مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴: ۲۹۷-۳۰۹

● **مقاله تحقیقی** **کد مقاله: ۲۹**

مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران

دکتر نینوایی مژگان ۱
دکتر نصیری‌پور امیراشکان ۲*
دکتر طبیبی سیدجمال‌الدین ۳
دکتر رئیسی پوران ۴

۱- دانش‌آموخته دکتری تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران
۲- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران
۳- استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران
۴- دانشیار گروه پژوهش در علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران- ایران

تلفن: ۰۲۱-۴۴۸۶۹۶۳۹

نشانی الکترونیکی:
nasiripour@srbiau.ac.ir

چکیده

زمینه: زنان و کودکان هر کشور دوسوم جمعیت هر کشور را تشکیل می‌دهند و تأمین سلامت مادران و کودکان در ارتقاء سلامت کل جامعه مؤثر می‌باشد. استفاده از تجربیات کشورهای موفق دنیا در این زمینه، می‌تواند ارتقای شاخص‌های بهداشت مادر و کودک کشور را به همراه داشته باشد.

روش کار: پژوهش حاضر باهدف بهبود سیستم مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک ایران از طریق ارائه مدل برگرفته از مطالعه تطبیقی کشورهای توسعه یافته منتخب انجام گرفته است. این پژوهش، یک مطالعه تطبیقی کمی- کیفی می‌باشد. کشورهای مورد مطالعه با مقایسه شاخص‌های بهداشت مادر و کودک کشورها و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و با مطالعه سیستم مدیریت آن‌ها متغیرهای مهم و ابعاد موردنظر در الگوی مفهومی اولیه شناسایی و پرسشنامه اولیه تدوین و برای تأیید به نظر خبرگان رسید. سپس پرسشنامه نهایی به ۱۸۵ نفر از خبرگان داده و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل عاملی تحلیل و الگوی نهایی استخراج شد.

یافته‌ها: در مجموع تعداد ۷ عامل بر مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک مؤثر شناخته شدند که شامل: سیستم پشتیبانی، مدیریت منابع انسانی، تدارک تجهیزات، سیاست‌های حمایتی (دولتی و محلی)، سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی، نظام ثبت ارجاع و عملکرد متحد و مدیریت منابع مالی و فیزیکی می‌باشند که سیاست‌های حمایتی دولت و سیستم پشتیبانی با بار عاملی ۰/۹ بیشترین و مدیریت منابع انسانی با ۰/۲۹ کمترین تأثیر را داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: الگوی پیشنهادی، بیشترین تأثیر را از مؤلفه‌های سیستم پشتیبانی و سیاست‌های حمایتی دولت و کمترین تأثیر را از مدیریت منابع انسانی دارد.

واژگان کلیدی: مدیریت خدمات، بهداشت مادر و کودک، کشورهای توسعه‌یافته

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۳/۲۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۱۲/۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۱۱

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

مقدمه

بـــارداری، تولد نوزاد و مادر شـــدن می‌تواند دورانی پر از شـــعف و شـــادی برای افراد خانواده به‌ویژه زنان باشد ولی در اکثر کشورهای درحال‌توسعه، این دوران با پیشامدهای ناگواری همراه است. در این کشـــورها بارداری و زایمان از علـــل اصلی مرگ، بیماری و معلولیت زنان ســـنین باروری اســـت. اعداد و ارقام نشان می‌دهند که هرساله حدود شـــش‌صد هزار زن به علت عوارض بارداری و زایمان و چهار میلیون نوزاد جان خود را از دست می‌دهند که ۹۹ درصد این مرگ‌ها در کشـــورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد [۱ و ۲ و ۳]. مرگ مادر در بقاء کودک، خانـــواده و در نهایت جامعه نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. به همین جهت امروزه شاخص مرگ‌ومیر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه در جامعه به شمار می‌آید و کاهش آن از تعهدهای مهم کشورها می‌باشد [۳]. در ایران جمعیت زنان و کودکان دوسوم جمعیت را شامل می‌شوند [۴] توجـــه به زنان در دو دهه اخیر موجب بهبـــود وضعیت کلی آنان در همه شاخص‌های توســـعه و به‌ویژه سلامت بوده که با هیچ دوره‌ای قیاس پذیر نیســـت [۵]. ایران شاخص مرگ‌ومیر مادر و کودک را از ســـال ۱۹۹۰ تاکنون به نحو چشـــمگیری کاهش داده است در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ مادری معادل ۱۲۰ در صد هزار زایمان بوده و در سال ۲۰۱۱ به ۲۱ کاهش‌یافته است. شاخص مرگ کودکان در سال ۲۰۱۱ به ۱۲ در هزار تولد زنده رسیده است. در مقایسه با کشورهای منطقه وضع نســـبتاً خوبی وجود دارد ولی در آسیا هم هنوز از برخی کشورها نظیر ژاپن و ســـنگاپور (کمتر از ۳) فاصله چشمگیری دیده می‌شـــود [۶]. کاهش مرگ‌ومیر و ارتقای شاخص‌ها در مراحل اولیه بسیار آسان‌تر از مرحله‌ی فعلی در ایران می‌باشد، زیرا نیاز به مدیریت بسیار گسترده‌تر از قبل دارد. در مراحل قبلی با اندکی تغییر در آموزش و فراهم‌ســـازی امکانات اولیه، افت محسوســـی در میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک رخ می‌دهد ولی پس از رســـیدن به مرحله متوســـط باید اقدامات مدیریتی مدبرانه‌تری برای رســـیدن به ســـطوح ایده‌آل سلامت انجام شود و کاهش تنها یک درصد در میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک نیاز به مدیریت فراگیری دارد. ازآنجاکه در بحث ســـلامت همواره وضعیت ایده آلی نســـبت به وضع فعلی وجود دارد، این نیاز همـــواره در پژوهش‌ها پابرجا خواهد ماند. طبق گفته‌ی مســـئولان وزارت بهداشـــت و بر اســـاس برنامه‌ریزی کلان کشوری مقرر بوده اســـت میزان شاخص کشوری مرگ مادر تا پایان سال ۱۳۹۴ به ۱۵ درصد هزار تولد و میزان مـــرگ کودکان به کمتر از نه در هزار تولد زنده برســـد [۷]. تاکنون پژوهش‌های مختلفی در دنیا برای بررسی شرایط مطلوب ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک انجام شده است و تأثیر متغیرهای مختلف بر کیفیت این خدمات بررســـی شده‌اند. از جمله مدل‌های مفهومی مختلفی برای مدیریت آن ارائه گردیده است. هر کشوری با توجه به امکانات و بهره‌گیری از مدل مفهومی خاص، برای خود نحوه‌ی مدیریت خاص خود را انتخاب کرده است بنابراین کشورها با این که اساس و پایه مدل‌های مفهومی یکسانی دارند، اما نحوه‌ی اداره، تأمین و توزیع منابع مالی و انســـانی، برنامه‌ریزی برای آموزش نیروی انســـانی ماهر و آموزش مادران، نحوه‌ی ارائه خدمات پیشگیری و مراقبتی متفاوتی دارند و بهره‌گیری از تجارب مثبت این کشورها می‌تواند در مدیریت و ارائه این خدمات در ایران مؤثر باشد. هدف از این پژوهش بررسی نحوه‌ی مدیریت مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک در کشـــورهای توسعه یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران می‌باشـــد. در این پژوهش مدیریت خدمات بهداشـــت مادر و کودک در چهار کشـــور منتخب توسعه یافته سنگاپور، ژاپن، استرالیا و انگلستان با ایران مقایسه شده و الگوی پیشنهادی طراحی گردیده اســـت. با انجام این پژوهش می‌توان با شناســـایی متغیرهای مهم و کاربردی که در موفقیت کشـــورهای توســـعه یافته در امر خدمات بهداشت مادر و کودک دخیل بوده‌اند و کاربرد آن‌ها در نظام مدیریت خدمات مادر و کودک در کشور ایران به بهبود شاخص‌های بهداشتی مرتبط با این خدمات کمک نمود.

