



دوفصلنامه علمی تخصصی انجمن علمی دانشجویی سلامت باروری و مامایی

سال اول، شماره اول، بهار ۹۸

شماره مجوز ۴۴۷۳۵/۹۳د

دوفصلنامه سلامت باروری



پہلے انجمن علمیہ

دو فصلنامہ علمیہ تخصیصاً انجمن علمیہ دانشجوئے سلامت باروری و مامائے

سال اول، شمارہ اول، بہار ۱۳۹۸، شمارہ مجوز ۴۴۷۳۵/د ۱۹۳۵

دوفصلنامه سلامت باروری

صاحب امتیاز

انجمن علمی دانشجویی سلامت باروری و مائت
دانشگاه تربیت مدرس (معاونت فرهنگ و اجتماع)

مدیر مسئول

زینب موسوی

سر دبیر

محبوبه رسول زاده بیدگل

این نشریه دارای مجوز ۱۹۳۵/۴۴۷۳۵ در تاریخ
۱۳۹۷/۱۰/۳۰ از معاونت فرهنگ و اجتماع دانشگاه
تربیت مدرس است.

طرح جلد، صفحه آرای

زهرا تولائی

ویراستار

محبوبه رسول زاده بیدگل

زهرا تولائی

تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۵۹۰



ایمیل نشریه:

m.rasoulzadeh@modares.ac.ir



تهران، جلال آل احمد، پل نصر، دانشگاه

تربیت مدرس، صندوق پستی: ۱۱۱-۱۴۱۱۵

هیئت تحریریه:

محبوبه رسول زاده بیدگل

دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس

زهرا تولائی

دانشجوی کارشناسی ارشد مائت دانشگاه تربیت

مدرس

زینب موسوی

دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس

کتایون جلاله آریا

دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس

معصومه علیجان پور

دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس

هیئت داوران این شماره:

دکتر مینور لمیعیان

دکتر لیدا مقدم بنائم

دکتر شاداب شاه علی

محبوبه رسول زاده بیدگل

به نام خالق یکتا

الهی! از جود تو هر مغسی را نصیب است، از کرم تو هر دردمندی را طیبی است و از سعت رحمت تو هر کسی را بهره ایست.

به تماشا سوگند و به آغاز کلام....

قرین شدن انتشار اولین شماره دوفصلنامه سلامت باروری انجمن گروه مامایی و سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس را با بهار طبیعت و بهار قرآن به فال نیک گرفته و از سوی دیگر یکصدمین سالگرد مامایی آکادمیک ایران را خدمت تمامی اساتید و دانشجویان عزیز تبریک عرض می نمایم. هدف از انتشار این مجموعه ارائه تحقیقات و فعالیت های عمدتاً دانشجویی در حوزه مامایی، سلامت باروری، اخبار و مطالب مرتبط با فعالیت ها و پیشرفت های حوزه تخصصی مامایی و در نهایت ارتقای سلامت زنان بوده تا محیط مناسبی برای ارائه مباحث تخصصی محققین فراهم آید، ما بر آن هستیم تا با استفاده از پتانسیل های عظیم و ارتباط مستمر با محققین و دانشجویان و دریافت مقالات علمی و نظرات ایشان، امکان فضایی مناسب و با کیفیت را برای انتشار مطالب و اخبار به روز علمی مرتبط با مامایی فراهم آوریم. دوفصلنامه سلامت باروری با استعانت از درگاه ایزد منان و مساعدت و صدور مجوز از سوی معاونت محترم فرهنگی و اجتماعی دانشگاه تربیت مدرس فعالیت خود را آغاز نموده است. در جایگاه سردبیر دوفصلنامه ضمن تشکر از اعضای محترم هیئت داوران بویژه سرکار خانم دکتر لمیعیان به عنوان مشاور فرهنگی از انجمن علمی مامایی و سلامت باروری کمال تشکر و قدردانی را دارم. امید است با بیان نظرات خود ما را در جهت پیشبرد هر چه بهتر این مهم یاری رسانید.

با تشکر

محبوبه رسول زاده بیدگلی

دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس

فهرست مطالب

مروری بر اخبار جدید ۵

مقاله استفاده از قره قاط و پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری ۹

مقاله نقدی بر اجرای طرح تحول سلامت ۱۵

خلاصه رساله خانم دکتر رحمانی از دانشگاه تربیت مدرس ۲۷

برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت ها ۲۸

دست جامعه مامایی کشور است. در این مراسم گروه مامایی تربیت مدرس و انجمن سلامت باروری و مامایی با اهدای تاج گل و هدایای فرهنگی به این مراسم ادای احترام کردند. از سویی خانم جلالی آریا دانشجوی دکتری سلامت باروری و هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی گرگان به ارائه گزارشی از مناطق سیل زده پرداخت. از دیگر برنامه های اعضای انجمن مامایی تربیت مدرس، اجرا مراسم شعر خوانی و پخش کلیپ مخصوص روز ماما بود.

همچنین مراسم بزرگداشت روز جهانی ماما در گروه مامایی واقع در دانشکده شماره ۵ پزشکی در تاریخ ۱۲ اردیبهشت با حضور پر شور کارمندان زن دانشگاه تربیت مدرس و اهدای هدیه به ۸۰ نفر از شرکت کنندگان با حضور کارشناسان گروه دارویی ففول برگزار شد. ضمناً عکس ها توسط سرکار خانم معیا دانشجوی ارشد مامایی تهیه شده که کمال قدردانی را از ایشان دارم.

از دیگر برنامه های روز جهانی مامایی و به منظور آگاهی افزایشی والدین، برگزاری کارگاه تبادل نظر و نحوه پاسخگویی به مسائل جنسی کودکان و نوجوانان ویژه والدین با حضور اساتید برجسته سکسولوژی کشور در دانشگاه تربیت مدرس می باشد که در وقت مقتضی اطلاع رسانی خواهد شد.



INTERNATIONAL DAY OF THE MIDWIFE

Midwives: Defenders of Women's Rights.



در ایام پاسداشت یکصدمین سالگرد مامایی آکادمیک ایران و قرین شدن آن با حادثه اسفبار سیل در کشور برآن شدم تا خبری چند از مراسم برگزاری روز جهانی ماما، موفقیت های انجمن مامایی ایران و حضور پرشور و کارگشای جامعه مامایی به عنوان متولی اصلی ارائه خدمات سلامت زنان در بحران اخیر به عرض برسانم. از سرکار خانم دکتر لمیعیان هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه تربیت مدرس که به عنوان دبیر کارگروه سلامت و بهداشت معاونت ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده و مناطق سیل زده حضور به هم رسانیده و اخبار آن را در اختیار بنده قرار دادند کمال تشکر را دارم.

