستان	کیفی	An equity tool for health impact assessments: Reflections from Mongolia
(۳۰)	۲۰۰۷	ملی	استرالیا	مروری	Health impact assessment and urbanisation. Lessons from the NSW HIA Project
(۴۰)	۲۰۱۹	ملی	آمریکا	ترکیبی	A systematic approach to equity assessment for digital health interventions: case example of mobile personal health records
(۴۱)	۲۰۱۶	ملی	آمریکا	مروری	Integrating Health Equity In to Practice and Policy
(۴۲)	۲۰۱۸	بین المللی	کانادا	کیفی	Critical considerations for the practical utility of health equity tools: a concept mapping study
(۴۳)	۲۰۲۱	بین المللی	کانادا	کیفی	Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment
(۲۹)	۲۰۱۶	بین المللی	کانادا	مروری	Health Equity Tools in Canada
(۱۹)	۲۰۱۰	بین المللی	آمریکا	مروری	Health Impact Assessment (HIA) for Planners: What Tools Are Useful?
(۴۴)	۲۰۱۶	ملی	ایتالیا	کیفی	Development of Guidelines for Health Impact Assessment in Southern Italy
(۴۵)	۲۰۲۰	منطقه ای	پرتغال	کیفی	Assessing Urban Health Inequities through a Multidimensional and Participatory Framework: Evidence from the EURO-HEALTHY Project
(۴۶)	۲۰۲۰	ملی	اسرائیل	ترکیبی	Developing a National Set of Health Equity Indicators Using a Consensus Building Process
(۴۷)	۲۰۱۷	بین المللی	انگلیس	ترکیبی	Development of an Urban Health Impact Assessment methodology: indicating the health equity impacts of urban policies
(۲۰)	۲۰۲۱	منطقه ای	تایلند	کیفی	The Development of a Rapid Health Impact Assessment Model for Songkhla Special Economic Zone (SEZ) Policy in Southern Thailand
(۴۸)	۲۰۱۵	ملی	ایران	ترکیبی	Proposing a framework for Health Impact Assessment in Iran
(۴۹)	۲۰۲۱	ملی	انگلیس	کیفی	Using health impact assessment (HIA) to understand the wider health and wellbeing implications of policy decisions: the COVID-19 'staying at home and social distancing policy' in Wales
(۵۰)	۲۰۱۷	منطقه ای	کانادا	کیفی	Use of concurrent mixed methods combining concept mapping and focus groups to adapt a health equity tool in Canada
(۵۰)	۲۰۰۹	ملی	استرالیا	کیفی	The role of Health Impact Assessment in promoting population health and health equity
(۵۱)	۲۰۱۱	بین المللی	انگلیس	کیفی	The gradient in health inequalities among families and children: A review of evaluation frameworks
(۵۲)	۲۰۱۴	بین المللی	استرالیا	کیفی	The fit between health impact assessment and public policy: Practice meets theory

شماره منبع	سال انتشار	سطح مطالعه	کشور	نوع مطالعه	عنوان
(۵۳)	۲۰۱۲	ملی	استرالیا	کیفی	The essential elements of health impact assessment and healthy public policy: a qualitative study of practitioner perspectives
(۱۴)	۲۰۱۳	بین المللی	استرالیا	کیفی	The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005–2009
(۵۴)	۲۰۱۵	ملی	اسپانیا	کیفی	Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on Rural Areas
(۵۵)	۲۰۱۷	ملی	انگلیس	کمی	Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns
(۵۶)	۲۰۰۹	ملی	استرالیا	کیفی	Process and impact evaluation of the Greater Christchurch Urban Development Strategy Health Impact Assessment
(۵۷)	۲۰۱۷	بیم المللی	کانادا	ترکیبی	GRADE equity guidelines 3: considering health equity in GRADE guideline development: rating the certainty of synthesized evidence
(۵۸)	۲۰۱۸	منطقه ای	کانادا	کیفی	Embedding health equity strategically within built environments
(۵۹)	۲۰۱۵	منطقه ای	استرالیا	کیفی	The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework
(۶۰)	۲۰۱۷	بین المللی	استرالیا	ترکیبی	What makes health impact assessments successful? Factors contributing to effectiveness in Australia and New Zealand
(۶۱)	۲۰۱۷	بین المللی	کانادا	ترکیبی	GRADE Equity Guidelines 4: Guidance on how to assess and address health equity
(۲۹)	۲۰۱۸	ملی	کانادا	کیفی	HEIA tools: inclusion of migrants in health policy in Canada
(۶۲)	۲۰۰۴	بین المللی	هلند	کمی	Quantitative health impact assessment: current practice and future directions

