



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

چکیده

زمینه: زنان و کودکان هر کشور دوسوم جمعیت هر کشور را تشکیل می دهند و تأمین سلامت مادران و کودکان در ارتقاء سلامت کل جامعه مؤثر می باشد. استفاده از تجربیات کشورهای موفق دنیا در این زمینه، می تواند ارتقای شاخص های 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 می باشد. کشورهای مورد مطالعه با مقایسه شاخص های بهداشت مادر و کودک کشورها و به روش نمونه گیری خوشه ای 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 داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل عاملی تحلیل و الگوی نهایی استخراج شد. **یافته ها:** در مجموع تعداد ۷ عامل بر مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک مؤثر شناخته شدند که شامل: سیستم پشتیبانی، مدیریت منابع انسانی، تدارک تجهیزات، سیاست های حمایتی (دولتی و محلی)، سیستم نظام مند مراقبت های مامایی، نظام ثبت ارجاع و عملکرد متحد و مدیریت منابع مالی و فیزیکی می باشند که سیاست های حمایتی دولت و سیستم پشتیبانی با بار عاملی ۰/۹ بیشترین و مدیریت منابع انسانی با ۰/۲۹ کمترین تأثیر را داشته اند.

نتیجه گیری: الگوی پیشنهادی، بیشترین تأثیر را از مؤلفه های سیستم پشتیبانی و سیاست های حمایتی دولت و کمترین تأثیر را از مدیریت منابع انسانی دارد.

واژگان کلیدی: مدیریت خدمات، بهداشت مادر و کودک، کشورهای توسعه یافته

دکتر نینوایی مژگان ۱

دکتر نصیری پور امیراشکان ۲*

دکتر طبیبی سیدجمال الدین ۳

دکتر رئیسی پوران ۴

۱- دانش آموخته 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 مسؤل:** گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران- ایران

تلفن: ۰۲۱-۴۴۸۶۹۶۳۹

نشانی الکترونیکی:

nasiripour@srbiau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۱۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۱۲/۶

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۳/۲۲

مقدمه

بارداری، تولد نوزاد و مادر شدن می‌تواند دورانی پر از شعف و شادی برای افراد خانواده به‌ویژه زنان باشد ولی در اکثر کشورهای در حال توسعه، این دوران با پیشامدهای ناگواری همراه است. در این کشورها بارداری و زایمان از علل اصلی مرگ، بیماری و معلولیت زنان سنین باروری است. اعداد و ارقام نشان می‌دهند که هر ساله حدود شش‌صد هزار زن به علت عوارض بارداری و زایمان و چهار میلیون نوزاد جان خود را از دست می‌دهند که ۹۹ درصد این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد [۱ و ۲ و ۳]. مرگ مادر در بقاء کودک، خانواده 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] توجه به زنان در دو دهه اخیر موجب بهبود وضعیت کلی آنان در همه شاخص‌های توسعه و به‌ویژه سلامت بوده که با هیچ دوره‌ای قیاس پذیر نیست [۵]. ایران شاخص مرگ‌ومیر مادر و کودک را از سال ۱۹۹۰ تاکنون به نحو چشمگیری کاهش داده است در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ مادری معادل ۱۲۰ در صد هزار زایمان بوده و در سال ۲۰۱۱ به ۲۱ کاهش یافته است. شاخص مرگ کودکان در سال ۲۰۱۱ به ۱۲ در هزار تولد زنده رسیده است. در مقایسه با کشورهای منطقه وضع نسبتاً خوبی وجود دارد ولی در آسیا هم هنوز از برخی کشورها نظیر ژاپن و سنگاپور (کمتر از ۳) فاصله چشمگیری دیده می‌شود [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 فراهم‌سازی امکانات اولیه، افت محسوس‌ی در میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک رخ می‌دهد ولی پس از رسیدن به مرحله متوسط باید اقدامات مدیریتی مدبرانه‌تری برای رسیدن به سطوح ایده‌آل سلامت انجام شود و کاهش تنها یک درصد در میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک نیاز به مدیریت فراگیری دارد. از آنجاکه در بحث سلامت همواره وضعیت ایده‌آلی نسبت به وضع فعلی وجود دارد، این نیاز همواره در پژوهش‌ها پابرجا خواهد ماند. طبق گفته‌ی مسئولان وزارت بهداشت و بر اساس برنامه‌ریزی کلان‌کشوری مقرر بوده است میزان شاخص کشوری مرگ مادر تا پایان سال ۱۳۹۴ به ۱۵ درصد هزار تولد و میزان مرگ کودکان به کمتر از نه در هزار تولد