روش کار

ایـــن پژوهش از نظر هدف کاربردی و بـــا روش توصیفی تحلیلی، مقطعی انجام شـــده و در مراحـــل مختلف آن از روش‌های کمی و کیفی استفاده شده است. مراحل پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

– مرحله‌ی اول) انجام مطالعه‌ی مروری به منظور تحلیل وضعیت موجود مدیریت خدمات بهداشـــت مادر و کودک در ایران و جهان (مطالعه‌ی الگوها) و استخراج ابعاد و شاخص‌های مقایسه از مدل‌ها

– مرحله‌ی دوم) انتخاب کشورها برای مطالعه‌ی تطبیقی

– مرحله‌ی ســـوم) انجام مطالعه‌ی کتابخانـــه‌ای (مطالعه‌ی کیفی) در ایران و کشـــورهای منتخب با استفاده از ابعاد برگرفته از الگوی مفهومی مرحله‌ی اول و تشکیل ماتریس تطبیقی

– مرحله‌ی چهارم) نظرســـنجی خبـــرگان در مورد متغیرهای مهم برگرفتـــه از مطالعه تطبیقی مرحله‌ی ســـوم و چهـــارم و طراحی پرسشنامه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

– مرحلـه‌ی پنجم) مطالعـه‌ی میدانی و نظرسـنجی از کاربران (مطالعه‌ی کمی)

– مرحله‌ی ششم) تحلیل عاملی اکتشافی و استخراج الگوی ریاضی (مطالعه‌ی کمی)، تحلیل عاملی تأییـدی (مطالعه‌ی کمی) و ارائه الگوی نهایی.

مدل مفهومی مورد نظر بـرای پژوهش حاضر تلفیقی از مدل‌های یونیسف، سازمان بهداشت جهانی و مک کارتی می‌باشد [۸ و۹].

در مدل یونیسـف برای افزایش کیفیت مداخلات بهداشتی مادر و کودک عوامل زیر مؤثر شناخته شدند:

استفاده از اطلاعات، مدیریت منابع، سیاست‌گذاری دولت، ارتباطات، تجهیزات، آموزش، اورژانس، منابع مالی و سیستم ارجاع.

در مدلی دیگر از یونیسـف در خصوص علل مرگ‌ومیر کودکان و مادران این عوامل مؤثر شناخته شده‌اند:

عوامل سیاسـی، اقتصادی، منابع مادی و انسانی، اطلاعات، بسته خدمات، اورژانس و آموزش. در مدلی دیگر از یونیسف در خصوص افزایش بقای کودکان علل زیر مؤثر شناخته شده‌اند:

تغذیه، مراقبت مادران، شیردهی، مراقبت روحی، اطلاعات، آموزش، ارتباطات، اقتصاد و عوامل اجتماعی و در مدل مک کارتی و مایین عوامل زیر مؤثر بر مدیریت سلامت مادر و کودک شناخته شده‌اند: دسترسـی و کیفیت خدمات، تغذیه و سـلامت زنان، ارتباطات و اطلاعات، آموزش، درآمد و اقتصاد.

لذا با توجه به تلفیق مدل‌های بالا، مدل مفهومی اولیه با شش بعد جهت مقایسه تطبیقی کشورها استخراج شد و با توجه به آن جدول تطبیقی طراحی و مقایسه صورت گرفت.

ابعاد متغیرهای مدیریت خدمات بهداشـت مادر و کودک در الگوی مفهومی اولیه شامل موارد زیر می‌باشند: منابع مالی، منابع انسانی، تجهیزات، محتویات بسـته ارائه خدمـات، مدیریت ارائه خدمات و سیستم آمار و اطلاعات.

کشـورهای موردمطالعه شامل کشـورهای توسعه یافته و موفق در زمینـه‌ی خدمات بهداشـت مادر و کودک بوده اسـت. ابتدا آمار این کشـورها از سایت سـازمان جهانی بهداشت بر اساس شاخص‌های خدمات بهداشت مادر و کودک (مرگ‌ومیر مادران، مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سـال، مرگ‌ومیر شـیرخواران، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از تولد، درصد زایمان‌های انجام شده توسط پرسـنل ماهر بهداشتی، درصد ویزیت‌های پس از زایمان و نیازهای برآورده نشـده‌ی تنظیم خانواده) گرفته شد. سپس از بیست کشور پیشرو در این زمینه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اسـاس جمعیت و موجود بودن اطلاعات در دسـترس، چهار کشـور از قاره‌های مختلف انتخاب شدند. از آسیا دو کشور ژاپن و سـنگاپور، از اروپا انگلسـتان و از اقیانوسیه اسـترالیا انتخاب گردید.

جدول ۱– مقایسه میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک در ایران و کشورهای توسعه‌یافته منتخب (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۳)

شاخص کشور	میزان مرگ‌ومیر مادران در صد هزار تولد	میزان مرگ‌ومیر شیرخواران در هزار تولد
ژاپن	۵	۲
سنگاپور	۶	۲
انگلستان	۸	۴
استرالیا	۶	۲
ایران	۲۱	۱۴

دامنه‌ی پژوهش عوامل مدیریتی خدمات بهداشت مادر و کودک از قبیل نحوه‌ی مدیریت، تدارک منابع انسـانی و نوع بسته‌ی خدمتی ارائه‌شـده در مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشـت مادر و کودک را (در دوران بـارداری و زایمان و پس از زایمان) را دربرمی‌گیرد ولی خدماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان بالاتر از یک سـال (بزرگ‌تر از شـیرخوارگی) وزنان به‌غیر از دوران بارداری تا یک سـال پس‌ازآن را شـامل نمی‌گردد. دامنه‌ی مکانی پژوهش کشور ایران و کشورهای منتخب توسـعه‌یافته می‌باشد. نتایج این پژوهش به زنان از بدو بارداری تا یک سال پس از زایمان در ایران قابل‌تعمیم خواهد بود.

دامنـه‌ی زمانی موضـوع به تجربیـات و داده‌های کشـورهای توسعه‌یافته منتخب در ده سال اخیر برمی‌گردد (۱۹۹۴ میلادی به بعد) که در سال ۱۳۹۳ گردآوری‌شده است.

جامعه‌ی آماری پژوهش، افراد صاحب‌نظر دانشـگاهی در حوزه‌ی بهداشت باروری، زنان و زایمان باسابقه‌ی کاری بیش از ده سال و اشـتغال فعلی یا سابقه‌ی اشتغال در پست‌های مدیریتی در گروهی از آن‌ها بوده اسـت. این اساتید از دانشگاه‌های کل کشور به‌صورت تصادفی در سـال ۱۳۹۳ انتخاب شـدند. به علت محدودیت تعداد متخصصین واجد شـرایط در این پژوهش، ۲۵۰ پرسشنامه توزیع شـد که درنهایت ۱۸۵ پرسشـنامه تکمیل و به پژوهشگر برگشت داده شد.

ابـزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شـامل فیش کارت، جدول تطبیقی و پرسشنامه بوده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

به‌منظور گردآوری اطلاعات موردنیاز در مطالعه میدانی، پرسشنامه‌ای در سه بخش تدوین گردید: بخش اول مشتمل بر مشخصات مصاحبه‌شوندگان، بخش دوم توضیح مختصری از پژوهش و الگوی مفهومی اولیه و بخش سوم شامل ۴۰ سؤال که تأثیر مؤلفه‌های مستخرج از مطالعه‌ی تطبیقی کشورها در مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک را در شش بعد، از دید متخصصان موردسنجش قرار می‌داد.

برای سنجش روایی پرسشنامه، ابتدا روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس قضاوت خبرگان (۳۰ نفر) تعیین شد و از آن‌ها درخواست گردید که نظر خود را در مورد محتوا، ساختار، شکل ظاهری و نحوه نگارش پرسشنامه بیان نمایند. پس از اعمال پیشنهادهای این گروه از خبرگان، برای تعیین روایی صوری، پرسشنامه اصلاح‌شده در یک اجرای آزمایشی مورد آزمون قرار گرفت. درنهایت برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرون باخ استفاده شد که در این پژوهش مقدار ضریب آلفای کرون باخ ۰/۹۶ به دست آمد. سؤالات مربوط به مطالعه‌ی میدانی توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت نمره دهی شد، به‌طوری‌که به خیلی زیاد امتیاز ۵، زیاد امتیاز ۴، متوسط امتیاز ۳، کم امتیاز ۲ و خیلی کم امتیاز ۱ تعلق گرفت.

داده‌های موردنیاز در مرحله مطالعه‌ی مروری از طریق رجوع به سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف برای شناسایی و مقایسه‌ی شاخص‌های مرتبط با مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در جهان جمع‌آوری شد.

در مرحله‌ی مطالعه‌ی تطبیقی داده‌ها از طریق مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، سازمان بهداشت جهانی و وزارتخانه‌های متولی خدمات بهداشت مادر و کودک و رساله‌های دکتری، بهره‌گیری از اینترنت، جمع‌آوری و جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعات علمی با فیش‌برداری انجام‌گرفته است. به‌علاوه دستورالعمل‌های کشورهای منتخب از سایت وزارت بهداشت کشور مربوطه و آمارهای بهداشتی از سایت WHO گرفته‌شده است.

در مرحله‌ی نظرسنجی خبرگان با کمک مطالب جمع‌آوری‌شده، پرسشنامه اولیه با نظر خبرگان تکمیل و پرسشنامه نهایی تدوین شد.

در مرحله‌ی مطالعه‌ی میدانی به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه به دو روش حضوری و الکترونیکی توزیع و جمع‌آوری گردید.

در مرحله‌ی مطالعه‌ی میدانی داده‌های اطلاعات جمع‌آوری‌شده از طریق پرسشنامه جهت تحلیل به نرم‌افزار SPSS۱۶ منتقل شد و با استفاده از تحلیل عاملی ابعاد و مؤلفه‌های الگوی پژوهشی شناسایی و نام‌گذاری مؤلفه‌ها و ابعاد عمومی صورت گرفت.

در مراحل آخر پژوهش، داده‌های حاصله از مرحله‌ی دوم، مورد تحلیل عاملی تأییدی قرارگرفته و روابط متغیرها با استفاده از روش معادلات ساختاری SEM استخراج‌شده و اعتبار الگو مورد تائید قرار گرفت. در این مرحله از نرم‌افزار LISRAL ۹,۱ بهره‌گیری به‌عمل‌آمده است.

ملاحظات اخلاقی: با ذکر نام کامل منبع از منابع مطالعات استفاده‌شده، حقوق مؤلفین و منابع حفظ‌شده و در انتشار و ارائه مطالب، آموزش، عمل و ارائه خدمت، به‌خوبی به نویسنده یا نویسندگانی که از اطلاعات و یا نوشته‌ی آن‌ها به‌طور مستقیم استفاده‌شده، ارجاع داده‌شده است. حفظ حریم شخصی افراد و رعایت محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات دریافتی از پاسخ‌دهندگان صورت گرفته است.

یافته‌ها

متغیرهای استخراج‌شده از مدیریت خدمات مادر و کودک در کشورهای موردمطالعه و مطالعه تطبیقی اولیه به‌قرار زیر بود: خدمات مشاوره، برنامه‌های بهداشت روان، کلاس‌های ورزشی، غربالگری، ویزیت در منزل، زایمان در منزل، مدت بستری، کتابچه جامع مراقبت‌ها، آرم مشخصه زنان باردار، تجویز مکمل‌ها، مراقبت و جراحی رایگان نوزادان، مراکز تخصصی دائم اورژانس، تنوع وسایل دسترسی به اورژانس، مدیریت خدمات، سیستم ارجاع، تنوع مراکز، حق انتخاب آزادانه و دسترسی، سیاست‌های حمایتی دولت، مرخصی پس از زایمان پدران، برنامه‌ریزی متناسب با نیازهای منطقه‌ای، برنامه‌های بازآموزی ماماها، برنامه‌های بازآموزی، تنظیم غیرمتمرکز آموزش مامایی، برنامه‌های توزیع کارکنان، دستورالعمل واحد عملکرد کارکنان، آزمون ملی ماماها، برنامه پشتیبانی از کارکنان روستا، استفاده از پزشکان عمومی، تجهیزات مناسب با نظارت دولت، تأمین دولتی بودجه تجهیزات، نظارت دولت بر تجهیزات، پرونده‌ی سلامت الکترونیک، سیستم یکپارچه اطلاعات، نظارت و مدیریت اطلاعات، پوشش بیمه‌های پایه‌ی درمانی، مشارکت دولت در تأمین منابع مالی، مشارکت شهرداری‌ها و منابع عمومی، مشارکت سازمان‌های غیرانتفاعی (جدول ۱).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

جدول ۲- جدول تطبیقی متغیرهای بسته خدمات مادران در کشورهای مورد مطالعه و ایران					
گویه/کشور	ایران	استرالیا	انگلستان	ژاپن	سنگاپور
۱- خدمات مشاوره ما درو کودک	دارد (بدون همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)
۲- برنامه‌های بهداشت روان مادر	محدود	فراگیر	فراگیر	فراگیر	فراگیر
۳- برنامه‌های بهداشت روان کودک	محدود	فراگیر	فراگیر	فراگیر	فراگیر
۴- کلاس‌های ورزشی برای مادران	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	دارد
۵- ازمایشات و غربالگری بارداری	دارد	دارد	دارد	دارد	دارد
۶- ویزیت در منزل	ندارد	دارد	دارد	دارد	دارد
۷- زایمان در منزل توسط مامای لیسانس	ندارد	دارد	دارد	دارد	ندارد
۸- مدت بستری بیش از یک تا سه روز در بیمارستان پس از زایمان	ندارد	دارد	دارد	دارد	ندارد
۹- کتابچه جامع بارداری و پس از زایمان برای ما درو کودک	تا حدودی	دارد	دارد	دارد	دارد
۱۰- آرم مشخصه زنان باردار	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد
۱۱- تجویز مکمل‌های بارداری	دارد	دارد	دارد	دارد	دارد
۱۲- مراقبت رایگان دولتی برای نوزادان نارس و کم‌وزن	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	دارد	ندارد (با بیمه دارد)
۱۳- جراحی رایگان دولتی برای نوزادان با ناهنجاری مادرزادی	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	دارد	ندارد (با بیمه دارد)
۱۴- مراکز تخصصی دائم اورژانس مادران	محدود	دارد	دارد	دارد	دارد
۱۵- تنوع وسایل دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک	محدود	دارد	دارد	دارد	دارد

یافته‌های پژوهش مرحله‌ی دوم مطالعه‌ی میدانی (نظرسنجی)

در این پژوهش مقدار KMO برابر با ۸۳/؛ و مقدار آزمون بارتلت نیز کمتر از ۰۱/. شده است. نتایج این دو آزمون نشان می‌دهد که انجام تحلیل عاملی بر روی متغیرها (عوامل مؤثر بر خدمات بهداشت مادر و کودک) امکان‌پذیر بوده است.