## بحث

که به برنامه عملیاتی گره بخورد. ضروری است ارزیابی به مدت طولانی پس از اجرای برنامه ادامه یابد.

یافته های مطالعه نشان داد اگرچه تمام مدل های ارزیابی بررسی شده یک رویکرد کلی گام به گام (شامل غربالگری، شناسایی محدوده ارزیابی تصمیم گیری، ارزیابی و پیگیری) را دنبال می کنند اما انعطاف پذیری قابل ملاحظه ای در اینکه این فرآیند چگونه می تواند انجام شود وجود دارد. این رویکرد می تواند از نظر سطح شدت و زمان اختصاص داده شده و اینکه آیا مدل ارزیابی به عنوان یک مدل مستقل یا یکپارچه همراه با سایر مدل های ارزیابی مورد استفاده قرار گیرد، متفاوت باشد.

بر اساس مطالعات انجام شده؛ اگرچه تعداد ابزارهای ارزیابی عدالت در سلامت رو به افزایش می باشند، اما این مساله که این ابزارها بطور کاربردی طراحی شوند بطوریکه احتمال موفقیت اجرا و اثرگذاری آنها زیاد باشد، کمتر مورد توجه قرار گرفته

هدف از مطالعه حاضر بررسی شواهد موجود در زمینه ی ابزارها و مدل های ارزیابی تأثیر سیاست ها بر عدالت در سلامت و فرآیند ارزیابی پیامدهای سلامت بود تا از این طریق بتوان به صورت جزئی و تخصصی تر، روش های چگونگی ارزیابی تأثیر سیاست ها بر ابعاد مختلف عدالت را بررسی نمود. یافته های مطالعه نشان دادند که روش های متعددی برای طراحی و اجرای "ارزیابی پیامدهای عدالت در سلامت" وجود دارد. بر اساس یافته های مطالعه می توان اذعان نمود مدلها یا چارچوبهای ارزیابی پیامدهای سلامت به بررسی مداوم شاخص های مرتبط با عدالت در سلامت پس از استقرار پروژه یا سیاست به منظور درک اینکه چگونه نابرابری های سلامت و عوامل تعیین کننده آن در طول زمان تغییر می کنند، می پردازند. ارزیابی سیاست یا برنامه زمانی به بهترین شکل و به طور موفق انجام می شود

است (۳۰). برخی از مطالعات بر این نکته تاکید داشتند که دو مفهوم ارزیابی برابری های سلامت و سیاست عمومی سالم هرچند متفاوت می باشند اما در مواردی همدیگر را تقویت می کنند. ارزیابی برابری های سلامت به قابل پیش بینی بودن نتایج سیاستهای عمومی سلامت کمک می کنند. نویسندگان توصیه می کنند این دو در کنار هم استفاده شوند تا نتایج بهتری از اجرای سیاستهای سلامت به دست آید (۴۵).

مطالعات نشان دادند از شیوه های متعددی برای طراحی ابزار بهره گرفته می شود بعنوان نمونه در برخی از مطالعات از پنل خبرگان و مصاحبه های نیمه ساختار یافته برای تدوین بررسی مدلها و ابزارهای تدوین شد در حالی که در برخی دیگر از پرسشنامه، مشاهده، مصاحبه های عمیق، بحث های گروهی متمرکز یا حتی کارگاههای بین المللی استفاده شده بود. این موضوع را می توان اینگونه تفسیر نمود که بر اساس میزان اهمیت سیاست، میزان دسترسی به صاحب نظران و نیز بر اساس وسعت سیاست یا برنامه مورد نظر می توان از شیوه های مختلف برای طراحی ابزاری مناسب بهره گرفت اما آنچه که حایز اهمیت می باشد لزوم بهره مندی از شیوه های متعدد برای بالا بردن قدرت و دقت ابزار طراحی شده می باشد.