زنده برسد [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 بررسی 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 انسانی، برنامه‌ریزی برای آموزش نیروی انسانی 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 کشورهای توسعه یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران می‌باشد. در این پژوهش مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در چهار کشور منتخب توسعه یافته سنگاپور، ژاپن، استرالیا و انگلستان با ایران مقایسه شده و الگوی پیشنهادی طراحی گردیده است. با انجام این پژوهش می‌توان با شناسایی متغیرهای مهم و کاربردی که در موفقیت کشورهای توسعه 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

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و با روش توصیفی تحلیلی، مقطعی انجام شده و در مراحل 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 بهداشت 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 سوم) انجام مطالعه‌ی کتابخانه‌ای (مطالعه‌ی کیفی) در ایران و کشورهای منتخب با استفاده از ابعاد برگرفته از الگوی مفهومی مرحله‌ی اول و تشکیل ماتریس تطبیقی
- مرحله‌ی چهارم) نظرسنجی خبرگان در مورد متغیرهای مهم برگرفته از مطالعه تطبیقی مرحله‌ی سوم و چهارم و طراحی پرسشنامه



بر اساس جمعیت و موجود بودن اطلاعات در دسترس، چهار کشور از قاره‌های مختلف انتخاب شدند. از آسیا دو کشور ژاپن و سنگاپور، از اروپا انگلستان و از اقیانوسیه استرالیا 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 انسانی و نوع بسته‌ی خدمتی ارائه‌شده در مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشت مادر و کودک را (در دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان) را دربرمی‌گیرد ولی خدماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان بالاتر از یک سال (بزرگ‌تر از شیرخوارگی) و زنان به‌غیر از دوران بارداری تا یک سال پس‌از آن را شامل نمی‌گردد. دامنه‌ی مکانی پژوهش کشور ایران و کشورهای منتخب توسعه‌یافته می‌باشد. نتایج این پژوهش به زنان از بدو بارداری تا یک سال پس از زایمان در ایران قابل‌تعمیم خواهد بود.

دامنه‌ی زمانی موضوع به تجربیات و داده‌های کشورهای توسعه‌یافته منتخب در ده سال اخیر برمی‌گردد (۱۹۹۴ میلادی به بعد) که در سال ۱۳۹۳ گردآوری شده است.

جامعه‌ی آماری پژوهش، افراد صاحب‌نظر دانشگاهی در حوزه‌ی بهداشت باروری، زنان و زایمان با سابقه‌ی کاری بیش از ده سال و اشتغال فعلی یا سابقه‌ی اشتغال در پست‌های مدیریتی در گروهی از آن‌ها بوده است. این اساتید از دانشگاه‌های کل کشور به‌صورت تصادفی در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. به علت محدودیت تعداد متخصصین واجد شرایط در این پژوهش، ۲۵۰ پرسشنامه توزیع شد که در نهایت ۱۸۵ پرسشنامه تکمیل و به پژوهشگر برگشت داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فیش کارت، جدول تطبیقی و پرسشنامه بوده است.

- مرحله‌ی پنجم) مطالعه‌ی میدانی و نظرسنجی از کاربران (مطالعه‌ی کمی)

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

مدل مفهومی مورد نظر برای پژوهش حاضر تلفیقی از مدل‌های یونیسف، سازمان بهداشت جهانی و مک‌کارتی می‌باشد [۸ و ۹].

در مدل یونیسف 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 یونیسف در خصوص علل مرگ‌ومیر کودکان و مادران این عوامل مؤثر شناخته شده‌اند:

عوامل سیاسی، 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 مک‌کارتی و مابین عوامل زیر مؤثر بر مدیریت سلامت مادر و کودک شناخته شده‌اند: دسترسی و کیفیت خدمات، تغذیه و سلامت 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 بهداشت مادر و کودک در الگوی مفهومی اولیه شامل موارد زیر می‌باشند: منابع مالی، منابع انسانی، تجهیزات، محتویات بسته ارائه خدمات، مدیریت ارائه خدمات و سیستم آمار و اطلاعات.

