

طراحی بسته خدمات سلامت مادر و کودک بر اساس

مدل تطبیقی کشورهای توسعه یافته

دکتر مژگان نینوایی^۱، دکتر امیر اشکان نصیری پور^{۲*}،

دکتر سید جمال‌الدین طبیبی^۳، دکتر پوران رئیسی^۴

۱. دانش‌آموخته دکترای تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳. استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۵/۰۴

خلاصه

مقدمه: سلامت زنان جامعه به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان است که علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل تعیین‌گر فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارد. امروزه موضوع مدیریت توسعه سلامت مادران در زمره اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت قرار دارد. مطالعه حاضر با هدف بهبود بسته خدمات سلامت مادر و کودک ارائه شده در ایران از طریق ارائه متغیرهای برگرفته از مطالعه تطبیقی کشورهای توسعه یافته منتخب انجام شد.

روش کار: در این مطالعه تطبیقی کشورهای مورد مطالعه (سنگاپور، استرالیا، انگلستان، ژاپن) با مقایسه شاخص‌های بهداشت مادر و کودک کشورها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از قاره‌های مختلف انتخاب شده و با مطالعه بسته خدمات سلامت مادر و کودک در آن‌ها از طریق رجوع به اسناد معتبر بهداشتی، متغیرهای مهم و ابعاد مورد نظر شناسایی و بر اساس آن و جدول تطبیقی طراحی شده، نتیجه‌گیری شد.

یافته‌ها: کلاس‌های رایگان آموزشی و ورزشی با شرکت همسران، شبکه گسترده اورژانس مادران به صورت شبانه‌روزی و تخصصی، تنوع وسایل نقلیه برای انتقال به مراکز اورژانس، بسته‌های حمایت روحی مادران، ویزیت و زایمان در منزل، امکانات جراحی و مراقبت رایگان نوزادان، امکانات غربالگری مادران باردار به صورت رایگان، وجود کتابچه راهنما و ثبت خدمات به صورت متحدالشکل در کل مراکز کشور را می‌توان از عوامل شناسایی شده در بسته موفق خدمات سلامت مادر و کودک معرفی کرد.

نتیجه‌گیری: نقش برخی عوامل شناسایی شده نظیر ویزیت و زایمان در منزل در بسته خدمات سلامت ایران کم است و یا وجود ندارد. اجرای موارد پیشنهادی می‌تواند نقش مؤثری در ارتقاء شاخص‌های سلامت مادر و کودک ایران داشته باشد.

کلمات کلیدی: خدمات سلامت، خدمات سلامت مادر و کودک، کشورهای توسعه یافته، مدل، مطالعه تطبیقی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر امیر اشکان نصیری پور؛ واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۴۴۸۶۹۶۳۹؛ پست

الکترونیک: nasiripour@srbiau.ac.i

مقدمه

هر ساله بیش از نیم میلیون زن در اثر عوارض بارداری زایمان و پس از آن از دنیا می‌روند (۱). بارداری و زایمان در اکثر کشورهای در حال توسعه از علل اصلی مرگ، بیماری و معلولیت زنان سنین باروری است؛ به طوری که ۳۳-۲۵٪ مرگ‌ها و ۱۸٪ بیماری‌های زنان ۱۵-۴۴ ساله را به خود اختصاص می‌دهد. آمارها نشان می‌دهند که هر ساله حدود ۶۰۰/۰۰۰ زن به دلیل عوارض بارداری و زایمان و ۴ میلیون نوزاد جان خود را از دست می‌دهند که ۹۹٪ این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتند (۲، ۳). اگرچه تعداد بی‌شماری از زنان زنده می‌مانند، ولی از معلولیت‌های متعدد و گاه طولانی مدت رنج می‌برند (۴-۲).

سلامت زنان جامعه به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان است. امروزه موضوع مدیریت توسعه سلامت زنان و کودکان در زمره اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت قرار دارد و به عنوان زمینه‌های اصلی توسعه استراتژیک بهداشت در دهه آینده میلادی مورد توجه مراکز علمی ذیربط قرار گرفته که بر سیستم‌های ادغام یافته ارائه خدمات بهداشتی و بهبود روش‌های سنتی تأکید دارند (۵). همچنین مرگ مادر نقش تعیین‌کننده‌ای در بقاء کودک، خانواده و در نهایت جامعه دارد. به همین جهت امروزه شاخص مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه در جامعه به شمار می‌آید و کاهش آن تعهد مهم کشورها است (۴). در کشورهای توسعه‌نیافته مرگ و میر مادران و شیرخواران بسیار بالا است. به عنوان مثال مرگ مادری در کشورهای چاد و سومالی (۲۰۱۰) بیشتر از هزار (در ۱۰۰ هزار تولد زنده) و مرگ شیرخوار بیشتر از ۱۰۰ مورد (در هزار تولد زنده) بوده است. در کشورهای توسعه یافته مانند سوئد، ژاپن، اسپانیا و ایتالیا مرگ مادر به ۵-۲ مورد (در ۱۰۰ هزار تولد زنده) و مرگ شیرخوار به کمتر از ۳ مورد (در هزار تولد زنده) رسیده است (۶). با وجود اهمیت بهداشت مادر و کودک و تأکید سازمان جهانی بهداشت برای بهبود شاخص‌ها، هنوز کشورهای زیادی در دنیا از نامطلوب بودن شاخص‌ها رنج می‌برند. یکی از اهداف توسعه، کاهش مرگ و میر مادران به

میزان ۷۵٪ از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ بوده است. اگرچه بین سال‌های ۲۰۰۸-۱۹۹۰ میزان کاهش جهانی سالانه آن ۱/۳٪ بود، ولی این میزان کاهش خیلی کمتر از اهداف توسعه هزاره و برابر با ۵/۵٪ کاهش جهانی در سال است. تنها ۱۹ کشور از ۶۸ کشور پیشرو سلامت، در مسیر درست برای رسیدن و تحقق اهداف مرتبط با سلامت مرگ و میر کودکان و مادران بودند (۶-۱۰). در ایران جمعیت زنان و کودکان دو سوم جمعیت را شامل می‌شوند (۱۱). توجه به زنان در دو دهه اخیر موجب بهبود وضعیت کلی آنان در همه شاخص‌های توسعه و به ویژه سلامت بوده که با هیچ دوره‌ای قیاس پذیر نیست (۵). ایران شاخص مرگ و میر مادر و کودک را از سال ۱۹۹۰ تاکنون به نحو چشمگیری کاهش داده است. در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ مادری معادل ۱۲۰٪ هزار زایمان بود و در سال ۲۰۱۳ به ۲۱ کاهش یافت. شاخص مرگ کودکان در سال ۲۰۱۳ به ۱۴ در هزار تولد زنده رسیده است. در مقایسه با کشورهای منطقه، (همسایگان شرقی، غربی و شمالی ایران) وضع نسبتاً خوبی وجود دارد، ولی هنوز در آسیا از برخی کشورها نظیر ژاپن و سنگاپور (با مرگ و میر مادران کمتر از ۳) فاصله چشمگیری مشاهده می‌شود (۶).