از نظر بازه زمانی انجام ارزیابی نیز می توان استدلال نمود چنانچه هدف سیاستگذاران دسترسی به داده های فوری می باشد می توان از یک ابزار مختصر که شامل ابعاد کلی در خصوص سیاست یا برنامه مورد نظر می باشد استفاده کرد اما چنانچه سیاستگذاران به دنبال بررسی دقیق اثرات یک سیاست و پایش ابعاد مختلف آن می باشند باید اقدام به انجام ارزیابی بلندمدت با استفاده از ابزاری دقیق تر نمود.

بررسی مدلها و ابزارهای تدوین شده در مطالعات نشان داد

به منظور ارتقاء سلامت مردم، عدالت در سلامت باید در خط مقدم استراتژی ارتقای سلامت جمعیت باشد و به رویکردهای چند جانبه برای ایجاد عدالت در سلامت توجه شود (۲۷، ۵۱، ۵۸). این امر امکان بررسی عمیق تر علل ریشه ای و اجرای راه حل هایی را فراهم می کند که بر بستن شکاف های عدالت در سلامت مشاهده شده در جوامع تمرکز می کند. بر اساس یافته های مطالعات بررسی شده؛ می توان از عدالت در سلامت بعنوان کاتالیزوری برای تشویق مشارکت ذینفعان مختلف در سیاستهای سلامت و برنامه ریزی مداخلاتی برای افزایش پیامدهای مبتنی بر عدالت در سلامت استفاده نمود (۵۵). به دیگر سخن، این امر فرصت هایی را برای توانمندسازی جمعیت های آسیب پذیر یا دارای اولویت برای مشارکت در فرآیندهای برنامه ریزی و تصمیم گیری شهرداری فراهم می کند و نیازهای منحصربه فرد آنها را هنگام برنامه ریزی برای مداخلات در نظر می گیرد. بسیاری از مطالعات بررسی شده بر لزوم مشارکت و جلب همکاری ذینفعان مختلف شامل شهرداری ها، نمایندگان مردم، سازمان های غیردولتی مرتبط و همچنین گروههای هدف مستقیم به عنوان ابزاری برای رعایت عدالت در سلامت تاکید داشته اند (۲۳، ۴۶، ۵۴، ۶۳).

برخی از مطالعات مورد بررسی بر لزوم توجه به عدالت در سلامت برای گروههای مختلف جمعیت از جمله جمعیت مهاجران تاکید داشتند. بنا بر یکی از مطالعات هرچند چالش هایی از قبیل دشواری یافتن داده ها و انجام تفسیرهای مبتنی بر شواهد؛ کمبود اطلاعات و آگاهی از ابتکارات میان رشته ای و فرابخشی موجود که بر سلامت مهاجران اثر می گذار، عدم حمایت رهبران محلی در جمع آوری و گنجاندن اطلاعات مبتنی بر شواهد (تحقیق و تولید داده ها) در تصمیم گیری های

### نتیجه‌گیری

آنچه که از مطالعات بررسی شده بر می‌آید این است که هرچند چارچوب‌ها و ابزارهای متفاوتی برای ارزیابی عدالت در سلامت وجود دارد اما برخی ملاحظات از قبیل لزوم تأکید بر توجه به عدالت در مأموریت و اهداف سازمان‌ها، لزوم جلب مشارکت گروه‌های مختلف جامعه در تدوین برنامه‌های سلامت محور و لزوم استفاده گام به گام از ابزارهای ارزیابی عدالت در سلامت باید مورد توجه ویژه سیاستگذاران قرار گیرند. همچنین لازم است از همان ابتدای تدوین مداخلات یا برنامه‌های سیاستی؛ یک ابزار ارزیابی برای بررسی و ارزیابی پیامدهای سلامت در نظر گرفته شود به گونه‌ای که از همان ابتدا برقراری عدالت بعنوان یکی از اهداف اصلی هر سیاست و برنامه‌ای مورد توجه قرار گیرد و بر آن تأکید گردد.