۱. حضور پرشور گروه سلامت باروری و مامایی دانشگاه تربیت مدرس در برگزاری مراسم روز جهانی ماما

وزارت بهداشت و انجمن علمی مامایی ایران به پاس یکصدمین سالگرد مامایی آکادمیک در ایران و روز جهانی ماما در تاریخ شنبه ۷ اردیبهشت ۹۸ از ساعت ۸ صبح تا ۲ عصر در سالن همایش های رازی دانشگاه ایران جشن باشکوهی برگزار کرد. در این مراسم که با حضور وزیر بهداشت جناب آقای دکتر نمکی و معاونین بهداشت و درمان، رئیس فراکسیون زنان مجلس شورای اسلامی، مشاور زنان و خانواده وزیر بهداشت سرکار خانم دکتر خسروی برگزار شد، خانم دکتر خداکرمی به بیان اهمیت نقش موثر ماماها در ارائه خدمات سلامت زنان پرداخت و خاطر نشان کرد که حل بسیاری از مشکلات نظام سلامت به

• تصاویری از جشن روز ماما (اردیبهشت ماه ۱۳۹۸)



۳. بازدید خانم دکتر ابتکار معاون ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده از استان لرستان و محل استقرار چادرهای هلال احمر

در این سفر فرحناز مینایی پور مشاور وزیر آموزش و پرورش، وحیده نگین مشاور وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و خانم دکتر مینور لمیعیان عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس و دبیر کار گروه سلامت و بهداشت معاونت ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده نیز برای بررسی و پیگیری امور مربوطه حضور داشتند.



همچنین در خرم آباد جلسه معاون رییس جمهور در امور زنان و خانواده با دکتر پروین آستی مدیر گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی و دکتر مینا رحیمی رییس گروه سلامت مادران دانشگاه علوم پزشکی لرستان در مورد نحوه خدمات مامایی و مشاوره بهداشت باروری و بیماری های عفونی زنان در مناطق آسیب دیده از سیل لرستان و بررسی راههای ارتقای کیفیت این خدمات بر گزار گردید. بنا به گزارشات ۴۷ مورد زایمان در پلدختر و روستاهای آن بدون مرگ و میر مادر و نوزاد در روزهای بحرانی با برنامه ریزی و رسیدگی مورد به مورد انجام شده است.

۴. مصاحبه با خانم دکتر خداکریمی رئیس انجمن علمی مامایی ایران و رئیس کمیته سلامت شورای شهر تهران

جای خالی زنان در ستادهای مدیریت بحران



رئیس کمیته سلامت شورای شهر تهران از پیگیری برای حضور مدیران زن در ستاد مدیریت بحران خبر داد.

ناهید خداکریمی در گفت و گو با ایسنا، با انتقاد از عدم حضور زنان در ستاد مدیریت بحران کشور گفت: از نظر مدل جمعیتی ساکن در شهرستانها نزدیک به ۵۰ درصد را زنان و ۲۵ درصد افراد را کودکان تشکیل می دهند که بر همین اساس حدود ۷۵ درصد جمعیت آسیب دیده در حوادثی همچون سیل را زنان و کودکان تشکیل می دهند.

وی با بیان اینکه زنان نیازمند خدمات خاص و ویژه ای هستند که از منظر نگاه مردانه برآورد کردن آنها در اولویت نیست، گفت: این در حالیست که باید برای برآورده کردن نیاز زنان در حوادثی همچون سیل برنامه ریزی کنیم. هر چند که در جریان سیل اخیر نیازهای زنانه برآورده شد اما دیر به آن توجه شد.

خداکریمی با بیان اینکه جای زنان در ستادهای مدیریت بحران کشور خالی است، گفت: لازم است در ستادهای مدیریت بحران در سطح مدیران کشوری و در سطح استانها یک زن که آشنا به مسائل سلامت زنان و باروری آنها است حضور داشته باشد تا بتواند در عرصه سیاستگذاری، تصمیم گیری و اجرایی نیازهای زنان را نیز در نظر بگیرد.

وی با بیان اینکه بنده به عنوان عضو شورای شهر تهران پیگیر حضور زنان در عرصه مدیریت بحران شهر تهران خواهم بود، گفت: نباید نیازهای خاص زنان در حوادث طبیعی و غیر طبیعی گم بشود بلکه باید پاسخگویی به این نیازهای خاص در کنار سایر اقلام در نظر گرفته شود.



ICM | Charlotte Renard Apr 16
to me, Rafat ▾

Dear Nahid Khodakarami, President of the
Iran Scientific Association of Midwifery
(ISAM)

**I am very pleased to announce that the
ICM Membership Application of the Iran
Scientific Association of Midwifery was
approved by the ICM Board on 4 April
2019.**

The Iran Scientific Association of Midwifery
has been accepted as Full Member.

**On behalf of the ICM Board, ICM Chief
Executive and ICM staff, congratulations**

۱- پیام تبریک رئیس جمعیت مامایی ایران به اعضا هیات مدیره انجمن علمی مامایی ایران

بسم الله الرحمن الرحيم

جای بسی افتخار است که جمعیت مامایی ایران به عنوان اولین
صنف مامایی عضو پیوسته کنفدراسیون بین المللی مامایی (ICM)
در سال ۱۹۹۱ میلادی؛ همواره پیشگام در امر ارتقای صنف مامایی
بوده است و خدا را شاکر است که انجمن علمی مامایی هم در
آوریل ماه سال ۲۰۱۹ موفق گردید تا به عضویت این کنفدراسیون
در آید.

در هر حال حضور دو عضو از یک کشور حائز اهمیت زیادی است
و امیدوارم از این ظرفیت به نحو احسن در معرفی بیشتر جامعه
مامایی میهن عزیز اسلامی مان به مجامع بین المللی استفاده گردد.

این عضویت را به اعضای هیات مدیره انجمن علمی مامایی تبریک
عرض می نمایم.