هدف از این مطالعه، بررسی بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب و تعیین بسته بهینه خدمات در ایران می‌باشد. با انجام این پژوهش می‌توان با شناسایی متغیرهای مهم و کاربردی که در موفقیت کشورهای توسعه یافته در خدمات سلامت مادر و کودک دخیل بوده‌اند و کاربرد آن‌ها در نظام مدیریت خدمات سلامت مادر و کودک در کشور ایران، به بهبود شاخص‌های بهداشتی مرتبط با این خدمات کمک نمود. تاکنون مطالعات مختلفی برای بررسی شرایط مطلوب ارائه خدمات سلامت مادر و کودک انجام شده و تأثیر متغیرهای مختلف بر کیفیت این خدمات بررسی شده‌اند. بهره‌گیری از تجارب مثبت این کشورها می‌تواند در ارائه این خدمات در ایران مؤثر باشد. در مطالعات تطبیقی مختلفی سیستم بهداشت درمان ایران از لحاظ مدیریت، برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی، سنجش عملکرد سازمانی، اعتباربخشی، مدیریت اطلاعات بهداشتی

درمانی، استانداردهای آموزش بیمار و ... با کشورهای توسعه یافته مقایسه شده و الگوی جدیدی برای ایران در این زمینه‌ها ارائه شده است. به عنوان مثال، براتی مارنانی (۱۲) در مطالعه تطبیقی خصوصی‌سازی برای ارائه مراقبت‌های سلامتی در کشورهای منتخب و یا صفدری و همکاران (۱۳) در مطالعه تطبیقی مکانیسم پرداخت بیمه‌های درمانی در کشورهای آمریکا، استرالیا و ایران و کریمی و همکاران (۱۴) در رساله خود با عنوان مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته، به ارائه الگویی برای کشور پرداخته‌اند، ولی در زمینه بسته خدمات سلامت مادر و کودک که موضوع بسیار مهم در امر سلامت جامعه می‌باشد، مطالعه‌ای به این صورت طراحی نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب و تعیین بسته بهینه خدمات در ایران انجام شد.

کیفی) در ایران و کشورهای منتخب و تشکیل ماتریس تطبیقی، نظرسنجی خبرگان در مورد متغیرهای مهم برگرفته از مطالعه تطبیقی مرحله سوم و طراحی پرسشنامه، مطالعه میدانی و نظرسنجی از کاربران (مطالعه کمی)، تحلیل عاملی اکتشافی و استخراج الگوی ریاضی (مطالعه کمی) انجام شد. کشورهای مورد مطالعه شامل کشورهای توسعه یافته و موفق در زمینه خدمات سلامت مادر و کودک بوده‌اند. ابتدا آمار این کشورها از سایت سازمان جهانی بهداشت بر اساس شاخص‌های بهداشت مادر و کودک گرفته شد. سپس از ۲۰ کشور پیشرو در این زمینه، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس جمعیت و موجود بودن اطلاعات در دسترس، ۴ کشور از قاره‌های مختلف انتخاب شدند. از آسیا دو کشور ژاپن و سنگاپور، از اروپا انگلستان و از اقیانوسیه استرالیا انتخاب شد. معیارهای ورود کشورها به مطالعه، شاخص‌های پایه سلامت مادر و کودک مطلوب (مرگ و میر مادران کمتر از ۱۰ و مرگ و میر شیرخواران کمتر از ۵) و در دسترس بودن اطلاعات بهداشتی در سایت معتبر به زبان انگلیسی بود. معیار خروج از مطالعه، شاخص‌های بیش از مقادیر ذکر شده برای سلامت مادر و کودک و عدم دسترسی به اطلاعات و یا وجود اطلاعات به زبان غیر انگلیسی بود.

درمانی، استانداردهای آموزش بیمار و ... با کشورهای توسعه یافته مقایسه شده و الگوی جدیدی برای ایران در این زمینه‌ها ارائه شده است. به عنوان مثال، براتی مارنانی (۱۲) در مطالعه تطبیقی خصوصی‌سازی برای ارائه مراقبت‌های سلامتی در کشورهای منتخب و یا صفدری و همکاران (۱۳) در مطالعه تطبیقی مکانیسم پرداخت بیمه‌های درمانی در کشورهای آمریکا، استرالیا و ایران و کریمی و همکاران (۱۴) در رساله خود با عنوان مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته، به ارائه الگویی برای کشور پرداخته‌اند، ولی در زمینه بسته خدمات سلامت مادر و کودک که موضوع بسیار مهم در امر سلامت جامعه می‌باشد، مطالعه‌ای به این صورت طراحی نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب و تعیین بسته بهینه خدمات در ایران انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و با روش توصیفی تحلیلی و مقطعی انجام شد. این مطالعه در ۶ مرحله: انجام مطالعه مروری به منظور تحلیل وضعیت موجود بهداشت مادر و کودک در ایران و جهان، انتخاب کشورها برای مطالعه تطبیقی، انجام مطالعه کتابخانه‌ای (مطالعه

جدول ۱- مقایسه میزان مرگ و میر مادر و کودک در ایران و کشورهای توسعه یافته منتخب (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۳) (۱۵)

شاخص	میزان مرگ و میر مادران در ۱۰۰ هزار تولد	میزان مرگ و میر شیرخواران در هزار تولد
ژاپن	۵	۲
سنگاپور	۶	۲
انگلستان	۸	۴
استرالیا	۶	۲
ایران	۲۱	۱۴

دامنه پژوهش، شامل نوع بسته خدمتی ارائه شده در مراکز خدمات سلامت مادر و کودک (در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان) بوده، ولی شامل خدماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان بالاتر از یک سال (بزرگ‌تر از شیرخوارگی) و زنان به غیر از دوران بارداری تا یک سال پس از آن، نبوده است. دامنه مکانی پژوهش کشور ایران و کشورهای منتخب توسعه یافته