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی در این مطالعه نداشته‌اند.

مربوط به سیاستگذاری سلامت وجود دارد اما پرداختن به این موضوع با توجه به افزایش تعداد جمعیت‌های مهاجر در سالهای اخیر؛ بتدریج باعث مرتفع نمودن مشکلات موجود در میان این جمعیت و افزایش عدالت محور خدمات خواهد شد (۶۴). به نظر می‌رسد با توجه به تعداد بالای مهاجران افغانی در کشور و افزایش روزافزون جمعیت آنان به دلیل زاد و ولدهای بالا توجه به نیازمندی‌های این گروه بویژه در سیاست‌های سلامت کشور ضروری باشد. همچنین مطالعه دیگری نشان داد برای بررسی عدالت در سلامت و اثرات نهایی آن، باید هم به دستورالعمل‌های عمومی و هم در دستورالعمل‌هایی که بر جمعیت‌های محروم تمرکز دارند، توجه نمود. نویسندگان دو رویکرد را برای ترکیب ملاحظات مربوط به عدالت در سلامت برابری پیشنهاد نموده‌اند: ارزیابی تأثیر بالقوه مداخلات بر حقوق ذینفعان و ترکیب ملاحظات عدالت هنگام قضاوت یا سنجیدن هر یک از شواهد با معیارهای تصمیم‌گیری (۵۹).

موضوع بسیار مهم دیگر در مطالعات بررسی شده؛ تأکید آنها بر تبدیل نمودن موضوع عدالت در سلامت به اولویت سازمانی، داوطلبانه بودن استفاده از آن در سازمانها، استفاده مشارکتی از آن و استفاده از ابزار طراحی شده در تمام سطوح سازمانی می‌باشد (۴۱). بدیهی است چنانچه موضوع عدالت در سلامت جزو ارزش‌های بلامنازع سازمان‌های مختلف با هر نوعی از فعالیت باشد بتدریج زمینه برای عدالت محور شدن سیاست‌ها و برنامه‌های طراحی شده برای سطوح مختلف جامعه فراهم خواهد شد.

## منابع

1. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57(4):254-8.
2. Arash Rashidian MA, Hakimeh Mostafavi. Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2017;6(16):757-47.
3. Health WCoSDo, Organization WH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report: World Health Organization; 2008.
4. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*: Oup Oxford; 2005.
5. Reutter L, Kushner KE. 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing. *Nursing inquiry*. 2010;17.۸۰-۲۶۹:(۳)
6. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. *Health in all policies: prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health Helsinki; 2006.
7. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D, et al. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. *Health promotion international*. 2014;29(suppl\_1):i130-i42.
8. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. *Health in all policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. 2013.
9. Olyaeemanesh A, Takian A, Mostafavi H, Mobinizadeh M, Bakhtiari A, Yaftian F, et al. Health Equity Impact Assessment (HEIA) reporting tool: developing a checklist for policymakers. *International Journal for Equity in Health*. 2023;22(1):241.
10. Dannenberg AL, Bhatia R, Cole BL, Dora C, Fielding JE, Kraft K, et al. Growing the field of health impact assessment in the United States: an agenda for research and practice. *American Journal of Public Health*. 2006;96(2):262-7.
11. Povall SL, Haigh FA, Abrahams D, Scott-Samuel A. Health equity impact assessment. *Health Promotion International*. 2014;29(4):621-33.
12. Heller J, Givens ML, Yuen TK, Gould S, Benkhalti Jandu M, Bourcier E, et al. Advancing efforts to achieve health equity: equity metrics for health impact assessment practice. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(11):11054-64.
13. SHarif Torkaman nejad AN, Mohammadreza Maleki, Leila Riahi. Evaluating health equity indicators in Iran. *Journal of Healthcare Management Research* 2012;4(9):31-21.
14. Haigh F, Baum F, Dannenberg AL, Harris MF, Harris-Roxas B, Keleher H, et al. The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 20۰۰-۲۰۰۹. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1-9.
15. Aboagye D-C, Akuffo K, Khan HT. Community health impact assessment in Ghana: contemporary concepts and practical methods. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2019;56:0.۰۴۶۹۰۸۰۱۹۸۴۵۲۹۲
16. Maxwell M, Harris P, Peters S, Thornell M, D'Souza L. A health impact assessment on the construction phase of a major hospital redevelopment. *Australian Health Review*. 2008;32(3):509-19.
17. Chaithui S, Sithisarankul P, Hengpraprom S. CAPACITY BUILDING PROCESS IN ENVIRONMENTAL AND HEALTH IMPACT ASSESSMENT FOR A THAI COMMUNITY. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*. 2017;48(2):407-20.
18. Damari B, Heidari A, Bonab MR, Moghadam