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی

تعداد ۷ عامل یا بعد زیربنایی از مجموع ۳۶ شاخص مقیاس عوامل مؤثر بر خدمات بهداشت مادر و کودک استخراج یا شناسایی‌شده است. هفت عامل به‌دست‌آمده می‌توانند حدود ۷۸ درصد واریانس تمامی شاخص‌ها را تبیین نمایند. تعداد چهار گویه ی موجود در پرسشنامه در تحلیل عاملی اکتشافی حذف شدند. این گویه ها شامل افزایش طیف مراقبت دهندگان خدمات نظیر پزشکان عمومی، تنظیم غیرمتمرکز برنامه‌های آموزش مامایی، مرخصی پدران و تجویز رایگان مکمل‌ها در دوران بارداری می‌باشند.

نتایج نشان میدهند که گویه های ۱ تا ۹ در عامل اول (سیستم پشتیبانی)، گویه های ۱۰ تا ۱۷ در عامل دوم (تدارک خدمات و تجهیزات)، گویههای ۱۸ تا ۲۳ در عامل سوم (سیاست‌های حمایتی دولت)، گویههای ۲۴ تا ۲۷ در عامل چهارم یا (مدیریت منابع انسانی)، گویه های ۲۸ تا ۳۰ در عامل پنجم یا (سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی)، گویه های ۳۱ تا ۳۳ در عامل ششم یا (نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد) و گویه های ۳۴ تا ۳۶ در عامل هفتم یا (مدیریت منابع مالی و فیزیکی) قرار می‌گیرند (جدول ۲).

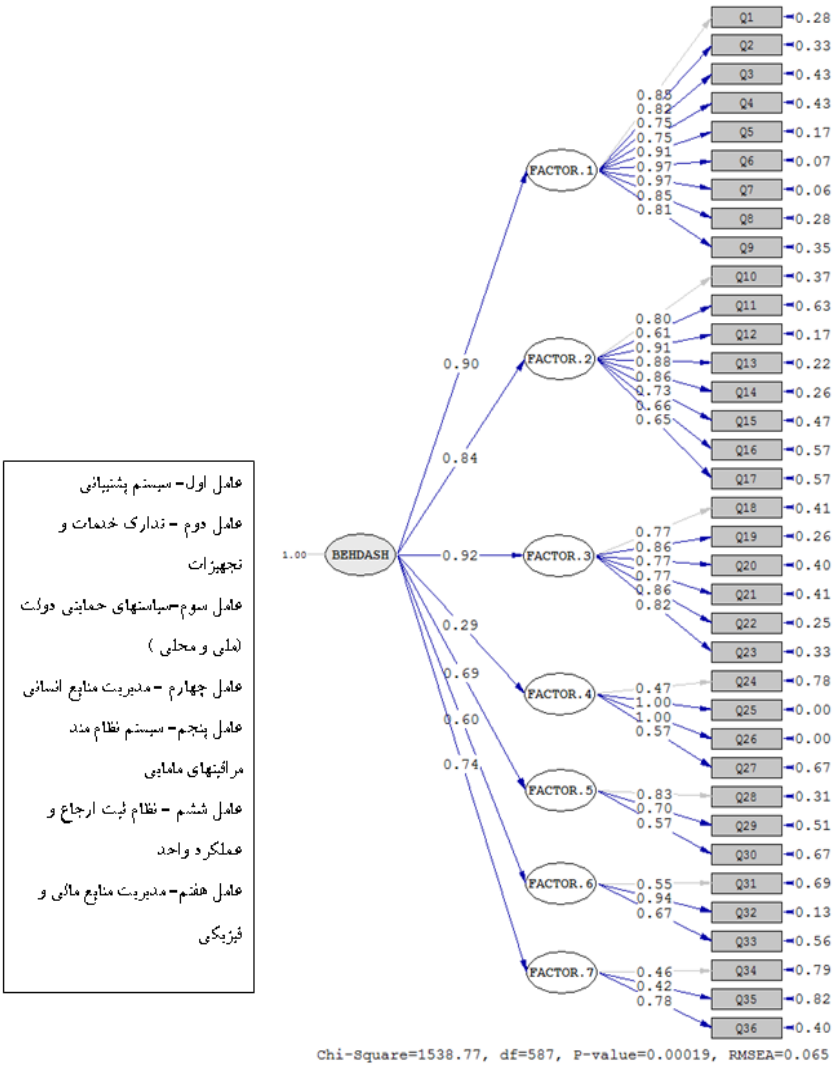
نتایج تحلیل عاملی تأییدی

بررسی اعتبار عامل‌های سیستم پشتیبانی تدارک خدمات و تجهیزات، سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی)، مدیریت

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

جدول ۳- تعداد عامل‌های استخراج‌شده، ارزش ویژه و میزان واریانس استخراج‌شده			
تعداد عوامل	ارزش ویژه	٪ واریانس استخراج‌شده	٪ تجمعی واریانس استخراج‌شده
۱	۱۶/۵۸	۴۶/۰۶	۴۶/۰۶
۲	۳/۳۲	۹/۲۲	۵۵/۲۸
۳	۲/۲۳	۶/۱۹	۶۱/۴۷
۴	۱/۸۹	۵/۲۶	۶۶/۷۳
۵	۱/۶۳	۴/۵۴	۷۱/۲۸
۶	۱/۳۲	۳/۶۷	۷۴/۹۵
۷	۱/۲۱	۳/۳۵	۷۸/۳۰

منابع انسانی، سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی، نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد و مدیریت منابع مالی و فیزیکی، با توجه به مقدار بارهای عاملی به‌دست‌آمده برای تمامی سؤالات که بیشتر از ۰/۴۰ است و در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱ (P<۰/۰۱) قرار دارند (مقدار t بیشتر از ۲،۵۸ به‌دست‌آمده است)، نتیجه می‌گیریم که اعتبار سازه عامل‌ها تائید می‌شود.