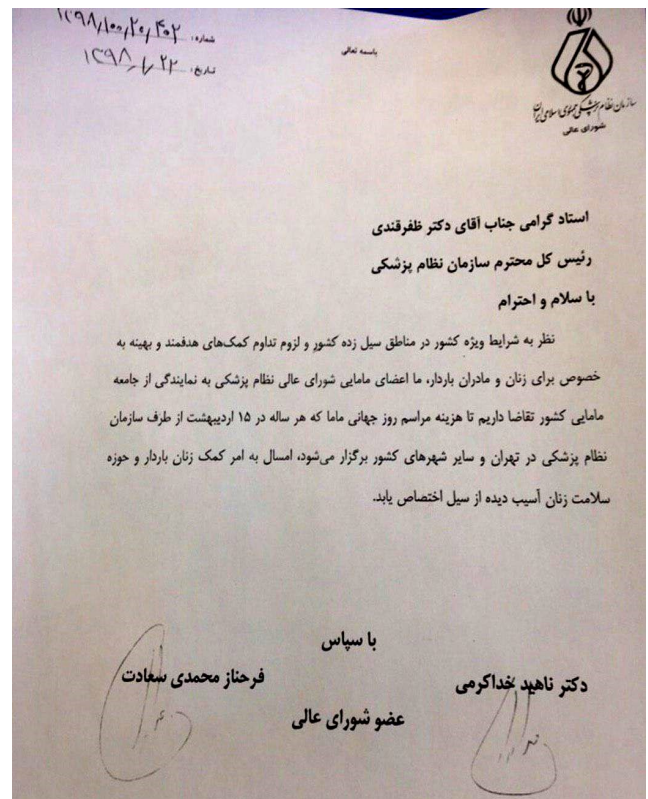
و من الله التوفيق

زهرا عابدی

ریاست جمعیت مامایی ایران

۲- اختصاص هزینه مراسم روز ماما به زنان باردار مناطق سیل زده

جامعه مامایی کشور در آستانه روز جهانی مامایی و وقوع سیلاب ها
در کشور در خبری به نقل از انجمن مامایی کشور اعلام کرد که
جامعه مامایی همواره در شرایط سخت رسالت خود را در حیطة
مسئولیت اجتماعی به نحو احسن انجام می دهند و امروز نیز که
گروهی از هموطنان عزیز در مناطق سیل زده نیاز به کمک دارند در
اقدامی تحسین برانگیز هزینه برگزاری مراسم روز جهانی ماما که هر
ساله توسط سازمان نظام پزشکی در تهران و سایر شهرهای کشور
برگزار می شود را به کمک به زنان و مادران باردار مناطق سیل زده
اختصاص دادند.



۳- انجمن علمی مامایی ایران عضو پیوسته کنفدراسیون بین المللی مامایی شد.

این موفقیت که حاصل تلاش هیئت مدیره انجمن جهت تبیین
جایگاه بین المللی ماماهاى ایران است را به اعضای انجمن علمی
مامایی ایران تبریک گفته و آرزوی موفقیت هر چه بیشتر جامعه
مامایی را داریم.

لازم بذکر است که ایران از معدود کشورهایی است که دو تشکل
مامایی آن عضو ICM هستند.

قره قاط و پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری

محبوبه رسول زاده بیدگلی، دانشجوی دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه و هدف: عفونت ادراری یک بیماری باکتریایی است که ۵۰ درصد زنان بالغ را مبتلا میکند که در ۹۰ درصد موارد، عفونت تکرار شونده تشخیص داده می شود. برای پیشگیری از عفونت مکرر دستگاه ادراری آنتی بیوتیک پروفیلاکسی استفاده می شود که با توجه به عوارض جانبی داروهای شیمیایی از جمله حساسیت زایی، ایجاد مقاومت باکتری به آنها و ایجاد سمیت دارویی، استفاده از درمانهای گیاهی با عوارض جانبی کمتر مورد توجه قرار گرفته اند. بنابراین بر آن شدیم تا مقاله ای مروری با هدف بررسی گیاه دارویی قره قاط در پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری تهیه نماییم.

مواد و روشها: با جستجو در سایتهای Ovid, Medline, Scopus, Science direct و Inter science و با استفاده از کلید واژه های *UTI, herbal medicine, Complementary therapy, Alternative therapy* مقالات مرتبط از سال ۱۹۹۴ تا سال ۲۰۱۲ بدست آمد.

نتایج: گیاهانی از جمله قره قاط در پیشگیری از عود عفونت دستگاه ادراری می توانند مؤثر باشند، اما هیچ مدرک علمی در ارتباط با میزان، غلظت و طول مدت لازم برای مداخله با استفاده از قره قاط در پیشگیری از عفونت ادراری شناسایی نشد.

بحث و نتیجه گیری: قره قاط در پیشگیری از عفونت ادراری مؤثر است اما نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه احساس می شود.

کلمات کلیدی: قره قاط، عفونت دستگاه ادراری، پیشگیری

واژه های Complementary therapy, Alternative

UTI و *herbal medicine, therapy* مقالات مرتبط از سال ۲۰۰۰ تا سال ۲۰۱۰ بدست آمد. مقالاتی که بر روی کودکان و مردان تحقیق کرده بودند حذف و تنها موارد مربوط به زنان در سنین مختلف استفاده شد.

مقدمه

۵۰ درصد از زنان بالغ ۵۰-۱۸ سال حداقل یکبار سوزش ادرار را در طول زندگی تجربه می کنند که حدود ۹۰ درصد موارد عفونت دستگاه ادراری (UTI) در این بیماران به صورت بدون عارضه ولی تکرار شونده بوده است (۱). برای پیشگیری از عفونت مکرر دستگاه ادراری آنتی بیوتیک پروفیلاکسی استفاده می شود که با توجه به عوارض سوء آنها شامل ایجاد حساسیت در افراد، مقاومت به باکتری ها و موارد سمیت، درمانهای گیاهی مورد توجه قرار گرفته اند. با توجه به رویکرد دنیای پزشکی امروز به استفاده از طب مکمل و درمانهای گیاهی مطالعه ای مروری با هدف شناسایی داروهای گیاهی مؤثر در پیشگیری از عفونت دستگاه ادراری را تدوین نمودیم.