کشورهای مورد مطالعه شامل کشورهای توسعه یافته و موفق در زمینه‌ی خدمات بهداشت مادر و کودک بوده است. ابتدا آمار این کشورها از سایت سازمان جهانی بهداشت بر اساس شاخص‌های خدمات بهداشت مادر و کودک (مرگ‌ومیر مادران، مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، مرگ‌ومیر شیرخواران، درصد پوشش مراقبت‌های پیش از تولد، درصد زایمان‌های انجام شده توسط پرسنل ماهر بهداشتی، درصد ویزیت‌های پس از زایمان و نیازهای برآورده نشده‌ی تنظیم خانواده) گرفته شد. سپس از بیست کشور پیشرو در این زمینه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای

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 پیشنهادها این گروه از خبرگان، برای تعیین روایی صوری، پرسشنامه اصلاح‌شده در یک اجرای آزمایشی مورد آزمون قرار گرفت. در نهایت 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، به طوری که 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 یونیسیف 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 انجام گرفته است. به‌علاوه دستورالعمل‌های کشورهای منتخب از سایت وزارت بهداشت کشور مربوطه و آمارهای بهداشتی از سایت WHO گرفته شده است. در مرحله‌ی نظرسنجی خبرگان با کمک مطالب جمع‌آوری شده، 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 جمع‌آوری شده 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 قرار گرفته و روابط متغیرها با استفاده از روش معادلات ساختاری SEM استخراج شده و اعتبار الگو مورد تأیید قرار گرفت. در این مرحله از نرم‌افزار LISREL ۹٫۱ بهره‌گیری به‌عمل آمده است.

ملاحظات اخلاقی: با ذکر نام کامل منبع از منابع مطالعات استفاده شده، حقوق مؤلفین و منابع حفظ شده 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 استفاده شده، ارجاع داده شده 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 مورد مطالعه 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 ماماها، 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).



جدول ۲- جدول تطبیقی متغیرهای بسته خدمات مادران در کشورهای مورد مطالعه و ایران

سنگاپور	ژاپن	انگلستان	استرالیا	ایران	گویه/کشور
دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (بدون همسر)	۱- خدمات مشاوره ما درو کودک
فراگیر	فراگیر	فراگیر	فراگیر	محدود	۲- برنامه‌های بهداشت روان مادر
فراگیر	فراگیر	فراگیر	فراگیر	محدود	۳- برنامه‌های بهداشت روان کودک
دارد	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	۴- کلاس‌های ورزشی برای مادران
دارد	دارد	دارد	دارد	دارد	۵- آزمایشات و غربالگری بارداری
دارد	دارد	دارد	دارد	ندارد	۶- ویزیت در منزل
ندارد	دارد	دارد	دارد	ندارد	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
دارد	دارد	دارد	دارد	تا حدودی	۹- کتابچه جامع بارداری و پس از زایمان برای ما درو کودک
ندارد	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	۱۰- آرم مشخصه زنان باردار
دارد	دارد	دارد	دارد	دارد	۱۱- تجویز مکمل‌های بارداری
ندارد (با بیمه دارد)	دارد	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	۱۲- مراقبت رایگان دولتی برای نوزادان نارس و کم‌وزن
ندارد (با بیمه دارد)	دارد	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	۱۳- جراحی رایگان دولتی برای نوزادان با ناهنجاری مادرزادی
دارد	دارد	دارد	دارد	محدود	۱۴- مراکز تخصصی دائم اورژانس مادران
دارد	دارد	دارد	دارد	محدود	۱۵- تنوع وسایل دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک

عمومی، تنظیم غیرمتمرکز برنامه‌های آموزش مامایی، مرخصی پدران و تجویز رایگان مکمل‌ها در دوران بارداری می‌باشند. نتایج نشان می‌دهند که گویه‌های ۱ تا ۹ در عامل اول (سیستم پشتیبانی)، گویه‌های 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)، گویه‌های ۲۸ تا ۳۰ در عامل پنجم یا (سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی)، گویه‌های ۳۱ تا ۳۳ در عامل ششم یا (نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد) و گویه‌های 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

یافته‌های پژوهش مرحله‌ی دوم مطالعه‌ی میدانی (نظرسنجی)

در این پژوهش مقدار KMO برابر با ۰/۸۳؛ و مقدار آزمون بارتلت نیز کمتر از ۰/۰۱ 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.