- AV. Designing a toolkit for the assessment of Health in All Policies at a national scale in Iran. *Health Promotion Perspectives*. 2020;10(3):244.
19. Forsyth A, Schively Slotterback C, Krizek K. Health impact assessment (HIA) for planners: what tools are useful? *Journal of Planning Literature*. 2010;24(3):231-45.
20. Benjatanawat S, Isaramalai S-A, Muenhor D. The Development of a Rapid Health Impact Assessment Model for Songkhla Special Economic Zone (SEZ) Policy in Southern Thailand. *Iranian Journal of Public Health*. 2021;50(1):130.
21. Douglas MD, Willock RJ, Respress E, Rollins L, Tabor D, Heiman HJ, et al. Applying a health equity lens to evaluate and inform policy. *Ethnicity & disease*. 2019;29(Suppl 2):329.
22. Feyaerts G, Deguerry M, Deboosere P, De Spiegelaere M. Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: towards a conception of conceptual learning. *Global health promotion*. 2017;24(2):16-24.
23. ASADI LM, VAEZ MMR, Faghihzadeh S, Montazeri A, KALANTARI N, MAHER A, et al. The application of urban health equity assessment and response tool (Urban HEART) in Tehran; concepts and framework. 2010.
24. Sohrabi S, Dadashova B, Khreis H, Sener IN, Zmud J. Quantifying the health and health equity impacts of autonomous vehicles: a conceptual framework and literature review. *Journal of Transport & Health*. 2021;22:101120.
25. Costa A, Cortes M, Sena C, Nunes E, Nogueira P, Shivaji T. Equity-focused health impact assessment of Portuguese tobacco control legislation. *Health Promotion International*. 2018;33(2):279-87.
26. Snyder J, Wagler M, Lkhagvasuren O, Laing L, Davison C, Janes C. An equity tool for health impact assessments: Reflections from Mongolia. *Environmental Impact Assessment Review*. 2012;34:83-91.
27. Ann DL, Susan S, Val M, Margaret H-B, Donna A. Equity reporting: a framework for putting knowledge mobilization and health equity at the core of population health status reporting. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*. 2018;38(3):116.
28. Ross CL, Orenstein M, Botchwey N. *Health impact assessment in the United States: Springer Science & Business Media*; 2014.
29. Pottie K, Agic B, Archibald D, Ratnayake A, Tapia M, Thanos J. HEIA tools: inclusion of migrants in health policy in Canada. *Health promotion international*. 2019;34(4):697-705.
30. Harris PJ, Harris-Roxas BF, Harris E, Kemp LA. Health impact assessment and urbanisation. Lessons from the NSW HIA Project. *New South Wales Public Health Bulletin*. ۲۰۱۶-۱۹۸:(۱۰)۱۸;۲۰۰۷.
31. Harris-Roxas BF, Harris PJ, Harris E, Kemp LA. A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. *International journal for equity in health*. 2011;10.۱۲-۱:(۱)
32. Haigh F, Harris E, Chok HN, Baum F, Harris-Roxas B, Kemp L, et al. Characteristics of health impact assessments reported in Australia and New Zealand 2005–2009. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2013;37(6):534-46.
33. Harris-Roxas B, Haigh F, Travaglia J, Kemp L. Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: three case studies. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):1-22.
34. McAuley A, Denny C, Taulbut M, Mitchell R, Fischbacher C, Graham B, et al. Informing investment to reduce inequalities: a modelling approach. *PloS one*. 2016;11(8):e0159256.