بود. نتایج این پژوهش به زنان از بدو بارداری تا یک سال پس از زایمان در ایران قابل تعمیم خواهد بود. دامنه زمانی موضوع به تجربیات و داده‌های کشورهای توسعه یافته منتخب در ۱۰ سال اخیر بود (۱۹۹۴ میلادی به بعد) که در سال ۱۳۹۳ گردآوری شده است. جامعه آماری پژوهش، افراد صاحب‌نظر دانشگاهی در حوزه بهداشت باروری، زنان و زایمان با سابقه کاری بیش از

۱۰ سال و اشتغال فعلی یا سابقه اشتغال در پست‌های مدیریتی در گروهی از آن‌ها بود. این اساتید از دانشگاه‌های کل کشور به صورت تصادفی در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. 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 بود. به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز 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 ۱۵ سؤال بود که تأثیر مؤلفه‌های مستخرج از مطالعه تطبیقی کشورها در بسته خدمات سلامت مادر و کودک را از دید متخصصان مورد سنجش 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 اصلاح شده در یک اجرای آزمایشی مورد آزمون قرار گرفت. در نهایت برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که در این پژوهش مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. سؤالات مربوط به مطالعه میدانی توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت نمره‌دهی 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 مورد نیاز در مرحله مطالعه مروری از طریق رجوع به سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت و یونیسیف برای شناسایی و

مقایسه شاخص‌های مرتبط با خدمات سلامت مادر و کودک در جهان جمع‌آوری شد. در مرحله مطالعه 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 شد و جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعات علمی با فیش‌برداری انجام گرفت. به علاوه دستورالعمل‌های کشورهای منتخب از سایت وزارت بهداشت کشور مربوطه و آمارهای بهداشتی از سایت WHO گرفته شد. در مرحله نظرسنجی خبرگان با کمک مطالب جمع‌آوری‌شده، پرسشنامه اولیه با نظر خبرگان تکمیل و با توجه به امتیاز داده شده به متغیرهای استخراج شده از مرحله تطبیقی و اهمیت آن‌ها در ایران، پرسشنامه نهایی تدوین شد. در مرحله مطالعه میدانی به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه به دو روش حضوری و الکترونیکی توزیع و جمع‌آوری شد. در مرحله مطالعه میدانی، داده‌های جمع‌آوری‌شده از طریق پرسشنامه جهت تحلیل به نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) منتقل شد و با استفاده از تحلیل عاملی، ابعاد و مؤلفه‌های پژوهشی شناسایی و نام‌گذاری مؤلفه‌ها و ابعاد عمومی صورت گرفت. با ذکر نام کامل از منابع مطالعات استفاده شده، حقوق مؤلفین و منابع حفظ شده و در انتشار و ارائه مطالب، به خوبی به نویسنده یا نویسندگانی که از اطلاعات و یا نوشته آن‌ها به‌طور مستقیم استفاده شده، ارجاع داده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه تطبیقی بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب در جدول ۲ ارائه شده است (۲۹-۱۶).

جدول ۲- جدول تطبیقی مؤلفه‌های بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای مورد مطالعه و ایران

سنگاپور	ژاپن	انگلستان	استرالیا	ایران	گوپه/کشور
دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (با همسر)	دارد (بدون همسر)	۱- خدمات مشاوره مادر و 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

ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	۶- ویزیت در منزل
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	۷- زایمان در منزل توسط مامای لیسانس
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	۸- مدت بستری بیش از یک تا سه روز در بیمارستان پس از زایمان
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	تا حدودی	۹- کتابچه جامع بارداری و پس از زایمان برای مادر و کودک
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	۱۰- آرم مشخصه زنان باردار
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	۱۱- تجویز مکمل‌های بارداری
ندارد (با بیمه دارد)	ندارد	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	۱۲- مراقبت رایگان دولتی برای نوزادان نارس و کم وزن
ندارد (با بیمه دارد)	ندارد	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	ندارد (با بیمه دارد)	۱۳- جراحی رایگان دولتی برای نوزادان با ناهنجاری مادرزادی
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	محدود	۱۴- مراکز تخصصی دائم اورژانس مادر و کودک
ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	محدود	۱۵- تنوع وسایل دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک

اماکن عمومی" با میانگین امتیاز ۲/۹ و "افزایش طول مدت بستری پس از زایمان (سزارین ۷ و طبیعی ۳ روز)" با میانگین امتیاز ۲/۱، کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. در نتایج مطالعه، میانگین امتیاز گویه‌های مؤلفه بسته خدمات سلامت مادر و کودک ۴/۰۳ از ۵ بود. میانگین گویه‌های مؤلفه بسته خدمات سلامت مادر و کودک و آماری در جدول ۳ نشان داده شده است.

در بین گویه‌های بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب، گویه‌های "دسترسی گسترده به مراکز تخصصی اورژانس مادر و کودک در ایام تعطیل و کلیه ساعات شبانه‌روز" با میانگین امتیاز ۴/۶ و "آزمایش‌های رایگان غربالگری مادران در دوران بارداری" با میانگین امتیاز ۴/۵ بیشترین و گویه‌های "آرم مشخصه زنان باردار برای شناسایی و امنیت زنان در

جدول ۳- آمار توصیفی از ۱۵ گویه‌های مؤلفه بسته خدمات سلامت مادر و کودک

متغیر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	حداقل	حداکثر
بسته خدمات ویزیت در منزل برای مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان	۳/۹۱	۱/۲۸	۱/۶۵۱	۱	۵
بسته خدمتی زایمان در منزل با حضور کارکنان ماهر تحصیل کرده	۳/۲۴	۱/۱۹۷	۱/۴۳۵	۱	۵
کلاس‌های رایگان آموزشی و مشاوره مادران با شرکت همسران	۴/۴۸	۱/۰۳۲	۱/۰۶۶	۱	۵
کلاس‌های ورزشی رایگان مناسب با دوران بارداری و پس از زایمان	۴/۴۳	۰/۸۸۸	۰/۷۹۰	۲	۵
تجویز رایگان مکمل‌ها در دوران بارداری و پس از زایمان	۴/۴۰	۰/۷۵۳	۰/۵۶۸	۳	۵
آزمایشات رایگان غربالگری مادران در دوران بارداری	۴/۵۱	۰/۸۶۰	۰/۷۴۰	۱	۵
افزایش طول مدت بستری پس از زایمان (سزارین ۷ و طبیعی ۳ روز)	۲/۱۶	۱/۱۵۴	۱/۳۳۲	۱	۵
کتابچه برای راهنمایی خانواده‌ها و ثبت مراقبت‌های مادر و کودک	۴/۰۵	۱/۰۶۶	۱/۱۳۸	۲	۵
آرم مشخصه زنان باردار برای شناسایی و امنیت زنان در اماکن عمومی	۲/۹۱	۱/۳۶۶	۱/۸۶۸	۱	۵
درمان رایگان برای نوزادان کم وزن پرمچور و مبتلا به بیماری‌های تخصصی	۴/۴۸	۱/۳۶۶	۰/۸۴۹	۲	۵
امکانات جراحی رایگان برای نوزادان مبتلا به بیماری تخصصی و ناهنجاری‌ها	۴/۱۸	۱/۰۸۹	۱/۱۸۷	۱	۵
دسترسی گسترده به اورژانس مادر و کودک	۴/۶۴	۰/۷۰۷	۰/۵۰۱	۲	۵
تنوع وسایل انتقال و دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک	۴/۴۰	۰/۸۵۵	۰/۷۳۱	۲	۵
برنامه‌های بهداشت روان برای حمایت مادران در بارداری و پس از زایمان	۴/۴۳	۰/۹۷۶	۰/۹۵۳	۲	۵
برنامه‌های بهداشت روان برای حمایت کودکان	۴/۲۴	۱/۰۷۸	۱/۱۶۳	۱	۵