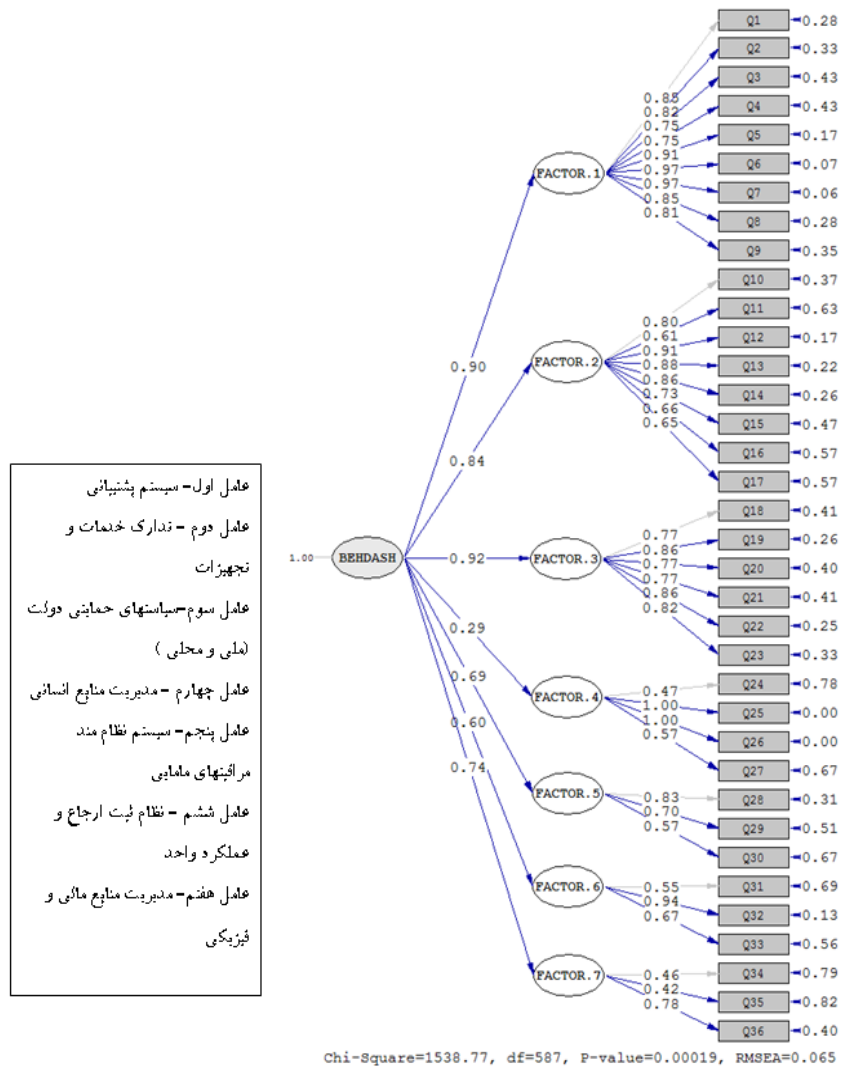
نتایج تحلیل عاملی اکتشافی

تعداد ۷ عامل یا بعد زیربنایی از مجموع ۳۶ شاخص مقیاس عوامل مؤثر بر خدمات بهداشت مادر و کودک استخراج یا شناسایی شده است. هفت عامل به‌دست‌آمده می‌توانند حدود ۷۸ درصد واریانس تمامی شاخص‌ها را تبیین نمایند. تعداد چهار گویه‌ی موجود در پرسشنامه در تحلیل عاملی اکتشافی حذف شدند. این گویه‌ها شامل افزایش طیف مراقبت دهندگان خدمات نظیر پزشکان

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

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 تأیید می‌شود.

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



شکل ۱- آزمون مدل مفهومی پژوهش در حالت ضرایب استانداردشده



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

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۴ ذکر شده است. در مجموع شاخص‌های برازش مدل در جدول ۴ ذکر شده است. در مجموع با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که نشان از برازش مناسب داده‌ها با مدل دارد.