35. Freeman T, Javanparast S, Baum F, Ziersch A, Mackean T. A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities. *International Journal of Public Health*. 2018;63:567-75.
36. Lehne G, Voelcker-Rehage C, Meyer J, Bammann K, Gansefort D, Brüchert T, et al. Equity impact assessment of interventions to promote physical activity among older adults: a logic model framework. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(3):420.
37. Thondoo M, De Vries DH, Rojas-Rueda D, Ramkalam YD, Verlinghieri E, Gupta J, et al. Framework for participatory quantitative health impact assessment in low-and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(20):7688.
38. Damari B, Vosoogh-Moghaddam A, Riazi-Isfahani S. Implementing health impact assessment at National Level: an experience in Iran. *Iranian journal of public health*. 2018;47(2):246.
39. Forsyth A, Slotterback CS, Krizek KJ. Health impact assessment in planning: Development of the design for health HIA tools. *Environmental Impact Assessment Review*. 2010;30(1):42-51.
40. Were MC, Sinha C, Catalani C. A systematic approach to equity assessment for digital health interventions: case example of mobile personal health records. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2019;26(8-9):884-90.
41. Richardson LD. Integrating health equity into practice and policy. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2016;22:S107-S9.
42. Pauly B, Martin W, Perkin K, van Roode T, Kwan A, Patterson T, et al. Critical considerations for the practical utility of health equity tools: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*. 2018;17(1):1-13.
43. Benkhalti M, Espinoza M, Cookson R, Welch V, Tugwell P, Dagenais P. Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment. *International journal of technology assessment in health care*. 2021;37(1):e17.
44. Bert F, Gualano MR, Di Stanislao F, Siliquini R, Tozzi Q, Pizzuti R, et al. Development of guidelines for health impact assessment in Southern Italy. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2016;22(4):395-402.
45. Freitas Â, Rodrigues TC, Santana P. Assessing urban health inequities through a multidimensional and participatory framework: Evidence from the EURO-HEALTHY project. *Journal of Urban Health*. 2020;97(6):857-75.
46. Wilf-Miron R, Avni S, Valinsky L, Myers V, Ziv A, Peretz G, et al. Developing a national set of health equity indicators using a consensus building process. *International journal of health policy and management*. 2021.
47. Pennington A, Dreaves H, Scott-Samuel A, Haigh F, Harrison A, Verma A, et al. Development of an Urban Health Impact Assessment methodology: indicating the health equity impacts of urban policies. *The European Journal of Public Health*. 2017;27(suppl\_2):56-61.
48. Fakhri A, Harris P, Maleki M. Proposing a framework for health impact assessment in Iran. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-7.
49. Green L, Ashton K, Azam S, Dyakova M, Clemens T, Bellis MA. Using health impact assessment (HIA) to understand the wider health and well-being implications of policy decisions: the COVID-19 'staying at home and social distancing policy' in Wales. *BMC public health*. 2021;21(1):1-12.
50. Wise M, Harris P, Harris-Roxas B, Harris E. The role of health impact assessment in promoting population health and health equity. *Health Promotion Journal of Australia*. 2009;20(3):172-9.