شکل ۱- آزمون مدل مفهومی پژوهش در حالت ضرایب استانداردشده

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

جدول ۴- جدول نهایی بار عاملی عامل‌ها و گویه ها				
عامل‌ها	گویه	سؤال متناظر در پرسشنامه	عنوان متغیرها	بار عاملی
سیستم پشتیبانی ۰/۹	۱	۱۴	برنامه‌های بهداشت روان مادران	/۸۴
	۲	۱۵	برنامه‌های بهداشت روان کودکان	/۸۱
	۳	۱۲	مراکز تخصصی دائم اورژانس کودک	/۷۴
	۴	۱۸	تنوع مراکز ارائه خدمات	/۷۴
	۵	۳۴	پرونده‌ی سلامت الکترونیک	/۹۲
	۶	۳۵	سیستم یکپارچه اطلاعات	/۹۷
	۷	۳۶	نظارت و مدیریت اطلاعات	/۹۸
	۸	۳۷	پوشش بیمه‌های پایه‌ی درمانی	/۸۴
	۹	۴۰	مشارکت سازمان‌های غیرانتفاعی	/۸۰
تدارک خدمات و تجهیزات ۰/۸	۱	۴	کلاس‌های رایگان ورزشی	/۵۵
	۲	۹	ارم مادران	/۷۸
	۳	۱۰	مراقبت رایگان نوزادان نارس	/۶۱
	۴	۱۱	جراحی رایگان نوزادان ناهنجار	/۹۳
	۵	۱۳	تنوع وسایل انتقال اورژانس	/۸۷
	۶	۲۹	حمایت از کارکنان روستا	/۸۵
	۷	۳۱	تجهیزات به‌روز	/۷۳
	۸	۳۳	نظارت دولت بر تجهیزات	/۶۶
سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی) ۰/۹۲	۱	۳	کلاس آموزشی مادران	/۷۶
	۲	۱۹	دسترسی آسان به مراکز	/۸۳
	۳	۲۰	سیاست‌های دولت	/۷۶
	۴	۲۲	برنامه‌ریزی محلی	/۷۸
	۵	۳۸	منابع مالی دولتی	/۸۸
	۶	۳۹	مشارکت مالی شهرداری‌ها	/۸۵
مدیریت منابع انسانی ۰/۲۹	۱	۶	غربالگری	/۹۸
	۲	۲۳	آموزش مداوم ماماها	/۹۰
	۳	۲۴	آموزش مداوم متخصصین	/۷۹
	۴	۲۶	توزیع مناسب کارکنان	/۶۶
سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی ۰/۶۹	۱	۱	مراقبت در منزل	/۷۴
	۲	۲	زایمان در منزل	/۸۱
	۳	۲۸	آزمون ملی مامایی	/۵۷
نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد ۰/۶۰	۱	۸	کتابچه راهنما و ثبت مراقبت	/۵۵
	۲	۱۷	نظام ارجاع	/۹۵
	۳	۲۷	دستورالعمل واحد عملکرد	/۶۶
مدیریت منابع مالی و فیزیکی ۰/۷۴	۱	۷	افزایش بستری پس از زایمان	/۸۰
	۲	۱۶	تمرکز مدیریت	/۴۱
	۳	۳۲	بودجه دولتی تجهیزات	/۵۲

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

شـــاخص‌های برازش مدل در جدول ۴ ذکرشده است. در مجموع با ارزیابی تمامی شـــاخص‌های برازش می‌توان اســـتنباط کرد که شـــاخص‌های برازش به‌دســـت‌آمده قابل قبول بوده و در مجموع نشان از برازش مناسب داده‌ها با مدل دارد.

جدول ۵- شاخص‌های برازش مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار مطلوب	نتیجه	تفسیر
مطلق	GFI	> ./۹۰	./۹۴	برازش مطلوب
	RMSEA	< ./۰۸	./۰۶۵	برازش مطلوب
نسبی	CFI	> ./۹۰	./۹۳	برازش مطلوب
	NFI	> ./۹۰	./۸۹	برازش قابل‌قبول
	IFI	> ./۹۰	./۹۲	برازش مطلوب
موجز یا مقتصد	AGFI	> ./۵۰	./۷۴	برازش مطلوب
	PGFI	> ./۵۰	./۶۳	برازش مطلوب
	df/ Chi-Square	۳ ≤شاخص ≤۲	۲,۶۲	برازش مطلوب

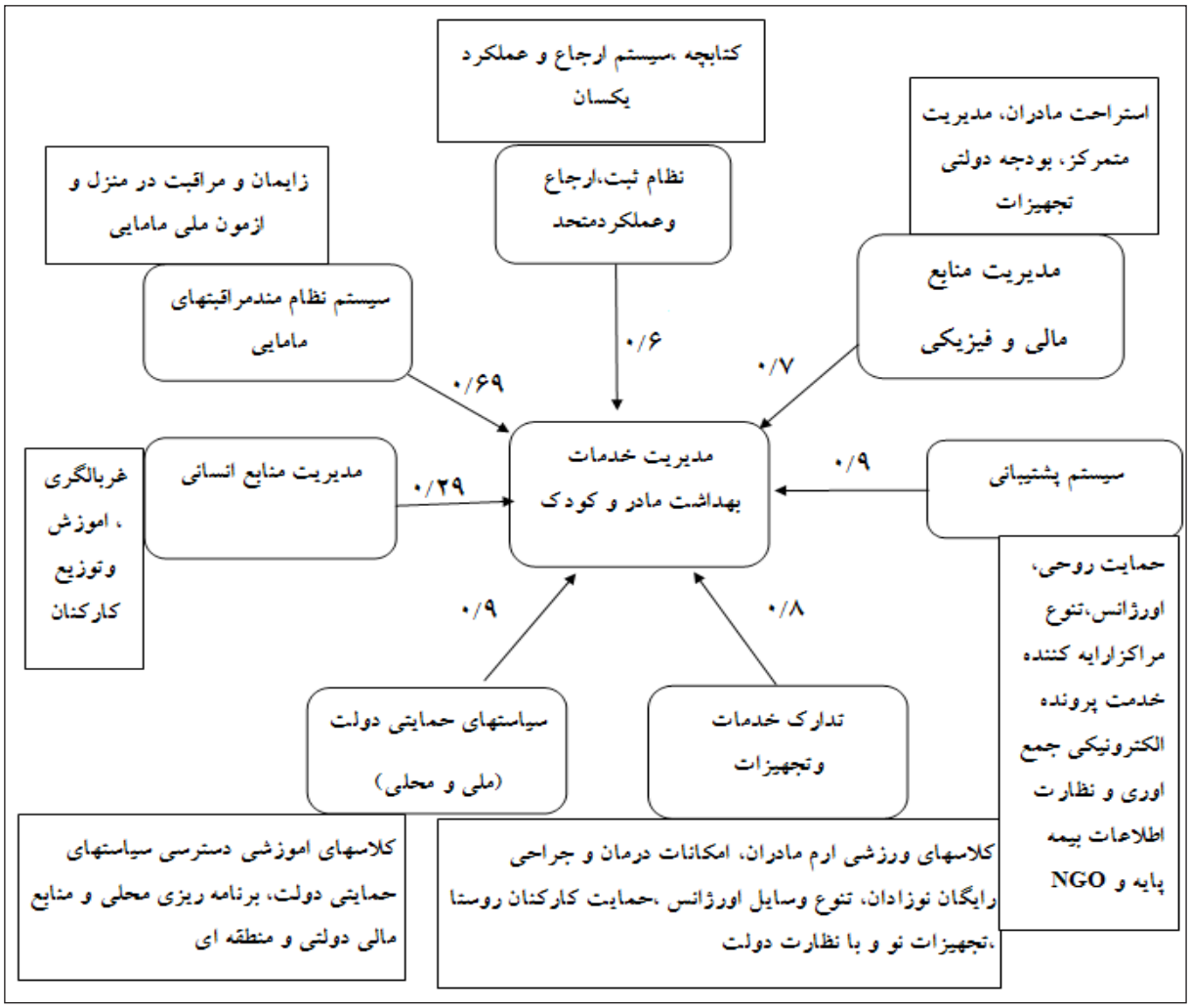
نتایج آزمون مدل ساختاری نشان می‌دهد تمامی عامل‌ها با خدمات بهداشـــت مادر و کودک رابطه معنی‌دار دارند و همبســـتگی دارند (P< ۰/۰۱). نتایج نشـــان شـــدت رابطه عامل سیســـتم پشتیبانی برابـــر با ۰/۹۰ عامل تـــدارک خدمات و تجهیـــزات برابر با ۰/۸۴ عامل سیاســـت‌های حمایتی دولت (ملی و محلـــی) برابر با ۰/۹۲ عامل مدیریت منابع انســـانی برابر با ۰/۲۹ عامل سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی برابر با ۰/۶۹ عامل نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد برابر با ۰/۶۰ و شدت رابطه مدیریت منابع مالی و فیزیکی با خدمات بهداشت مادر و کودک برابر با ۰/۷۴ می‌باشد.