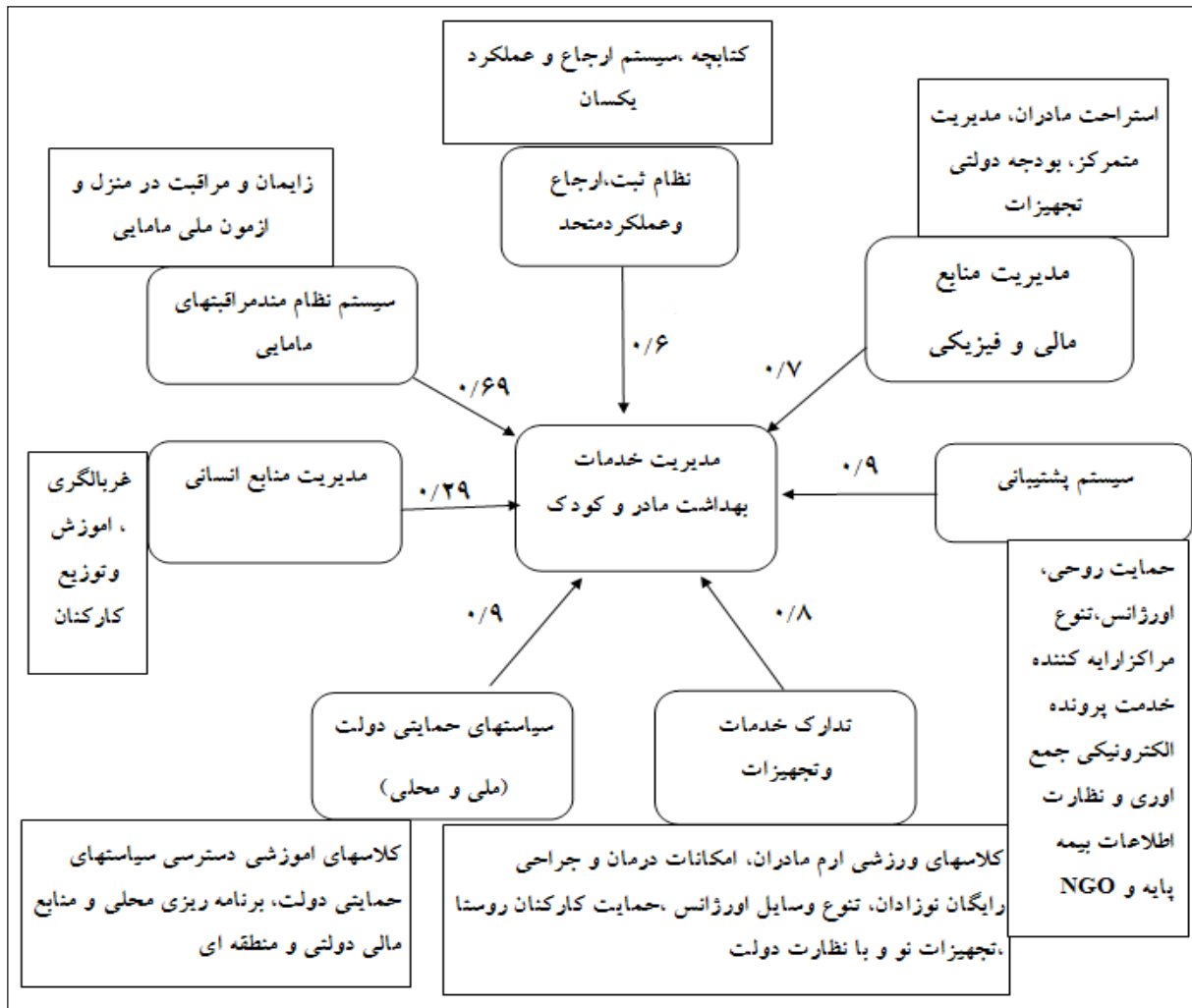
جدول ۵- شاخص‌های برازش مدل پژوهش				
نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار مطلوب	نتیجه	تفسیر
مطلق	GFI	$> .90$	.94	برازش مطلوب
	RMSEA	$< .108$	.065	برازش مطلوب
نسبی	CFI	$> .90$	.93	برازش مطلوب
	NFI	$> .90$	.89	برازش قابل قبول
	IFI	$> .90$	.92	برازش مطلوب
موجز یا مقتصد	AGFI	$> .50$	.74	برازش مطلوب
	PGFI	$> .50$	.63	برازش مطلوب
	df/ Chi-Square	$3 \leq \text{شاخص} \leq 2$	2.62	برازش مطلوب

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 نشان می‌دهند قوی‌ترین رابطه با خدمات بهداشت مادر و کودک در بین هفت عامل، به عامل سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی) با ضریب استاندارد شده ۰/۹۲ و ضعیف‌ترین رابطه با خدمات بهداشت مادر و کودک در بین هفت عامل، به عامل مدیریت منابع انسانی با ضریب استاندارد شده ۰/۲۹ اختصاص دارد.