روش کار

با جستجو در سایت های Ovid, Medline, Scopus و Science direct و با استفاده از کلید

عفونت دستگاه ادراری به شرایطی گفته می شود که یک یا چند ساختمان (کلیه، مثانه، پیشابراه) در دستگاه ادراری عفونی می شوند و از شایعترین عفونت هایی است که در هر زمان از زندگی یک فرد رخ می دهد (۲،۳). عفونت های دستگاه ادراری غالباً توسط اشرشیاکولی که به طور طبیعی در روده ها زندگی کرده ولی به دستگاه ادراری می چسبند، ایجاد میشوند (۴-۷). سایر میکروارگانیزم ها مانند: کلامیدیا و مایکوپلازما ممکن است موجب عفونت ادراری در مردان و زنان شوند. این عفونت ها به مجرای ادراری و دستگاه تولیدمثل محدود شده و ممکن است از طریق جنسی منتقل شوند (۷،۸).

مکانیسم عفونت شامل رشد باکتری در دستگاه استریل ادراری و چسبندگی باکتری به دیواره مثانه است. در عفونت دستگاه ادراری عارضه دار باکتری ها می توانند به کلیه ها نفوذ کرده و باعث پیلونفریت حاد شده که بدترین نتیجه این فرایند انتقال به خون، سپسیس و مرگ است (۲).

علائم و نشانه ها شامل سوزش، تکرر و فوریت ادرار، ادرار کدر و چرک در ادرار، شب ادراری، هماچوری، درد شکم یا پائین کمر و ناراحتی سوپراپوبیک می باشد (۴-۱۰). عفونت ادراری بعد از سرماخوردگی و آنفولانزا، شایعترین عفونت در زنان بوده (۵،۷،۸) و در تمامی سنین، از کودکی تا سالمندی دیده شده و شیوع آن بعد از یائسگی با افزایش سن به تدریج افزایش می یابد (۵،۹،۱۱). حداقل یک سوم زنان به طور متوسط ۲-۳ بار در سال دچار عفونت دستگاه ادراری می شوند که به آن عفونت دستگاه ادراری مکرر گویند (۱۲). عود عفونت در سنین ۲۹-۲۵ و بالای ۵۵ سالگی شایع تر است (۱۳).

فاکتورهای خطر ایجاد عفونت دستگاه ادراری در دوران قبل از یائسگی شامل نزدیکی جنسی، استفاده از اسپرم کش ها (اسپرمیسید)، مصرف آنتی بیوتیک ها، عفونت دستگاه ادراری قبلی و در دوران بعد از یائسگی شامل نقص ساختمانی یا عملکردی، فقدان لاکتوباسیل ها در فلور واژن، افتادگی مثانه (سیستوسل) و سابقه قبلی عفونت دستگاه ادراری می باشد (۴). در حال حاضر درمان عفونت دستگاه ادراری مکرر به چالشی

در بالین تبدیل شده است. آنتی بیوتیکهای پروفیلاکتیک تا اندازه ای می توانند موثر باشند. تجویز طولانی مدت آنتی بیوتیکها می تواند باعث مقاومت سوش های خاص باکتریها شود (۲). محققان متوجه شده اند که میزان شیوع مقاومت e.coli نسبت به داروهای مورد استفاده در درمان UTI به صورت خطی در حال افزایش است (۱۴).

اثرات جانبی بالقوه طولانی مدت مثل نوروپاتی باعث می شود اکثر پزشکان از آنتی بیوتیک به عنوان پروفیلاکسی در درمان عفونت های مکرر دستگاه ادراری استقبال نکنند. بعلاوه مصرف روزانه و طولانی مدت داروی پروفیلاکتیک نیز یکی از مشکلات بیماران است. امروزه داروهای گیاهی به طور گسترده در ایالات متحده استفاده می شوند به طوری که حدود ۲۵ درصد از بالغین، در یک سال گذشته مصرف یک گیاه دارویی را ذکر می کنند (۱۵). در دهه های اخیر با پیدایش برخی مشکلات پیرامون مواد شیمیایی (از جمله افزایش مقاومت به آنتی بیوتیک های خوراکی و عدم پذیرش از جانب بیماران)، استفاده از داروهای گیاهی در اغلب نقاط جهان مورد توجه قرار گرفته است دانشمندان طی کارآزمایی های بالینی، موثر بودن گیاهان دارویی را در مقایسه با دارونما به اثبات رسانده اند (۱۶). در رابطه با قره قاط برای جلوگیری از عفونت دستگاه ادراری تحقیقاتی صورت گرفته است (۱۷). بیشترین مقالات بدست آمده در پیشگیری از UTI در رابطه با گیاه قره قاط بود. قره قاط (بویره به صورت عصاره) به طور گسترده برای چندین دهه استفاده می شود. این میوه (vacciniummarcocarpon) بومی امریکای شمالی است و از تیره اریکاسه می باشد (۱۸). این گیاه دارای پروآنتی سیانیدین است که دارای فعالیت ضدباکتریایی می باشد و مانع از چسبندگی باکتریها به دیواره مجاری ادراری می شود و نیز از طریق افزایش اسید هیپوریک (متابولیت اسید بنزوئیک) باعث افزایش اسیدیته ادرار می شود و اینگونه توسط این مواد در پیشگیری از UTI مؤثر است.

عصاره و قرص قره قاط به طور معنی داری تعداد افراد تجربه کننده حداقل یکبار عفونت دستگاه ادراری علامت دار در سال را کاهش داد. مصرف پروفیلاکسی قرص و عصاره قره قاط نسبت به آنتی بیوتیک کم هزینه تر برآورد شد (۲۰).

بیلی و همکاران در سال ۲۰۰۷ مطالعه ای به منظور تعیین اثر عصاره قره قاط در پیشگیری از UTI بر روی ۱۲ زن با حداقل ۶ عفونت دستگاه ادراری راجعه در سال را انتخاب کردند. نمونه ها ۲۰۰ میلی گرم کپسول قره قاط ۲ بار در روز به مدت ۱۲ هفته دریافت می کردند. در شروع مطالعه پرسشنامه ای برای تعیین سابقه پزشکی بیمار گرفته می شد و ماهانه برای بررسی از نظر پیدایش علائم بیماری از آنها سؤال می شد. نمونه ها برای تقریباً ۲ سال پیگیری شدند و در این مدت هیچ گونه موارد عودی مشاهده نشد. از این مطالعه نتیجه گرفته شد که فراهم کردن قره قاط با محتوای فنول بالا شاید بتواند از UTI به طور کامل جلوگیری کند (۲۱).