نتایج نشـــان می‌دهند قوی‌ترین رابطه با خدمات بهداشـــت مادر و کودک در بین هفت عامل، به عامل سیاســـت‌های حمایتی دولت (ملی و محلی) با ضریب استانداردشـــده ۰/۹۲ و ضعیف‌ترین رابطه با خدمات بهداشـــت مادر و کودک در بیـــن هفت عامل، به عامل مدیریت منابع انسانی با ضریب استانداردشده ۰/۲۹ اختصاص دارد.

جدول ۶- آزمون روابط، بررسی ضرایب استانداردشده و مقدار t

عامل دارای رابطه با خدمات بهداشت مادر و کودک	ضریب استانداردشده	سطح معنی‌داری	نتیجه
سیستم پشتیبانی	./۹۰	۱۲/۴۱	تائید رابطه
تدارک خدمات و تجهیزات	./۸۴	۱۰/۶۶	تائید رابطه
سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی)	./۹۲	۱۱/۱۱	تائید رابطه
مدیریت منابع انسانی	./۲۹	۳/۳۶	تائید رابطه
سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی	./۶۹	۸/۲۷	تائید رابطه
نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد	./۶۰	۵/۵۷	تائید رابطه
مدیریت منابع مالی و فیزیکی	./۷۴	۴/۸۹	تائید رابطه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]



شکل ۲- الگوی نهایی مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک برای ایران

بحث

خلاصه یافته‌های پژوهش

در تمام کشورهای مورد مطالعه تمرکز مدیریت در وزارت بهداشت و درمان با نام مختص به آن کشور می‌باشد و دولت بر روند بهداشت و درمان و تدوین سیاست‌ها نظارت دارد و در سطوح پایین‌تر این امر به بخش‌های دولتی و خصوصی تقسیم می‌شود. بودجه و منابع مالی با دولت، مشارکت سازمان‌های محلی و غیرانتفاعی و بیمه‌ها تأمین می‌گردد. بیمه جامع ملی برای همه‌ی شهروندان وجود دارد. در کشورهای موردمطالعه بسته خدمات بهداشت ما درو کودک شامل: کلاس‌های رایگان آموزشی و ورزشی مادران باردار و پس از زایمان با شرکت همسران، شبکه‌ی گسترده‌ی اورژانس ما درو کودک به‌صورت شبانه‌روزی و تخصصی در تمام ساعات شبانه‌روز و در همه‌ی مناطق کشور، تنوع وسایل نقلیه برای انتقال به مراکز اورژانس، بسته‌های حمایت روحی مادران باردار و پس از زایمان و کودکان، ویزیت در منزل و زایمان در منزل، امکانات جراحی و مراقبت رایگان از نوزادان مبتلابه ناهنجاری مادرزادی و یا کم‌وزن و نارس، امکانات غربالگری همه‌ی مادران باردار به صورت رایگان، وجود کتابچه راهنما و ثبت خدمات به‌صورت متحدالشکل در کل مراکز کشور می‌باشد.

در کشورهای توسعه یافته‌ی مورد مطالعه منابع انسانی خدمات بهداشت مادر و کودک شامل ماماها، متخصصین زنان، متخصصین اطفال و در انگلستان و استرالیا پزشکان عمومی دوره دیده در این زمینه می‌باشند. ماماها پس از فارغ‌التحصیلی در آزمون ملی مامایی شرکت کرده و تنها در صورت کسب قبولی در این آزمون می‌توانند مشغول به کار شوند تعدادی ماما برای انجام مراقبت‌های مادر و کودک در منزل مجوز دارند و در ژاپن تعدادی ماما برای انجام زایمان در منزل مجوز رسمی دارند. در این کشورها برای

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

متخصصان و ماماهایی که به مناطق محروم برای خدمت می‌روند تسهیلاتی نظیر بورسیه ادامه تحصیل و پرداخت هزینه‌های اقامت و مسافرت پیش‌بینی‌شده است و در ژاپن ماماهای استخدام‌شده دولتی به مدت شش ماه تا یک سال به مناطق دور از مرکز اعزام‌شده و تسهیلات دریافت می‌کنند.

تأمین منابع مالی در کشورهای مورد مطالعه از طریق منابع دولتی، منابع محلی و ایالتی، درامدهای منطقه‌ای، بیمه‌های فراگیر و مشارکت نهادهای غیرانتفاعی و خیریه می‌باشد.

در تمام کشورهای مورد مطالعه این پژوهش سیستم ثبت اطلاعات الکترونیک (پرونده‌ی سلامت الکترونیک) برای بیماران وجود داشته و تمام اطلاعات از سطوح پایین به بالا جمع‌آوری و در جهت اصلاح سیستم بازخورد دارند. نظارت بر جمع‌آوری و استفاده از اطلاعات به عهده‌ی دولت است.

تدارک و توزیع تجهیزات به‌صورت مشارکتی توسط دولت و بخش خصوصی انجام می‌گیرد ولی نظارت مرکزی برای دولت حفظ می‌شود.

در ایران مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد و مراکز دولتی و خصوصی ارائه خدمات را بر عهده دارند. اکثریت زایمان‌ها در زایشگاه‌ها و تسهیلات زایمانی و بیمارستان‌ها انجام می‌شوند ولی تعدادی هم بخصوص در مناطق محروم هنوز توسط افراد آموزش دیده‌ی محلی صورت می‌گیرد. بسته خدماتی کامل نیست و پوشش بیمه‌های پایه کافی نیست. نظام ثبت الکترونیک و پرونده سلامت ملی هنوز موجود نیست. مناطق محروم و روستاها از دسترسی مناسب به کارکنان بهداشتی و بیمارستان‌های سطح سه دور هستند. بر طبق یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در کشورهای توسعه یافته هفت بعد مؤثر بر مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک شناخته شدند که شامل سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی)، سیستم پشتیبانی، تدارک تجهیزات، مدیریت منابع مالی و فیزیکی، سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی، نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد و مدیریت منابع انسانی است. هرکدام از این ابعاد به متغیرهای دیگری تقسیم می‌شوند که در کشورهای توسعه یافته وجود آن‌ها پررنگ بود و به نظر می‌رسد در ایران نیز با توجه به نظرسنجی از متخصصان مربوطه مفید باشد.