51. Davies JK, Sherriff N. The gradient in health inequalities among families and children: a review of evaluation frameworks. *Health policy*. 2011;101(1):1-10.
52. Harris P, Sainsbury P, Kemp L. The fit between health impact assessment and public policy: Practice meets theory. *Social science & medicine*. 2014;108:46-53.
53. Harris PJ, Kemp LA, Sainsbury P. The essential elements of health impact assessment and healthy public policy: a qualitative study of practitioner perspectives. *BMJ open*. 2012;2(6):e001245.
54. Tolosana ES. Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on rural areas. *Saúde e Sociedade*. 2015;24:515-26.
55. Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, Asaria M, Dawkins B, Norheim OF, et al. Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. *Value in Health*. 2017;20(2):206-12.
56. Mathias KR, Harris-Roxas B. Process and impact evaluation of the greater Christchurch urban development strategy health impact assessment. *BMC Public Health*. 2009;9(1):1-12.
57. Welch VA, Akl EA, Pottie K, Ansari MT, Briel M, Christensen R, et al. GRADE equity guidelines 3: considering health equity in GRADE guideline development: rating the certainty of synthesized evidence. *Journal of clinical epidemiology*. 2017;90:76-83.
58. Janzen C, Marko J, Schwandt M. Embedding health equity strategically within built environments. *Canadian Journal of Public Health*. 2018;109(4):590-7.
59. Harris-Roxas B, Harris E. The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework. *Environmental Impact Assessment Review*. 2013;42:51-9.
60. Haigh F, Harris E, Harris-Roxas B, Baum F, Dannenberg AL, Harris MF, et al. What makes health impact assessments successful? Factors contributing to effectiveness in Australia and New Zealand. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-12.
61. Pottie K, Welch V, Morton R, Akl EA, Eslava-Schmalbach JH, Katikireddi V, et al. GRADE Equity Guidelines 4: Guidance on how to assess and address health equity within the evidence to decision process. *Journal of clinical epidemiology*. 2017;90:84.
62. Veerman JL, Barendregt J, Mackenbach JP. Quantitative health impact assessment: current practice and future directions. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005;59(5):361-70.
63. Brinda EM, Attermann J, Gerdtham U-G, Enemark U. Socio-economic inequalities in health and health service use among older adults in India: results from the WHO Study on Global AGEing and adult health survey. *Public Health*. 2016;141:32-41.
64. Goyder E, Blank L, Ellis E, Furber A, Peters J, Sartain K, et al. Reducing inequalities in access to health care: developing a toolkit through action research. *BMJ Quality & Safety*. 2005;14(5):336-9.

## Models for Assessing the Impact of Policies on Health Equity: A Review

Hakimeh Mostafavi<sup>1</sup>, Efat Mohamadi<sup>1</sup>, Amirhossein Takian<sup>1, 2, 3</sup>, Alireza Olyaeemanesh<sup>\*1</sup>

1. Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Health Management, Policy and Economics & Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.

3. Department of Global Health & Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Received:** 30 September 2023

**Accepted:** 05 March 2024

**Published:** 20 May 2024

**\*Corresponding Author**

**Alireza Olyaeemanesh**

**Address:** Health Equity Research Center;  
No. 70; Bozorgmehr St., Vesal Shirazi St.,  
Keshavarz Blvd., Tehran, Iran.

**Postal Code :** 1416833481

**Tel:** 98 21 62 92 13 36

**Email:** [arolyaee@gmail.com](mailto:arolyaee@gmail.com)

**Citation to this article:**

Mostafavi H, Mohamadi E, Takian A, Olyaeemanesh A. Models for assessing the impact of policies on health equity: a review. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024; 17:Article number: 1.

### Abstract

Health inequalities in different populations continue to be the main challenge of health systems; Therefore, it is necessary to address health equity in the developed policies. The study aims to review the studies related to tools and models for assessing the impact of policies on equity in health. This study was conducted as a systematic review to identify the tools and models of assessing the impact of policies on equity in health and the process of assessing health outcomes from 2005 to 09/30/2022 in English and Farsi. National and international databases such as Scopus, PubMed/Medline, and Google Scholar were searched. First, 16901 studies were obtained. After the initial screening, 243 articles entered the abstract review phase. Then, 99 studies entered the phase of studying the text. Finally, 53 studies entered the final phase of analysis. Screening steps, identification of decision-making assessment scope, evaluation, and follow-up were the four dominant steps in most of the developed tools. The study showed that to choose the appropriate tool to assess the impact of policies on equity in health, it is necessary to pay attention to various factors such as assessment time, policy level, available resources, and the population affected by the desired policy.

**Keywords:** Health equity, Health inequalities, Health equity assessment models, Health outcome, Health policies, Health policymaking.