نتایج اجرای تحلیل عامل اکتشافی، عوامل اصلی مؤثر بر بسته خدمات سلامت مادر و کودک را از ۱۵ مؤلفه: ویزیت در منزل، زایمان در منزل، کلاس‌های رایگان مادران، کلاس‌های ورزشی رایگان مادران، مکمل‌های رایگان، آزمایش‌های غربالگری مادران، افزایش بستری پس از زایمان، کتابچه مادر و کودک، آرم مادران، درمان رایگان نوزادان نارس، جراحی رایگان نوزادان، دسترسی گسترده به اورژانس، برنامه بهداشت روان مادران، برنامه

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی بسته خدمات سلامت مادر و کودک

برای سنجش عوامل مؤثر بر بسته خدمات سلامت مادر و کودک، پرسشنامه‌ای بر اساس نظریات متخصصین و مطالعه تطبیقی تدوین شد، اما لازم بود که با توجه به عوامل فرهنگی اقتصادی و اجتماعی ایران از تحلیل عاملی برای سنجش آن استفاده شود.

بهداشت روان کودکان به ۳ مؤلفه اصلی کاهش داد. به این منظور از تحلیل عاملی اکتشافی با روش بیشینه احتمال و چرخش واریماکس استفاده شد.

محاسبات انجام شده نشان داد که شاخص کفایت نمونه برداری آزمون کرویت بارتلت (KMO)^۱ برابر با ۰/۸ و سطح معنادار بودن مشخصه آزمون کرویت بارتلت ۰/۰۰۱ بود، بنابراین اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه قابل توجیه بود.

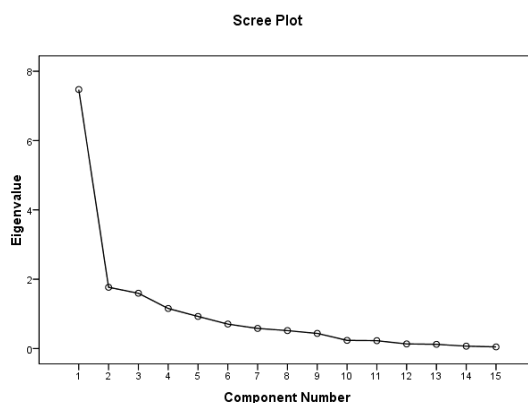
همچنین در این مطالعه از مؤلفه بُعد بسته خدمات سلامت مادر و کودک، سه عامل بیرون آمد که مقدار ویژه بزرگتر از یک داشتند. عامل اول ۰/۶۸، عامل دوم ۰/۲۶ و عامل سوم ۰/۰۶ واریانس کل متغیرها را تبیین می کرد. در این مؤلفه گویه های آزمایش های رایگان غربالگری مادران در دوران بارداری، کلاس های رایگان آموزشی و مشاوره مادران با شرکت همسران، کلاس های ورزشی رایگان، آرم مشخصه زنان باردار برای شناسایی و امنیت زنان در اماکن

عمومی، درمان رایگان برای نوزادان کم وزن و نارس و مبتلا به بیماری های تخصصی، امکانات جراحی رایگان برای نوزادان مبتلا به بیماری تخصصی و ناهنجاری ها، دسترسی گسترده به اورژانس مادر و کودک و تنوع وسایل انتقال و دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک به عنوان عامل اول به نام بسته آموزش، مشاوره، درمان، اورژانس؛ و گویه های بسته خدمات ویزیت در منزل برای مراقبت های بارداری و پس از زایمان، بسته خدمتی زایمان در منزل با حضور کارکنان ماهر تحصیل کرده، برنامه های بهداشت روان برای حمایت مادران در بارداری و پس از زایمان و برنامه های بهداشت روان برای حمایت کودکان به عنوان عامل دوم با نام بسته مراقبت در منزل؛ و در نهایت گویه های تجویز رایگان مکمل ها در دوران بارداری و پس از زایمان، افزایش طول مدت بستری پس از زایمان و کتابچه برای راهنمایی خانواده ها و ثبت مراقبت های مادر و کودک به عنوان عامل سوم به نام بسته حمایتی نام گذاری شد.

جدول ۴- ماتریس چرخش یافته مؤلفه های بُعد بسته خدمات سلامت مادر و کودک

نام عامل	گویه	عامل ها		
		۱	۲	۳
بسته آموزش، مشاوره، درمان، اورژانس	کلاس های رایگان آموزشی و مشاوره مادران با شرکت همسران	۰/۶۰۴		
	کلاس های ورزشی رایگان مناسب با دوران بارداری و پس از زایمان	۰/۷۲۸		
	آرم مشخصه زنان باردار برای شناسایی و امنیت زنان در اماکن عمومی	۰/۷۹۷		
	درمان رایگان برای نوزادان کم وزن پرمچورو مبتلا به بیماری های تخصصی	۰/۸۲۴		
	امکانات جراحی رایگان برای نوزادان مبتلا به بیماری تخصصی و ناهنجاری ها	۰/۸۱۳		
	دسترسی گسترده به اورژانس مادر و کودک	۰/۷۹۴		
بسته مراقبت در منزل	تنوع وسایل انتقال و دسترسی به خدمات اورژانس مادر و کودک	۰/۸۳۵		
	آزمایشات رایگان غربالگری مادران در دوران بارداری	۰/۴۶۱		
	بسته خدمات ویزیت در منزل برای مراقبت های بارداری و پس از زایمان	۰/۸۶۵		
	بسته خدمتی زایمان در منزل با حضور کارکنان ماهر تحصیل کرده	۰/۷۱۷		
بسته حمایتی	برنامه های بهداشت روان برای حمایت مادران در بارداری و پس از زایمان	۰/۶۴۲		
	برنامه های بهداشت روان برای حمایت کودکان	۰/۶۱۵		
	تجویز رایگان مکمل ها در دوران بارداری و پس از زایمان	۰/۶۳۲		
	افزایش طول مدت بستری پس از زایمان	۰/۹۸		
	کتابچه برای راهنمایی خانواده ها و ثبت مراقبت های مادر و کودک	۰/۵۳۰		