لی و نیلد در سال ۲۰۰۷ مطالعه ای تعیین اثر متنامین هیپورات یا قرص های قره قاط در پیشگیری از عفونت مجرای ادراری در افراد مبتلا به مثانه نروپاتیک متعاقب صدمه به طناب نخاعی انجام دادند. در این مطالعه کنترل شده تصادفی دوسوکور ۳۰۵ بیمار به مدت دو سال پیگیری شدند. تمامی رژیم ها از نظر ظاهر و مزه تفاوتی نداشتند. میزان دوز متنامین هیپوراتی که استفاده شد ۱ گرم دو بار در روز و میزان دوز قره قاط ۸۰۰ میلی گرم دو بار در روز بود. زمان وقوع عفونت ادراری علامت دار بررسی شد. بیمارانی که قره قاط استفاده کرده بودند در مقایسه با گروه پلاسبو زمان طولانی تری بدون عفونت نبودند. آنها نتیجه گرفتند که استفاده از قرص های قره قاط در پیشگیری از عفونت ادراری در این بیماران مفید نمی باشد (۱۱).

در مواردی نمی توان از این دارو استفاده کرد که شامل ناکفایتی کلیه، افراد مستعد سنگهای کلسیم، اگزالات یا اسید اوریک است اما عصاره آن حاوی اگزالات اندکی می باشد که در افراد با سنگ کلسیمی قابل استفاده است. این گیاه در حاملگی و شیردهی هیچ محدودیت مصرفی ندارد و در مصرف دارو در دوز درمانی عارضه ای شناخته نشده است، تنها در موارد مصرف بیش از حد آن (بیش از ۴-۳ لیتر در روز)، اسهال، تهوع و گاستروانتریت خفیف رخ می دهد. تداخل دارویی در موارد مصرف این گیاه با آنتی بیوتیکها و سایر داروها دیده نشده است (۲۰).

در سال ۲۰۰۱ در فنلاند، کونتیوکاری و همکاران کارآزمایی تصادفی را با هدف تعیین اینکه آیا عود عفونت دستگاه ادراری با مصرف عصاره قره قاط و نوشیدنی لاکتوباسیلوس قابل پیشگیری است انجام دادند.

این مطالعه روی ۱۵۰ زن با عفونت دستگاه ادراری با عامل *E.coli* صورت گرفت که زنان به ۳ گروه به طور تصادفی تقسیم شدند. در یک گروه ۵۰ سی سی عصاره قره قاط یک بار در روز در عرض ۶ ماه، در گروه دوم ۱۰۰ سی سی نوشیدنی لاکتوباسیلوس ۵ روز در هفته برای ۱ سال داده شد و گروه سوم نیز گروه کنترل بودند که هیچ درمانی دریافت نمی کردند. میزان عود عفونت دستگاه ادراری در طول ۱۲ ماه به طور معنی دار در بین گروه ها متفاوت بود. در عرض ۶ ماه، ۱۶ درصد زنان در گروه قره قاط و ۳۶ درصد در گروه کنترل حداقل یکبار عود داشتند. ۲۰ درصد کاهش در خطر مطلق در گروه قره قاط در مقایسه با گروه کنترل وجود داشت ($P=0.484$). از این مطالعه نتیجه گرفته شد که نوشیدن منظم عصاره قره قاط عود عفونت دستگاه ادراری را کاهش می دهد (۱۳).

در سال ۲۰۰۲ استوزر و همکاران مطالعه ای را در کانادا با عنوان کارآزمایی تصادفی برای ارزیابی هزینه- اثربخشی و تاثیر محصولات قره قاط به عنوان پروفیلاکسی در مقابل عفونت دستگاه ادراری در زنان انجام دادند. کاهش بیش از ۵۰ درصد در عفونت دستگاه ادراری علامت دار در سال و کاهش بیش از ۵۰ درصد در مصرف آنتی بیوتیک سالانه بدست آمد.

مجاری ادرار مبتلایان به سنگ کلیه یافت می شود را کاهش می دهد (۶) از طرفی برخی مطالعات نشان داده اند که مصرف قره قاط ممکن است خطر ایجاد سنگ کلیه را افزایش داده (۳۱،۳۲)، باعث افزایش جذب Vit B_{۱۲} در بیمارانی که مهارکننده های پمپ پروتون دریافت می کنند، شود (۳۱،۳۳)، در بیمارانی که از وارفارین استفاده می کنند، فعالیت وارفارین را افزایش دهد (۲۴)، اسهال و سایر علائم گوارشی با مصرف زیاد آن گزارش شده و همچنین مصرف زیاد عصاره آن ممکن است بر کنترل قند خون در بیماران دیابتی اثر گذارد (۲۵). هیچگونه منع شناخته شده ای از مصرف قره قاط در دوران بارداری و شیردهی وجود ندارد (۱۹،۲۵،۲۸). همچنین مطالعات مختلفی نشان داده اند که قره قاط جهت تمیزی خون، درمان بیماری های خفیف معده، مشکلات کبدی، بیماری مثانه، استفراغ، کاهش اشتها، زخم و پلاگ دندان، بیماری قلبی، کاهش کلسترول و سرطان استفاده می شود (۷،۲۴،۲۸،۳۱،۳۴).

بطور کلی مطالعات نشان دادند که قره قاط در پیشگیری از عفونت ادراری موثر بوده و ممکن است به درمان عفونت ادراری کمک کند اما نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می باشد.

هس و همکاران در سال ۲۰۰۸ در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند مصرف قرص های عصاره قره قاط جهت جلوگیری از عفونت مجاری ادراری در بیمارانی که دچار صدمات طناب نخاعی شده و مبتلا به مثانه نرولوژیک بوده یا GFR بالایی دارند، مفید می باشد (۲۲).

مک کوردو و همکاران در سال ۲۰۰۵ مطالعه ای را در انگلستان جهت ارزیابی عصاره قره قاط در کاهش عفونت ادراری در افراد مسن در بیمارستان انجام دادند. در این مطالعه تصادفی دوسوکور، ۳۷۶ فرد مسن شرکت داشتند. نمونه ها به شکل تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه مورد مطالعه ۳۰۰ ml روزانه عصاره قره قاط استفاده می کردند. در این مطالعه ۱۴ نفر از ۱۸۹ نفر در گروه کنترل و ۷ نفر از ۱۸۷ نفر از گروه قره قاط مبتلا به عفونت شدند. این مطالعه نشان داد که مصرف عصاره قره قاط در افراد مسن ممکن است مفید باشد (۲۳).

سومو کاداس و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود تاثیر قره قاط را در مقایسه با آنتی بیوتیک در پیشگیری از عفونت های عودکننده ادراری در زنان مسن مورد بررسی قرار دادند. گرچه تری متوپریم مزایای اندکی نسبت به قره قاط داشت ولی بعلت ایجاد مقاومت ضد میکروبی، یک محصول طبیعی مانند قره قاط ممکن است یک انتخاب منحصر به فرد در برخی از زنان مسن باشد (۲۴).