نتایج آزمون مدل ساختاری نشان می‌دهد تمامی عامل‌ها با خدمات بهداشت مادر و کودک رابطه معنی‌دار دارند و همبستگی دارند ($P < 0.01$). نتایج نشان شدت رابطه عامل سیستم پشتیبانی برابر با ۰/۹۰ عامل تدارک خدمات و تجهیزات برابر با ۰/۸۴ عامل سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی) برابر با ۰/۹۲ عامل مدیریت منابع انسانی برابر با ۰/۲۹ عامل سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی برابر با ۰/۶۹ عامل نظام ثبت، ارجاع و عملکرد

جدول ۶- آزمون روابط، بررسی ضرایب استاندارد شده و مقدار t			
نتیجه	سطح معنی‌داری	ضریب استاندارد شده	عامل دارای رابطه با خدمات بهداشت مادر و کودک
تائید رابطه	۱۲/۴۱	.90	سیستم پشتیبانی
تائید رابطه	۱۰/۶۶	.84	تدارک خدمات و تجهیزات
تائید رابطه	۱۱/۱۱	.92	سیاست‌های حمایتی دولت (ملی و محلی)
تائید رابطه	۳/۳۶	.29	مدیریت منابع انسانی
تائید رابطه	۸/۲۷	.69	سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی
تائید رابطه	۵/۵۷	.60	نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد
تائید رابطه	۴/۸۹	.74	مدیریت منابع مالی و فیزیکی





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

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 مبتلا به ناهنجاری مادرزادی و یا کم‌وزن و نارس، امکانات غریبالگری همه‌ی مادران باردار به صورت رایگان، وجود کتابچه راهنما و ثبت خدمات به صورت 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

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 مورد مطالعه 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 به صورت شبانه‌روزی و تخصصی در تمام ساعات شبانه‌روز و در همه‌ی مناطق کشور، تنوع وسایل نقلیه برای انتقال به مراکز

متخصصان و ماماهايي که به مناطق محروم برای خدمت می‌روند تسهیلاتی نظیر بورسیه ادامه تحصیل و پرداخت هزینه‌های اقامت و مسافرت پیش‌بینی شده است و در ژاپن ماماهاى استخدام شده دولتی به مدت شش ماه تا یک سال به مناطق دور از مرکز اعزام شده و تسهیلات دریافت می‌کنند.

تأمین منابع مالی در کشورهای مورد مطالعه از طریق منابع دولتی، منابع محلی و ایالتی، درآمدهای 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 به صورت 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. هر کدام 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 دیده شده است که این مشاوره شامل آموزش بهداشت روان در دوران بارداری،

زایمان و پس از زایمان نیز هست. با مطالعه تطبیقی انجام شده 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 حالی که 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 در حالی که 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 توسعه یافته 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 شناسایی شده و درمان و پیشگیری به موقع 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 تأیید 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 دوره دیده یا دوره ندیده و غیر کارشناس صورت می‌پذیرد با وجود بیمارستان‌های با امکانات تخصصی رویکرد گرایش به زایمان در بیمارستان منطقی به نظر می‌رسد ولیکن



نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، تعیین مؤلفه‌های مؤثر بر مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک و ارائه الگو برای ایران بوده است. نتایج پژوهش که با کمک بررسی ادبیات و مرور متون مرتبط، مطالعه میدانی و در نهایت ارائه مدل به دست آمد، سیستم پشتیبانی از خدمات، مدیریت منابع انسانی، مدیریت منابع مالی، تدارک تجهیزات، نظام ثبت و عملکرد متحد، مدیریت منابع مالی و فیزیکی و سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی را از عوامل مؤثر بر مدیریت موفق خدمات بهداشت مادر و کودک در ایران معرفی کرد. با توجه به چشم‌انداز 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 سیستم خدمات کم‌رنگ هست بسیار قابل توجه خواهد بود. خدماتی نظیر مراقبت و زایمان در منزل و تشویق کارکنان خدمات بهداشتی برای ارائه خدمت در مناطق محروم و وجود سیستم ثبت و عملکرد واحد و توجه به حضور بیشتر همسران در هنگام دریافت مراقبت‌ها و آموزش‌ها از مهم‌ترین نقاط مورد توجه در این مطالعه می‌باشد. 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، سیاست‌گذاری و ایجاد قوانین حمایتی مادران و خانواده توسط 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.