^۱KMO index (Kaiser-Mayer-Olkin) and Bartlett's test



شکل ۱- نمودار صخره‌ای عاملی بسته خدمات سلامت مادر و کودک



شکل ۲- مدل بسته خدمات سلامت مادر و کودک با توجه به یافته‌های مطالعه تطبیقی و بار عاملی آن‌ها

بحث

در این پژوهش، وجود کلاس‌های آموزشی مادران (جسمی و روحی) برای بهبود عملکرد مراقبت‌های مادران ضروری شناخته شد که همسو با مطالعات قبلی است. در مطالعه طغیانی و همکاران (۲۰۰۸) تأثیر آموزش گروهی بر بهبود عملکرد کیفی و کمی مراقبت‌های مادران تأثیرگذار بود، ولی تأثیری بر نگرش مادران باردار نداشت (۳۰). علت مغایرت نتیجه این مطالعه در مورد عدم تأثیر آموزش بر نگرش زنان می‌تواند عدم کفایت محتوای آموزشی در حیطه عاطفی باشد. نتایج مطالعه جمیلیان و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که شرکت مادران باردار در کلاس‌های آمادگی زایمان، مدت بستری مادران در بیمارستان را کاهش و موجب افزایش میزان رضایت آنان از تجربه زایمان می‌شود (۳۱). نتایج مطالعه فیروزبخت و همکاران (۲۰۱۳) نیز بیانگر آن بود که آموزش دوران

بارداری و حمایت روحی مادران در طی زایمان باعث کاهش اضطراب مادر و شدت درد و مداخلاتی از قبیل اپی زیاتومی و سزارین اورژانس می‌شود (۳۲). مطالعه میرمولایی و همکاران (۲۰۱۱) حاکی از تأثیر مثبت آموزش تغذیه بر رفتارهای تغذیه‌ای دوران بارداری بود. لذا پیشنهاد می‌شود این کلاس‌ها به صورت گسترده‌تری در مراکز مراقبت بارداری تشکیل شوند (۳۳). در مطالعه حاضر خدمات مشاوره مادران در برنامه‌ریزی ارائه بسته خدمات سلامت مادران ضروری مشاهده شد که شامل: آموزش بهداشت روان در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان است. این یافته با نتایج مطالعه سزاره و همکاران (۲۰۱۳) و رایگان شلمانی (۲۰۱۲) در مورد اهمیت حمایت روحی مادران همخوانی داشت (۳۴)، (۳۵). کمبود مشاوره بهداشت روان در ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته به چشم می‌خورد.

در کشورهای توسعه یافته منتخب حضور همسر در کلاس‌های مشاوره و آموزشی پررنگ است. در مطالعه مرتضوی (۲۰۱۲)، ۱۷٪ مردان هنگام بستری شدن همسر خود در بیمارستان حضور نداشتند. در ۲۵٪ زنان، همراهی همسر در مراقبت‌های دوران بارداری کم و میزان آگاهی مردان از مشکلات بارداری در ۷۷٪ موارد پایین بود. بالا بودن اطلاعات مردان از مشکلات همسرشان و همراهی آنان برای دریافت مراقبت بارداری، نشانه علاقه مردان به سلامت بارداری است، اما دانش کم مردان در مورد نیازهای زنان باردار و مشکلات بارداری، مانعی بسیار مهم برای بروز رفتارهای حمایتی مردان است. لذا طراحی و ارائه خدمات آموزش بهداشت باروری برای مردان، ضروری به نظر می‌رسد (۳۶).

در مطالعه حاضر تدارک کلاس‌های رایگان ورزشی در کشورهای توسعه یافته برای مادران ضروری شناخته شد که با مطالعه مرتضوی و همکار (۲۰۱۱) همخوانی داشت (۳۷). در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۰۵) نیز ورزش سبک در دوران بارداری و پس از زایمان با پیامد مثبت همراه بود و هیچ‌گونه آثار منفی بر رشد جنین نداشت (۳۸). مطالعه حاجی کاظمی و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد فعالیت‌های ورزشی در دوران بارداری باعث کاهش طول مرحله دوم زایمان می‌شود و نوزادانی که از این مادران متولد می‌شوند وزن مناسب‌تری دارند (۳۹). مطالعه رحیمی و همکار (۲۰۰۵) نیاز وسیع زنان باردار را برای آموزش و شناساندن اثرات مفید ورزش مطرح ساخت و پیشنهاد شد که کادر بهداشتی و رسانه‌های گروهی در جهت افزایش آگاهی و بهبود عملکرد زنان جامعه نسبت به ورزش در دوران بارداری اقدام نمایند (۴۰). در مطالعه موسوی و همکاران (۲۰۱۴) به منظور ترغیب زنان به انجام فعالیت در دوران بارداری، توصیه شد که مادران در فعالیت ورزشی قبل از بارداری و به ویژه یک سال قبل از بارداری، شرکت نمایند. بنابراین لزوم تقویت این بخش در ارائه خدمات مادران واضح است (۴۱).