نتیجه گیری

قره قاط به طور گسترده ای جهت پیشگیری و درمان عفونت های مجاری ادرار استفاده می شود (۲۸،۲۲،۱۳،۱۱،۸،۷-۲۵). نشان داده شده است که قره قاط میزان ابتلا به عفونت ادراری علامت دار را کاهش می دهد (۲،۲۹). نوشیدن یک یا دو لیوان ۸ اونس از عصاره قره قاط در روز در پیشگیری از ۵۰٪ عود عفونت های مجاری ادراری موثر می باشد (۳۰). ایمنی طولانی مدت قره قاط ثابت نشده و همچنین تداخلات دارویی مهمی با آن گزارش نشده است (۲۸،۳۱). قره قاط میزان اضافی کلسیم، اسیداوریک یا آنزیم اوره آز را که در

- 1-Sarmadian H, Didghar F. Comparison of single dose and seven days treatment of Ciprofloxacin in women with lower urinary tract infection. *Journal of Zanjan Univeraity of Medical Science* 2007; 61:1-10.
- 2- Purkh K, Khalsa S. Clear up a UTI naturally. *Better Nutrition* 2008; 70(11):26-7.
3. Albrecht U, Goos K, Schnelder B. A randomised, double- blind, placebo-controlled trial of a herbal medicinal product containing *Tropaeoli majoris herba*(Nasturtium) and *Armoraciae rusticanae radix* (Horseradish) for the prophylactic treatment of patients with chronically recurrent lower urinary tract infections. *Curr Med Res Opin* 2007. Oct; 23(10): 2415- 22.
- 4-Woods-Lavoice P, A glass a day. *Better Nutrition* 2001;63(1):32.
- 5- Cannon G H, Urinary tract infections: The new power of cranberry. *Total Health* 2000;22(6):46.
- 6- Keville K, Cranberries. *Better Nutrition* 2001;63(6):54.
- 7- Vattem D, Ghaedian R, Shetty K, Total Health resource guide: Enhancing cranberry with phenolic antioxidants. *Total Health*2002; 24(5):s20.
- 8- Meschino JP. Helping Your Patients Combat Recurrent Urinary Tract Infections. *Dynamic Chiropractic* 2008; 26(11):43-44.
- 9- Torkos S, Versatile cranberry promotes urinary tract health. *Total Health* 2003; 25(4): 26-27.
- 10- Arjman M Translator, Harison kidney and urinary tract disease. *Randolf T, Tehran; Nasle Farda, 1383,Persian.*
- 11- Lee J, Neild G. Urinary tract infection. 2007. Available at:[http:// www. Sciencedirect .com/ elsevier](http://www.Sciencedirect.com/elsevier). Accessed Dec 19, 2008.
- 12- Ruth G, Jepson C. A systematic review of the evidence for cranberries and blueberries in UTI prevention. *Mol Nutr food Res* 2007. Feb; 51: 738- 45.
- 13- Kontiokari T, Sundqvist K, Nuutinen M, Pokka T, Koskela M, Uhari M. Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and *Lactobacillus GG* drink for the prevention of urinary tract infections in women. *BMJ* 2001. Jun; 322(30): 1-5.
- 14- Burke, J. Novak's gynecology. Translation Veldan M, Urimi O, Rafiei R. Tehran, Nasle Farda, 2007.
- 15- Bent S, Ko R. Commonly used herbal medicine in the united states: a review. *Am J Med* 2004. Apr; 116.
- 16- Khadem M, Comparison cumin and Mefenamic acid on severity of pain in multiparous women in 17 Shahrivar Hospital. MSc thesis, Faculty of Nursing Midwifery Mashhad University of Medical Sciences, 2006.
- 17- Dunitz M. Urinary tract infection in the female. *Physiotherapy* 2000. Oct;86(10): 324.
- 18- Ursel A. The complete guide healing foods.London: DK; 2000.
- 19- Blumethal M. The ABC clinical guide to herbs. Austin Texas: Americal botanical council; 2003.
- 20- Stothers L. Randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products as prophylaxis against urinary tract infection in women. *Can. J. Urol* 2002. 9: 1558–62.
- 21-.Bailey D, Dalton C, Daugherty J, Tempesta M. Can a concentrated cranberry extract prevent recurrent urinary tract infections in women? A pilot study. *Phytomedicine* 2006. Dec;14 :237– 41.
- 22- Hess MJ, Hess PE, Sullivan MR, Nee M, Yalla SV, Evaluation of cranberry tablets for the prevention of urinary tract infections in spinal cord injured patients with neurogenic bladder. *Spinal Cord* (2008) 46, 622–626.

- 23- Mcmurdo ME, Bissett T L, Price RJG, PhilliPs G, Crombie IK. Does ingestion of cranberry juice reduce symptomatic urinary tract infections in older people in hospital? A double-blind, placebo-controlled trial. *Age and Ageing* 2005; 34: 256–261.
- 24- Sumukadas D, Argo I, Bell L, Phillips G, Daly F, Davey P G et al. Preventing recurrent urinary tract infections in older women cranberry or Trimethoprim. *Age and Ageing*.: 2010; 39: I40 , Abstract.
- 25-Mario B. Cranberry juice and UTIs: no evidence of benefit, *Canadian Pharmaceutical Journal*. 2004; 137(2) : 41-42
- 26-Ross S M. Clinical Applications of Cranberry in Urinary Tract Infections. *Holistic Nursing Practice* 2006; 20(4) : 213-214.
- 27-Anonymous,Cranberry juice reduces UTIs. *Australian Nursing Journal*; 2001; 9(2):22.
- 28-Ackerson AD. HERB OF THE MONTH: Cranberry (*Vaccinium macrocarpon*). *Better Nutrition* 2005; 67(5):12.
- 29-Bedard M, On the cover: Cranberry. *Canadian Pharmacists Journal* 2005; 138(7)14.
- 30-Mcmurdo ME, Bissett T L, Price RJG, PhilliPs G, Crombie IK. Does ingestion of cranberry juice reduce symptomatic urinary tract infections in older people in hospital? A double-blind, placebo-controlled trial. *Age and Ageing* 2005; 34: 256–261.
- 31-Lynch D M, Cranberry for Prevention of Urinary Tract Infections. *American Family Physician*2004; 70(11);2175-77.
- 32- Terris MK, Issa MM, Tacker JR. Dietary supplementation with cranberry concentrate tablets may increase the risk of nephrolithiasis. *Urology* 2001;57:26-9.
- 33- Turner A. The pharmacognosy of cranberries (*Vaccinium Macrocarpon* Action) as a urologic dietary supplement. *Dissertation* 2006; Chicago: UMI Num: 3248450.
- 34- Milner JA, Foods and health promotion: The case for cranberry. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*; 2002; 42(3):265-6.