هنوز 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 کارشناسی 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 توسعه‌یافته مورد مطالعه باوجود امکانات تخصصی و به‌روز در بیمارستان‌ها هنوز زایمان در منزل حتی در شهرهای بزرگ جایگاه خود را دارد. شاید دلیل این امر نزدیکی منازل به بیمارستان‌ها و دسترسی به آن‌ها در مواقع اورژانس باشد. تعدادی ماما مجوز برای انجام زایمان در منزل را داشته جزو سیستم خدمات مادران به رسمیت شناخته‌شده است که با یافته‌های گوپتا و همکاران (۲۰۱۱) [۱۵] در مورد ضرورت وجود مامای تحصیل‌کرده هنگام زایمان در همهی مناطق همسو است.

در کشورهای مورد مطالعه توسعه‌یافته بخصوص ژاپن نقش کتابچه‌ی راهنمای مادر و کودک بسیار پررنگ می‌باشد. این کتابچه به‌صورت رایگان در اختیار مادران قرار می‌گیرد و شامل کوپن برای ویزیت‌های بارداری و آموزش خانواده‌ها به زبان ساده و به زبان‌های مختلف و ثبت مراقبت‌ها می‌باشد که برای کل کشور و مراکز دولتی و خصوصی به یکسان طراحی شده است. در نتایج این پژوهش وجود این کتابچه برای راهنمایی مادران ضروری بوده است که با مطالعه بخشی و همکاران (۱۳۹۰) [۱۶] و خنجری (۱۳۸۵) [۱۷] همسو است.

تنوع مراکز ارائه خدمات مادران و کودکان در کشورهای مورد مطالعه به چشم می‌خورد. مراکز تولد، منازل، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، واحدهای مامایی ضمیمه بیمارستان‌ها و... باعث حق انتخاب برای مادران در محل متناسب با ریسک 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 تشویق متخصصان و ماماها برای ارائه خدمات در روستاها و مناطق محروم و دورافتاده باید امکانات و تسهیلاتی در نظر گرفته شود که با مطالعه سامبو و همکاران (۲۰۱۱) [۱۹] همخوانی دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که وجود سیستم یکپارچه‌ی جمع‌آوری اطلاعات و پرونده الکترونیک برای بیماران با نظارت دولت در بهبود خدمات بهداشت مادر و کودک تأثیر دارد که با پژوهش سینگ (۲۰۱۳) [۲۰] همسو است.

ایجاد بیمارستان‌های سطح سوم در تمام نقاط شهری و با دسترسی نزدیک همگان در تمام مناطق کشور. امکان برنامه‌ریزی محلی برای آموزش ماماها برنامه‌ریزی برای جذب متخصصان و ماماها در مناطق روستایی با طرح‌های تشویقی و تسهیلات رفاهی. استفاده از ماماها 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 بهداشت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران در مقطع دکترای تخصصی در سال ۱۳۹۳ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران اجرا شده است.

برقراری آموزش تمرینات مناسب برای مادران و ایجاد کلاس‌های مناسب ورزشی به‌صورت رایگان امکانات درمان رایگان برای نوزادان کم‌وزن، 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 توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و در اختیار گذاشتن آن به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت مادران و کودکان (خصوصی و دولتی).

مراجع

- 1- Vashishtha, VM. The State of the World's Children 2009: Maternal Health is the Key to Achieve MDGs 4 and 5. *Indian Pediatrics* 2009; 17(46), 233-234.
- 2- Silal SH, Penn- Kekana L, Harris B, et al. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Services Research* 2012; 12(120), 1-2.
- 3- Azemikhah A, Emamifshar N, Jalilvand P, et al. National program to promote maternal health. 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 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 pezeszki 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](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



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: Systematic 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.