یکی از مکان‌های ارزشمند ویزیت در دوران بارداری و بالخصوص پس از زایمان برای مادر و نوزاد، منزل است. 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 ۴۰ روز است. این امر مهم در ایران نادیده انگاشته شده است و افراد زیادی به دلایل مختلف از دریافت مراقبت این دوران محروم می‌مانند که با مطالعه زارعی (۲۰۰۴) در مورد اهمیت ویزیت در منزل در مراقبت‌ها همخوانی داشت (۴۲). مطالعه میرمولایی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، تأثیر مثبتی بر میزان دریافت و رضایت‌مندی مادران از خدمات عاطفی ارتباطی و آموزشی دارد و ارائه این نوع مراقبت‌ها به مسئولین پیشنهاد شده است (۴۳). نتایج مطالعه فرود و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که اجرای برنامه‌های بازدید منزل در دوره بعد از زایمان تا حد زیادی بر تداوم شیردهی و وزن‌گیری شیرخوار مؤثر است (۴۴). نتایج مطالعه پابرجا و همکاران (۲۰۰۴) حاکی از مؤثر بودن برنامه بازدید منزل پس از زایمان بر الگوی تغذیه شیرخواران و رفتارهای شیردهی مادران بود. با توجه به اهمیت تداوم مراقبت‌ها و مشاوره‌های بهداشتی پس از زایمان، برای ارتقاء سلامت مادران و شیرخواران و کمک به حفظ و تداوم شیردهی و به ویژه ترویج تغذیه انحصاری با شیر مادر و نیز با توجه به لزوم داشتن رویکرد اجتماعی در ارائه خدمات بهداشتی، پیشنهاد می‌شود راهکارهای اجرای برنامه بازدید منزل پس از زایمان مورد توجه قرار گیرد (۴۵). با این وجود با نتایج مطالعه میرمولایی و همکاران (۲۰۱۱) در مورد تأثیر ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل بر کیفیت زندگی مادران کم خطر مغایر بود. بر اساس نتایج مطالعه میرمولایی و همکاران، ارائه مراقبت‌های پس از زایمان در منزل، تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی مادران کم خطر نداشته است، که شاید دلیل آن محدود بودن محتوای مراقبتی و تعداد کم مراقبت‌ها باشد (۳۳).

در ایران نظیر کشورهای توسعه یافته، فرد کارشناسی که مجوز انجام زایمان در منزل را داشته باشد وجود ندارد، لذا این امر مهم توسط افراد غیر متبحر انجام می‌شود که عوارض زیادی برای مادر و کودک را در بردارد. در کشورهای توسعه یافته مورد مطالعه، تعدادی ماما مجوز برای انجام زایمان در منزل را داشته و در سیستم

جامع در آن مشاهده نمی‌شود. در نتایج این پژوهش وجود این کتابچه برای راهنمایی مادران ضروری بود که با مطالعه فرج الهی و همکاران (۲۰۰۶) در خصوص نیاز مادران به آگاهی و آموزش هم‌خوانی داشت (۵۱). نتایج مطالعه محمدی ریزی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد برنامه آموزش الکترونیک می‌تواند باعث افزایش سطح رضایت زنان نخست‌زا در دوران پس از زایمان شود و می‌تواند جایگزین خوبی برای کتابچه راهنما باشد (۵۲). در کشور ژاپن زنان برای شناسایی و امنیت در اماکن عمومی از آرم ملی مخصوص استفاده می‌کنند. در کشورهای استرالیا و انگلستان نظیر این امر پیش‌بینی نشده است. در ایران طبق نظر متخصصین وجود آن می‌تواند مفید باشد. در کشورهای توسعه یافته منتخب توسط دولت و بیمه‌ها، امکانات درمان و جراحی رایگان برای نوزادان کم‌وزن، نارس و مبتلا به بیماری‌های تخصصی و ناهنجاری‌ها پیش‌بینی شده است و این امکانات برای افراد مقیم کشور به صورت جامع و فراگیر وجود دارد.

در خدمات سلامت مادر و کودک، دسترسی گسترده به امکانات اورژانس تخصصی در تمام ساعات شبانه روز و با تنوع وسایل انتقال در سراسر کشور بسیار مهم است و وسایل متنوع و کارکنان آموزش دیده حین انتقال به مراکز درمانی از ضروریات این سیستم می‌باشد که در کشورهای توسعه یافته مورد مطالعه به خوبی سازمان یافته است. مطالعه رجایی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد افزایش کیفیت خدمات مامایی در مناطق روستایی، مراقبت مستمر از مادران پرخطر، مراقبت‌های اورژانسی و پیگیری مادران در دوره پس از زایمان، در کاهش مرگ و میر مادران مؤثر است و نشان دادند که میزان مرگ مادران استان هرمزگان با متوسط کشوری فاصله زیادی دارد (۵۳).

مطالعه حاضر نشان داد سیستم ارجاع و سطح‌بندی خدمات در بسته خدمات سلامت مادر و کودک بسیار مؤثر است. در کشورهای استرالیا، سنگاپور و انگلستان نظام سطح‌بندی به شدت مورد توجه قرار گرفته و مراجعه‌کننده پس از تخمین ریسک اولیه به مرکز مناسب ارجاع می‌گردد. در کشور ایران نیز نظام

خدمات مادران به رسمیت شناخته شده‌اند که با نتایج مطالعه گوپتا و همکاران (۲۰۱۱) در مورد ضرورت وجود مامای تحصیل کرده هنگام زایمان در همه مناطق همسو است (۴۷).

مطالعه خاوندی‌زاده اقدم و همکار (۲۰۰۷) نیز نشان داد که زایمان در منزل برای زایمان‌های طبیعی بدون عارضه، نتایج زایمان را بهبود می‌بخشد (۴۸). در مطالعه عباسی مرنی و همکاران (۲۰۰۶) بیشترین عوارض زایمان در منزل در مواردی وجود داشت که عامل زایمان، مامای محلی و دوره ندیده بود و محققین پیشنهاد دادند که ماماهاى تحصیل کرده جهت زایمان در منزل آموزش‌دیده شوند (۴۹). در مطالعه باکوئی (۲۰۰۵) نیز نشان داده شد که سطح آگاهی زنان در مورد زایمان در منزل در حد بالایی نیست و باید با روش‌های اصلاحی تغییر نگرش در مادران ایجاد کرد تا بتوان باعث ترویج زایمان در منزل شد. در این مطالعه زنان با تحصیلات بالاتر نگرش بهتری نسبت به زایمان در منزل داشتند (۵۰).

در برخی کشورهای توسعه یافته نظیر ژاپن و استرالیا طول مدت بستری مادران پس از زایمان در بیمارستان در زایمان طبیعی ۳ و در سزارین ۷ روز بود که در ایران به ترتیب یک و ۳ روز و گاهاً کمتر می‌باشد. بر طبق یافته‌های نظرسنجی، افزایش طول مدت بستری ممکن است تأثیر مثبت در پیامد بهتر بارداری داشته باشد. متخصصینی که این امر را در تأثیر بر کیفیت خدمات خیلی مؤثر نمی‌دانند، معتقد بودند که بی‌حرکی طولانی مدت باعث آمبولی و افزایش اقامت در بیمارستان باعث خطر عفونت‌های بیمارستانی خواهد شد.