نقدی بر اجرای طرح تحول سلامت در بخش های زایمان بیمارستانهای کشور

می نور لمیعیان^۱، محبوبه رسول زاده بیدگلی^۲، معصومه علیجان پور^۲، رزا هورسان^۲ کتایون جلالی آریا^۲، زهرا دانش فر^۲

۱. دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دکترای آموزش بهداشت، گروه سلامت باروری و مامایی

۲. دانشجویان دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس ورودی مهر ۹۵

مقدمه: اصلاحات نظام سلامت یکی از راهبردی ترین مباحث در سراسر دنیا و مورد توجه همه دولت ها بوده است، که در بردارنده اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، برابری و اثربخشی در بخش سلامت می باشد. در ایران با توجه به ابلاغ سیاست های کلی سلامت از جانب مقام معظم رهبری (مدظله العالی) و توجه ویژه رییس جمهور محترم، طرح تحول نظام سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با هشت بسته خدمتی سلامت که یکی از آنها برنامه ترویج زایمان طبیعی اجرا گردید. این مقاله مروری نقدی بر اجرای این بخش از بسته در کشور می پردازد.

روش کار: ابتدا با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی گوگل، گوگل محقق، ISD و PubMed مقالات مربوطه به دست آمد. کلید واژه ها عبارت بود از: طرح تحول سلامت، زایمان، Health Care.Labor از ۸۳ مقاله پژوهشی در مورد طرح تحول سلامت ۹ مقاله مرتبط و ۳ گزارش عملکرد مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: از آنجایی که هدف اصلی طرح تحول سلامت در حیطه زایمان طبیعی صرفا کاهش هزینه های پرداختی توسط بیماران و کاهش زایمان طبیعی بوده است، لذا بر مبنای نتایج مطالعات و شواهد حاضر مشخص شده که این طرح موجب شده است تا از میزان شیوع سزارین در مراکز آموزشی درمانی تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کاسته شود، اما این کاهش هنوز با استانداردهای جهانی فاصله دارد. در بسیاری از بیمارستانها حتی به هدفی که در طرح تحول نگاشته شده، یعنی کاهش ده درصدی میزان سزارین، هم نرسیده ایم. به دلیل اینکه دو هدف فوق مهمترین اهداف بخش ترویج زایمان طبیعی طرح تحول سلامت بوده است عمدتاً پژوهش های حاضر در خصوص این دو عامل انجام شده است، اما در مطالعه ای در تهران که رضایت مندی مادران از حفظ حریم خصوصی با بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق های زایمان را بررسی نموده نشانگر آن بوده که میزان رضایت مندی در سال پایه (۹۲) ۷۱٫۷ درصد و در سال ۹۳ با اجرای طرح به ۷۳٫۶ درصد رسیده است. در سومین گزارش پیمایش های ارزیابی طرح تحول سلامت که در سال ۹۳ بر مبنای رضایت بیماران، پزشکان و پرستاران انجام شده بود، پزشکان بیش از سایرین از اجرای طرح رضایت داشتند که بیشترین دلیل رضایت افزایش درآمد و مهمترین دلیل عدم رضایت بسته شدن مطب بود. اما در مورد سایر پرسنل مهمترین دلیل عدم رضایت، میزان درآمد آنها بود. در مطالعات بررسی شده یکی از مهمترین عوامل سوق دهنده بیماران به سمت زایمان طبیعی و بیمارستانهای دولتی برای بهره مندی از مزایای مالی طرح، مراکز بهداشتی درمانی و به طور عمده ماماها شاغل در این مراکز بودند که به عنوان ذینفعان این طرح در نظر گرفته نشده اند.

هرچند همانطور که گفته شد حتی ماماهاى شاغل در بیمارستانها نیز به دلیل بی عدالتی نظام پرداخت از اجرای طرح ناراضی هستند. با توجه به موارد گفته شده و همچنین مشکلات بیمه سلامت به دلیل کمبود بودجه لازم است طرح تحول سلامت مورد تجدید نظر قرار گیرد.

کلمات کلیدی: طرح تحول سلامت، زایمان طبیعی، سزارین

مقدمه:

در کشورهای درحال توسعه آمار و ارقام سزارین روز به روز در حال افزایش است بر اساس گزارش نخست از دیده بانى سلامت کشور، مطالعه شاخص های چندگانه سلامت و جمعیت در سال ۱۳۸۹ در ایران نشان داد که ۵۴,۵ درصد زایمان ها به صورت طبیعى و ۴۵,۵ درصد به صورت سزارین بوده است (۲). در ایران با توجه به ابلاغ سیاست های کلی سلامت از جانب مقام معظم رهبرى (مدظله العالی) و توجه ویژه رییس جمهور محترم، طرح تحول نظام سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با هشت بسته خدمتی سلامت شامل:

(۱) برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

(۲) برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان های مناطق محروم

(۳) برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

(۴) ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

(۵) برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

خدمات بهداشتی درمانی یکی از ضروری ترین نیازهای انسانی در همه کشورها می باشد. این ارائه خدمات و سطح مطلوب آن در کنار نظام های باز نشستگی از چنان اهمیتی برخوردار است که حتی در کشور های توسعه یافته به عنوان یکی از پارامترهای اساسی در برنامه نامزدهای ریاست جمهوری قرار می گیرد. اهمیت این مساله در سالهای اخیر به علت گسترش بیماریهای صعب العلاج و پر هزینه چند برابر شده است. به طوری که بر اساس گزارشات رسمی هزینه کمر شکن درمان به طور متوسط سالانه ۷ درصد از جمعیت کشور را به زیر خط فقر می کشاند. اصلاحات نظام سلامت یکی از راهبردی ترین مباحث در سراسر دنیا مورد توجه همه دولت ها بوده است، که در بردارنده اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، برابری و اثربخشی در بخش سلامت می باشد. در دهه های اخیر نظام های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه اصلاحات بسیاری را تجربه کرده اند، اگر چه اهداف و اشکال اصلاحات بر حسب نوع کشور ها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی، ظاهری متفاوت دارند ولی در حالت کلی تامین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامت هدف اصلی هر برنامه اصلاحی بوده است (۱).