در مطالعه‌ی حاضر خدمات مشاوره‌ی مادر و کودک در برنامه‌ریزی ارائه بسته‌ی خدمات بهداشت مادر و کودک ضروری دیده‌شده است که این مشاوره شامل آموزش بهداشت روان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نیز هست. با مطالعه تطبیقی انجام‌شده و یافته‌های پژوهش مشاوره‌ها در کشور ما این آموزش بیشتر به ابعاد جسمانی اشاره دارد و مشاوره روان سهم اندکی را به خود اختصاص داده است. در حالی‌که در کشورهای مورد مطالعه مشاوره روان و حمایت روحی از مادر و کودک سهم قابل توجهی را به خود اختصاص داده است. در طراحی الگو و طبق نظر متخصصان رشته این موضوع از اهمیت خاصی برخوردار بوده است.

این یافته با یافته‌های پژوهش سزاره و همکاران (۲۰۱۳) [۱۰] و رایگان شلمانی (۱۳۹۱) [۱۱] در مورد اهمیت حمایت روحی مادران همسو است. در این ویزیت‌ها نقش همسر مهم برشمرده شده است و در کشورهای توسعه یافته منتخب حضور همسر در کلاس‌های مشاوره و آموزشی پررنگ است درحالی‌که در کشور ایران این امر نادیده انگاشته شده است؛ که بامطالعه مرتضوی و همکاران (۱۳۹۱) در مورد اهمیت حضور همسر همخوانی دارد.

در این ویزیت‌ها نقش همسر مهم برشمرده شده و در کشورهای توسعه‌یافته منتخب حضور همسر در کلاس‌های مشاوره و آموزشی پررنگ است که بامطالعه مرتضوی و همکاران (۱۳۹۱) [۱۲] همخوانی دارد.

یکی از مکان‌های ارزشمند ویزیت در دوران بارداری و بالأخص پس از زایمان برای مادر و نوزاد، منزل می‌باشد. اهمیت منزل مادران در شناسایی نیازهای خاص هر فرد توسط کارکنان بهداشتی و ارائه خدمات متناسب با آن و همچنین پیگیری و تداوم مراقبت مادران حداقل به مدت چهل روز می‌باشد. در این فرصت مناسب عوامل خطر شناسایی‌شده و درمان و پیشگیری به‌موقع صورت می‌پذیرد در حالی که این امر مهم در ایران نادیده انگاشته شده است و افراد زیادی به دلایل مختلف از دریافت مراقبت این دوران محروم می‌مانند. در این پژوهش ویزیت در منزل برای خدمات بهداشت مادر و کودک با امتیاز بالا توسط متخصصان این امر تائید شده است که با مطالعه زارعی (۱۳۹۱) [۱۳] همخوانی دارد ولی بامطالعه‌ی میرمولایی (۱۳۸۹) [۱۴] همخوانی ندارد که علت آن می‌تواند در نظر نگرفتن بسته‌ی کامل خدمات در ویزیت‌ها و همچنین برنامه‌ریزی ویزیت‌ها از روز دهم پس از زایمان باشد.

زایمان در منزل در ایران تنها در مناطق دورافتاده و محروم و توسط افراد کم دوره‌دیده یا دوره ندیده و غیر کارشناس صورت می‌پذیرد باوجود بیمارستان‌های با امکانات تخصصی رویکرد گرایش به زایمان در بیمارستان منطقی به نظر می‌رسد ولیکن

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

هنـوز باورها و عقاید و فرهنگ جامعه در برخی مناطق اعتقاد به زایمان در منزل و وقوع آن به‌صورت یک پدیده‌ی طبیعی وجود دارد و در این صورت فرد کارشناسـی که مجوز انجام زایمان در منزل را داشته باشد وجود ندارد لذا این امر مهم توسط افراد غیر متبحر انجام می‌گردد که عوارض زیادی برای مادر و کودک در بردارد. در کشورهای توسـعه‌یافته موردمطالعه باوجود امکانات تخصصـی و به‌روز در بیمارسـتان‌ها هنوز زایمان در منزل حتی در شـهرهای بزرگ جایـگاه خود را دارد. شـاید دلیل این امر نزدیکی منازل به بیمارسـتان‌ها و دسترسـی به آن‌ها در مواقع اورژانس باشـد. تعدادی ماما مجوز برای انجام زایمان در منزل را داشـته جزو سیستم خدمات مادران به رسـمیت شناخته‌شده اسـت که با یافته‌های گوپتا و همکاران (۲۰۱۱) [۱۵] در مورد ضرورت وجـود مامای تحصیل‌کرده هنـگام زایمان در همه‌ی مناطق همسو است.

در کشـورهای موردمطالعه توسـعه‌یافته بخصـوص ژاپن نقش کتابچـه‌ی راهنمای مادر و کودک بسـیار پررنگ می‌باشـد. این کتابچـه به‌صورت رایگان در اختیار مادران قرار می‌گیرد و شـامل کوپن برای ویزیت‌های بارداری و آموزش خانواده‌ها به زبان سـاده و بـه زبان‌هـای مختلف و ثبت مراقبت‌ها می‌باشـد که برای کل کشـور و مراکز دولتی و خصوصی به یکسان طراحی‌شده است. در نتایج این پژوهش وجود این کتابچه برای راهنمایی مادران ضروری بوده است که بامطالعه بخشی و همکاران (۱۳۹۰) [۱۶] و خنجری (۱۳۸۵) [۱۷] همسو است.

تنـوع مراکز ارائه خدمات مادران و کودکان در کشـورهای مورد مطالعه به چشـم می‌خورد. مراکـز تولد، منازل، بیمارسـتان‌ها، کلینیک‌هـا، واحدهـای مامایی ضمیمه بیمارسـتان‌ها و... باعث حق انتخاب برای مادران در محل متناسـب با ریسـک و نیاز و سلیقه‌ی وی شده و احساس آرامش و رضایت و دسترسی بهتر به خدمات را ممکن می‌سازد که با یافته‌های مالکوئیست و همکاران (۲۰۱۳) [۱۸] همخوانی دارد. برای تشـویق متخصصان و ماماها برای ارائه خدمات در روسـتاها و مناطق محروم و دورافتاده باید امکانات و تسـهیلاتی در نظر گرفته شـود که بامطالعه سامبو و همکاران (۲۰۱۱) [۱۹] همخوانـی دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که وجود سیستم یکپارچه‌ی جمع‌آوری اطلاعات و پرونده الکترونیک برای بیماران با نظارت دولت در بهبود خدمات بهداشـت مادر و کودک تأثیر دارد که با پژوهش سینگ (۲۰۱۳) [۲۰] همسو است.

نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، تعیین مؤلفه‌هـای مؤثر بر مدیریت خدمات بهداشـت مادر و کودک و ارائه الگو برای ایران بوده اسـت. نتایج پژوهش که با کمک بررسـی ادبیات و مرور متون مرتبط، مطالعه میدانی و درنهایت ارائه مدل به دسـت آمد، سیسـتم پشتیبانی از خدمات، مدیریـت منابع انسـانی، مدیریت منابـع مالی، تدارک تجهیـزات، نظام ثبت و عملکـرد متحد، مدیریـت منابع مالی و فیزیکـی و سیسـتم نظام‌منـد مراقبت‌های مامایـی را از عوامل مؤثر بر مدیریت موفق خدمات بهداشـت مـادر و کودک در ایران معرفی کرد. با توجه به چشـم‌انداز روشن ترسیم‌شده برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان در کشور ایران توسط مسئولین، توجه به متغیرهای مهم مؤثر شناخته‌شده در ارائه این خدمات که در حال حاضر یا وجود ندارند و یا نقش آن‌ها در سیسـتم خدمات کمرنگ هسـت بسیار قابل‌توجه خواهد بود. خدماتی نظیر مراقبت و زایمان در منزل و تشـویق کارکنان خدمات بهداشـتی برای ارائه خدمت در مناطق محروم و وجود سیسـتم ثبت و عملکرد واحد و توجه به حضور بیشـتر همسـران در هنگام دریافت مراقبت‌ها و آموزش‌ها از مهم‌ترین نقاط موردتوجه در این مطالعه می‌باشـد. بدیهی است ابتدا باید زیرساخت‌های ایجاد عوامل مؤثر نامبرده در جامعه توسط مسئولین برقرار گردد تا بتوان این موارد را اجرایی کرد.

پیشنهادها:

ایجاد امکانات برای حضور همسران در کلاس‌های بارداری و حتی هنگام زایمان برای آشنایی با مشکلات مادران و انجام حمایت‌های روحی لازم.

سیاسـت‌گذاری و ایجاد قوانین حمایتی مادران و خانواده توسـط دولت برای تحکیم و سلامت خانواده و حمایت از کارفرمایان ذینفع با پرداخت یارانه.

مشارکت استانداری‌ها و شهرداری‌ها

ایجاد پرونده‌ی سلامت الکترونیک

پوشش کامل بیمه‌های پایه خدمات مادران و کودکان

مشارکت نهادها و سازمان‌های غیرانتفاعی و غیردولتی.

گنجاندن مشاوره بهداشت روان برای مادران و کودکان

ایجاد فراگیر به مراکز تخصصی اورژانسی در همه ساعات شبانه‌روز و در تمام نقاط کشور.

ایجاد مراکز متنوع برای زایمان و خدمات در کشور به‌جز بیمارستان و کلینیک.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

برقراری آموزش تمرینات مناسب برای مادران و ایجاد کلاس‌های مناسب ورزشی به‌صورت رایگان

امکانـــات درمان رایگان برای نوزادان کـــم‌وزن، پرمچور و مبتلابه بیماری‌های تخصصی

تنوع وسایل انتقال و دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک و استقرار کارکنان آموزش‌دیده در امر زایمان در اورژانس.

طراحی آرم مادران برای امنیت در اماکن عمومی.

ایجاد مراکز متنوع ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک مراکز تولد و امکانات زایمان در منزل برای بارداری‌های کم‌خطر توسط ماماها.

ثبت و پذیرش تعدادی ماما در هر شهر یا روستا برای ارائه خدمات مراقبت مادران و زایمان در منزل.

طراحی کتابچه مادران و کودکان توســط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و در اختیار گذاشتن آن به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت مادران و کودکان (خصوصی و دولتی).

ایجاد بیمارستان‌های سطح سوم در تمام نقاط شهری و با دسترسی نزدیک همگان در تمام مناطق کشور.

امکان برنامه‌ریزی محلی برای آموزش مامایی

برنامه‌ریزی برای جذب متخصصان و ماماها در مناطق روستایی با طرح‌های تشویقی و تسهیلات رفاهی.

استفاده از ماماهای حذف‌شده از سیستم در بخش خصوصی با ارائه خدمات در منازل، اورژانس و مناطق محروم.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات بهداشـــت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران در مقطع دکترای تخصصی در ســـال ۱۳۹۳ می‌باشـــد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران اجرا شده است.

مراجع

1- Vashishtha, VM. The State of the World's Children 2009: Maternal Health is the Key to Achieve MDGs 4 and 5.IndianPediatrics 2009; 17(46), 233-234.

2- Silal SH, Penn- Kekana L, HarrisB, etal. Exploringinequalities in access to and use of maternal health services in South Africa.BMC Health ServicesResearch 2012; 12(120), 1-2.

3- Azemikhah A, Emamiafshar N, Jalilvand P, etal. National program to promote maternalhealth.Tehran: Ministry of Health and Medical Education UNFPA Deputy of Health, Bureau of Family Health and Population 2001; 2[in Persian].

4- Azar A.Selection of General Population Census results.Tehran: Deputy of strategic planning and monitoring of statistical center 2013: 29[in Persian].

5- Ahmadi B. The pattern of development of women's health. The Journal of of Social Welfare 2006; 5(21):10[in Persian].

6- World Health Organization. Media Center: Millennium Development Goals: progress towards the health-related Millennium Development Goals [Internet] [updated 2010 May; cited 2011 Mar 18]. Retrieved Oct,2014 available from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en

7- Vezarate behdasht darman va amoozeshe pezeshki shoraye syasatgozari.salamate Islamic republic of iran dar barname tosee panjom eghtesadi farhangi ejtemaie. [serial online]2013 [cited 2014 Dec 25]; 5(8): 221. Available from: URL:http:// webda.behdasht.gov.ir

8- Mc Carthy, J. and D. Maine (1992). A framework for analyzing the determinants of mortality. Studies in Family Planning, 23 (1), p. 23-33.

9- Unicef organization. (2011). Innovations for maternal newborn and child health. New York: UNICEF publication, p10.

10- Di Cesare M, Sabates R, Lewin KM. A double prevention: How maternal education can affect maternal mental health, child health and child

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]

cognitive development, Longitudinal and Life Course Studies.2013; 4: 166-179.

11- Rayegan SR, Khodakarami N, Hassan zadeh KH M. Assess the mental health of mothers with high-risk and low-risk pregnancy. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran2012; 4(30):329-334[in Persian].

12- Mortazavi FS, Mirzaie KH. Causes, consequences, barriers and men's participation in prenatal care and delivery based on the experiences of maternity care providers: a qualitative study.journal of Arak University of medical science.2011; 15(1): 104-115 [in Persian].

13- Zarei A. Development of home care services. Journal of Hospital 2004; 5(2):28-30[in Persian].

14- Mirmolaei T, Amelvalizadeh M, Mahmoodi M, et al. Effect of home postpartum care in quality of life for low-risk mothers. Nursing Journal of Tehran University of Medical Sciences (Hayyat) 2011; 17(2):42-51[in Persian].

15- Gupta N, Maliqi B, França A, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. Human Resources for Health 2011; 9(16): 1-7.

16- Bakhshi F, Mokhtari N, Jafroody Sh, etal. Factors affecting the pregnant women referred to health centers in Rasht from their view. NursingResearch 2011; 6(23):41-50[in Persian].

17- Khanjari S, Farajolahi M,Molla F,Hosseini F. Prenatal care and the factors influencing it from the perspective of the care recipient.ijn 2006; 19(45): 37-46[in persian].

18- MalqvistM, YuanB, TryggN, etal. Targeted Interventions for Improved Equityin Maternalandchild health in lowandmiddle in comesettings: Systematc Reviewand Meta Analysis. Plosone 2013; 6(8): 1-10.

19- Sambo LG and Kringa JM.Africa's health: could the private sector accelerate the progress towards health MDGs.InternationalArchivesof Medicine 2011; 4(39): 1-9.

20- Singh PK. Progress in health-related millennium development goals in the WHO south-east Asia region. Indian journal of public health 2012; 4(56): 260-267.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-06]