در کشورهای مورد مطالعه به خصوص ژاپن، نقش کتابچه راهنمای مادر و کودک بسیار پررنگ است. در ایران کتابچه‌ای توسط دانشگاه‌های متولی امر خدمات مادر و کودک در مراکز دولتی در اختیار مادران قرار می‌گیرد که در هر استان متفاوت بوده و کاربرد آن تنها برای مراکز وابسته دولتی و بیشتر برای ثبت مراقبت‌ها و کمتر برای آموزش محدود مادران است. استفاده از آن در تمامی مراکز اجباری نیست. مراکز خصوصی، پرونده و آموزش خاص مرکز خود را داشته و هماهنگی و آموزش

کشورهای توسعه یافته بیشتر در این زمینه به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات و گستردگی وسعت پژوهش بود. لذا انجام پژوهش در آینده با انتخاب نمونه‌های بیشتر به خصوص از قاره آسیا پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش که با کمک بررسی ادبیات و مرور متون مرتبط و نظرسنجی خبرگان برای سازی آن در ایران به دست آمد، متغیرهای ویزیت در منزل، زایمان در منزل، امکانات جراحی و درمان رایگان، مکمل‌های رایگان، افزایش بستری پس از زایمان، آرم مادران و دسترسی گسترده به اورژانس از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کیفیت خدمات مادران در کشورهای توسعه یافته شناخته شدند. از آن جا که نقش برخی از این عوامل در بسته خدمات سلامت مادر و کودک در کشور ایران بسیار کم رنگ است، دولت محترم باید در تدوین سیاست‌های خود با نگرش خاص به نیازهای زنان و کودکان، قوانینی در حمایت از متغیرهای نامبرده سلامت ایجاد کند تا بتوان شاهد ارتقاء سطح سلامت مادر و کودک در ایران بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله تحت عنوان مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران در مقطع دکترای تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد که در سال ۱۳۹۳ اجرا شده است و بدین وسیله از اساتید و مدیران دانشگاه مذکور تشکر و قدردانی می‌شود.

سطح‌بندی سه‌گانه وجود دارد، ولی مراکز سطح بالا توزیع مناسبی در همه مناطق کشور ندارند و مراجعه‌کننده برای ارجاع به مراکز سطح بالاتر باید گاهی به شهر غیر محل سکونت خود مراجعه کند. مطالعه نصراله پورشیروانی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که بسیاری از اصول نظام ارجاع از سطح یک به سطوح بالاتر و بالعکس رعایت نمی‌شود که نیاز به اصلاح، آموزش و مداخله در این زمینه است (۵۴).

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 مناسب با ریسک، نیاز و سلیقه وی شده و احساس آرامش و رضایت و دسترسی بهتر به خدمات را ممکن می‌سازد. در ایران معمولاً زایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها برای زایمان تنها مراکز ارائه‌دهنده خدمات هستند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وجود مراکز متنوع و دسترسی به خدمات سلامت مادران در مدیریت بهینه خدمات تأثیر دارند که با نتایج مطالعه مالکوتیست و همکاران (۲۰۱۳) در مورد برنامه‌ریزی استفاده از منابع همخوانی داشت (۵۵).

در این مطالعه خدمات غربالگری رایگان مادران در ارتقاء سطح سلامت مادران مؤثر بود. حسین نژاد و همکار (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود نتیجه‌گیری کردند که انجام روش غربالگری همگانی مفید است، ولی علاوه بر حساسیت بالای غربالگری باید توجه اقتصادی نیز داشته باشد (۵۶).

از نقاط قوت این پژوهش، در دسترس بودن اطلاعات کشورهای منتخب در زمینه سلامت مادر و کودک به زبان انگلیسی، به خصوص کشور ژاپن بود. از محدودیت‌های مطالعه، عدم امکان مقایسه هم زمان

منابع

1. Houweling TA, Ronsmans C, Campbell OM, Kunst AE. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. Bull World Health Organ 2007; 85(10):745-52.
2. Vashishtha VM. The State of the World's Children 2009: maternal health is the key to achieve MDGs 4 and 5. Indian Pediatr 2009; 46(3):233-4.
3. Silal SH, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. BMC Health Serv Res 2012; 12:120.

4. Azemikhah A, Emamiasfar N, Jalilvand P. National program to promote maternal health. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2001. P. 2. (Persian).
5. Ahmadi B. The pattern of development of women's health. *J Soci Welfare* 2006; 5(21):10. (Persian).
6. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva: World Health Organization; 2006. P. 69.
7. Turner KE, Fuller S. Patient-held maternal and/or child health records: meeting the information needs of patients and healthcare providers in developing countries? *Online J Public Health Inform* 2011; 3(2):1-48.
8. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2010; 375(9730):2032-44.
9. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2):519-617.
10. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011; 378(9797):1139-65.
11. Azar A. Selection of general population census results. Tehran: Deputy of strategic planning and monitoring of statistical center; 2013. P. 29. (Persian).
12. Barati Marnani A, Gudaki H. Comparative study on privatization of health care provision on contract basis. *J Health Administ* 2005; 8(21):105-10. (Persian).
13. Safdari R, Ghazisaeedi M, Goodini A, Monajemi F. Study comparative payment mechanism health insurance in United State of America, Australia and Iran. *Teb Tazkieh* 2011; 77:41-51. (Persian).
14. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *Arak Med Univ J* 2010; 12(4):92-104. (Persian).
15. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990–2008. Geneva: World Health Organization; 2010.
16. Public Information Officers (ALHW). Healthy mothers, healthy babies program. Program description. Victoria: Department Of Health; 2012. P. 4.
17. Australian Institute of Health. Canberra: Australia's Health; 2012. P. 16.
18. Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). Primary maternity services in Australia: a framework for implementation. Canberra: AHMAC; 2008.
19. Australian Health Ministers' Advisory Council. Clinical practice guidelines: antenatal care – module 1. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2012.
20. Comptroller and auditor General. Maternity services in England. London: Stationery Office; 2013. P. 1-40.
21. Department of Health/Partnerships for Children, Families and Maternity. Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service. London: Department of Health; 2007. P. 2-56.
22. Daubaras A. Midwifery in Singapore: The EMMA care programme. *Singaporemotherhood*. Available at: URL: <http://singaporemotherhood.com/articles/2013/06/midwifery-in-singapore-the-emma-care-programme/>; 2013.
23. [http://webda.behdasht.gov.ir/\(1392\).index.aspx?siteid=326&pageid=32628&newsview=56432&pro=nobak](http://webda.behdasht.gov.ir/(1392).index.aspx?siteid=326&pageid=32628&newsview=56432&pro=nobak)
24. Midwives Associations Directory. Japanese Nursing Association (JNA), Tokyo. Available at: URL: <http://www.internationalmidwives.org/our-members/?aid=50>; 2014.
25. The Japanese Nursing Association in Action. Japanese Nursing Association (JNA). Available at: URL: <http://www.nurse.or.jp/jna/English>; 2016.
26. Training Guide for New Graduate Midwives. Japanese Nursing Association (JNA). Available at: URL: <https://www.nurse.or.jp/jna/english/midwifery/pdf/mij2014.pdf>; 2012.
27. Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems. JICA Research Institute. Available at: URL: [http://jicari.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI Studies/english/publications/reports/study/topical/health/pdf/health_01.pdf](http://jicari.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI_Studies/english/publications/reports/study/topical/health/pdf/health_01.pdf); 2005.
28. Kobayashi Y. Five decades of universal health insurance coverage in Japan: lessons and future challenges. *Japan Med Assoc* 2009; 52(4):263-8.
29. Ministry of Health. Commonwealth Health Online. Available at: URL: <http://www.commonwealthhealth.org/asia/Singapore/child-and-maternal-health-in-singapore>; 2014.
30. Toughyani R, Ramezani MA, Izadi M, Shahidi S, Motie Z. The effect of prenatal care group education on pregnant mothers' knowledge, attitude and practice. *Iran J Med Educ* 2008; 7(2):317-24. (Persian).
31. Jamilian M, Mobsery S, Vakilian K, Jamilian H. Effect of childbirth preparation classes on the duration of admission and satisfaction of mothers. *J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(2):44-50. (Persian).
32. Firozbakht M, Nikpour M, Asadi S. The effect of prenatal education classes on the process of delivery. *J Health Breeze* 2013; 2(1):45-52. (Persian).

33. Mirmolaei T, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakkol Z. The effect of postpartum care at home on maternal received and satisfaction. *J Evidenc Bas Care* 2011; 1(1):35-50. (Persian).
34. Di Cesare M, Saattes R, Lewin KM. A double prevention: how maternal education can effect maternal mental health, child health and child cognitive development. *Longt Life Course Stud* 2013; 4(3):166-79.
35. Rayegan SR, Khodakarami N, Hassanzadeh MK, Akbarzadeh AR. Assess the mental health of mothers with high-risk and low-risk pregnancy. *J Med Council Islamic Republic Iran* 2012; 4(30):329-34. (Persian).
36. Mortazavi F. The study of male involvement in prenatal care in shahroud and sabzevar, Iran. *Qom Univ Med Sci J* 2012; 6(1):1-9. (Persian).
37. Mortazavi F, Mirzaie K. Reason of, barriers to, and outcomes of husbands' involvement in prenatal and intrapartum care program based on midwives' experiences: a qualitative study. *Arak Univ Med Sciv J* 2011; 15(1):104-15. (Persian).
38. Mohamadi M, Farahpour N, Komar V, Alemzadeh M, Alard P. The effects of exercise during pregnancy on fetus and on mother"s recovery after the delivery. *Res Sport Sci* 2005; 2(5):95-106. (Persian).
39. Hajikazemi ES, Heydari M, Feizi Z, Haghani H. Effect of physical exercise on pregnancy outcome. *Iran J Nurs* 2001; 13(25):15-22. (Persian).
40. Rahimi S, SeyyedRasooli A. Pregnant women and exercise. *Iran J Nurs* 2005; 17(40):6-10. (Persian).
41. Moosavi SE, Koushki Jahromi M, Alborzi M. The Relationship between physical activity before and during pregnancy and identifying the most important period predictor of physical activity during pregnancy. *Appl Stud Biol Sci Sports* 2014; 2(3):38-46. (Persian).
42. Zarei A. Development of home care services. *J Hospital* 2004; 5(2):28-30. (Persian).
43. Mirmolaei ST, Moshrefi M, Kazemnejad AN, Farivar F, Morteza H. The effect of nutrition education on nutritional behaviors in pregnant women. *J Hayat* 2010; 15(4):35-42. (Persian).
44. Forood F, Forood A. The effect of postpartum home visit programs on continuation of breast. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2003; 1(4):267-74. (Persian).
45. Pabarja F, Farivar K, Kordi M, Khadivzadeh T, Mazloom SR. The effect of postpartum home care on infant nutrition. *J Nurs Midwifery* 2004; 5(15-16):24-31. (Persian).
46. Mirmolaei ST, Amelvalizadeh M, Mahmoudi M, Tavakol Z. Effect of home postpartum care on quality of life of low risk mothers. *J Hayat* 2011; 17(2):42-5. (Persian).
47. Gupta N, Maliqi B, França A, Nyonator F, Pate MA, Sanders D, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. *Hum Resour Health* 2011; 9(16):1-7.
48. Khavandzadeh Aghdam S, Abedi P. Comparative assess of home birth and hospital birth in primigravid women. *Med J Hormozgan Univ* 2007; 12(1):61-7. (Persian).
49. Rad PF, Marani FA, Safavi SH, Haghani H. The reasons of home delivery in Koohdasht city. *Iran J Nurs* 2006; 18(44):23-9. (Persian).
50. Bakouei F. The assessment of knowledge, attitude and propensity of pregnant women regarding homebirth, Babol, 2003. *J Babol Univ Med Sci* 2005; 7(2):70-4. (Persian).
51. Farajolahi M, Khanjari S, Molla F, Hosseini F. Prenatal care and the factors influencing it from the perspective of the care recipient. *Iran J Neonatol* 2006; 19(45):37-46. (Persian).
52. Mohamadirizi S, Bahadoran P, Fahami F. Comparison between the impacts of e-learning and booklet education on nulliparous women's satisfaction about postpartum care. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(61):1-8. (Persian).
53. Moradi S, Roozbeh N, Abadi AM, Hasani MT, Hosseinpour M, Rajaei M, et al. Prevalence and effective factors of maternal mortality in Hormozgan Province from 2007 until 2011. *Hormozgan Med J* 2015; 19(1):59-64. (Persian).
54. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki, MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 11(6):46-52. (Persian).
55. Malqvist M, Yuan B, Trygg N, Selling K, Thomsen S. Targeted interventions for improved equity in maternal and child health in low and middle income settings: systematic review and meta analysis. *Plos One* 2013; 6(8):e66453.
56. Hossein-Nezhad A, Larijani B. Cost analysis of screening and diagnostic methods in gestational diabetes mellitus. *Iran J Diaetes Metab* 2001; 1(1):31-40. (Persian).