یکی از مهمترین خدماتی که باعث افزایش هزینه های درمان می گردد زایمان سزارین می باشد.

فرهنگ سازی در زمینه برنامه ترویج زایمان طبیعی در سطح رسانه‌های ملی و استانی

- انتخاب آگاهانه و با رضایت زایمان طبیعی به عنوان روش برتر زایمان

- فراهم نمودن امکان تداوم ارائه خدمت، برای ارائه دهندگان خدمت دارای مطب و دفاتر کار خصوصی در بخش دولتی

- ارتقاء کیفیت ارائه خدمت زایمان طبیعی مطابق با استانداردهای تدوینی

جهت دسترسی به اهداف فوق، راهکارهای زیر تعیین گردید:

- فرانشیز رایگان

- زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی

- تعرفه‌ی تشویقی برای ارائه دهندگان خدمت

- بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان و اختصاص بودجه برای آن

طبق مستندات موجود در سایت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، کاهش میزان سزارین به دنبال اجرای طرح تحول سلامت به ترتیب زیر می‌باشد (چند نمونه):

* جم: ۸ درصد

* استان کرمانشاه: ۵ درصد

* استان خوزستان: ۹ درصد

* استان فارس: بیش از ۵ درصد

...

۶) برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

۷) برنامه ترویج زایمان طبیعی

۸) نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت

در سال ۱۳۹۳ به طور رسمی در کشور و کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف اولیه تکمیل حلقه حفاظتی مردم در مقابل هزینه‌های سلامت شروع به فعالیت کرد (۳).

یکی از مهم‌ترین خدمات در این طرح، ترویج زایمان طبیعی است. طبق قانون برنامه توسعه پنجم بهبود وضعیت سلامت مادران و نوزادان یکی از برنامه‌های اصلی است که با ارزیابی بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری و کاهش میزان مرگ و میر کودکان میزان دست‌یابی به این مهم پایش می‌شود.

در طرح تحول نظام سلامت، ترویج زایمان طبیعی با هدف کلی ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین دنبال می‌گردد. یکی از برنامه‌ها برای نیل به این هدف، انجام رایگان زایمان طبیعی در بیمارستان‌های وزارت بهداشت است. بر اساس اهداف این طرح قرار بود تا پایان سال ۹۳ میزان عمل‌های سزارین به کمتر از ۱۰ درصد برسد (۲).

اهداف ترویج زایمان طبیعی عبارت است از:

- ارتقای سلامت مادر و نوزاد

- فرهنگ سازی ترویج زایمان طبیعی، استمرار باروری، امکان‌پذیری سیاست‌های جمعیتی

- حفظ حریم خصوصی مادر باردار

- تکریم و رضایت‌مندی مادر باردار

پرداخت های غیر رسمی فراهم می آورد. همچنین ترویج زایمان طبیعی از طریق طرح تحول سلامت اهداف علمی کشور و بهبود سلامت زنان و نوزادان و در نتیجه رساندن آمار سزارین به استاندارد جهانی را در پی خواهد داشت (۵).

در اینجا ابتدا به مفاد بخش زایمان طبیعی طرح تحول سلامت می نگریم و سپس با نگاهی به پژوهشهای انجام شده در ایران فواید و معایب آنرا نقد می نماییم. در انتها نیز نیم نگاهی بر نظام سلامت در برخی کشورها خواهیم داشت.

با توجه به اینکه مدت زمان محدودی از ابلاغ و اجرای طرح تحول سلامت میگذرد، لذا پژوهش های معدودی در ارتباط با آن صورت گرفته است که در اینجا به کلیه پژوهش های مرتبط با بند ۷ طرح که همان ترویج زایمان طبیعی است میپردازیم:

زندیان و همکاران مطالعه ای با هدف تعیین تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر شیوع و هزینه های زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان بوعلی اردبیل در سالهای ۱۳۹۲ تا ۹۴ انجام دادند. در این پژوهش ۴۰۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که ۲۰۰ نمونه از اردیبهشت ۹۲ تا اردیبهشت ۹۳ به عنوان پرونده های قبل از طرح تحول و ۲۰۰ نمونه از اردیبهشت ۹۳ تا اردیبهشت ۹۴ برای بررسی بعد از طرح به طور تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد زایمان سزارین قبل از طرح تحول ۶۰٫۵٪ بود که پس از طرح میزان آن به ۴۳٪ در صد کاهش یافت. همچنین زایمان طبیعی نیز از ۳۹٫۵٪ به ۵۷٪ افزایش یافت. همچنین کلیه هزینه های زایمان طبیعی و سزارین به تفکیک نوع هزینه قبل و بعد از طرح تحول سلامت اختلاف معناداری نشان دادند، به طوری که هزینه ها به نسبت قابل توجهی افزایش داشته است.

* اراک: ۱۲ درصد

* مشهد: ۷ درصد

* سمنان: ۱۰ درصد

* سنج: ۱۱ درصد

* یزد: ۵٫۷ درصد

* بابل: ۵٫۶ درصد (۴)

بر مبنای نتایج مطالعات و شواهد حاضر مشخص می شود که طرح تحول سلامت موجب شده است تا از میزان شیوع سزارین در مراکز آموزشی درمانی تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کاسته شود ولی این کاهش هنوز با استانداردهای دنیا در زمینه زایمان سزارین به زایمان طبیعی فاصله داشته و باید اقدامات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. باید عنوان کرد با حمایت بخش دولتی و طرح تحول سلامت از هزینه های زایمان طبیعی و رایگان اعلام کردن آن در مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی، کاهش مشاهده شده به دلیل ارزانتر شدن خدمات سزارین نبوده است. بلکه تعداد خدمات سزارین کاهش یافته است و این کاهش باعث شده است تا هزینه های مربوط به خدمات سزارین در مجموع کاهش معنادار در تمام ابعاد نشان دهد. باید مدنظر قرار داد که هزینه های سزارین به صورت هزینه مستقیم در کنار درگیر کردن خانوار، هزینه های کلی نظام سلامت را نیز افزایش می دهد. به ویژه زمانی که این هزینه های اجباری نباشند، موجب می گردد تا شاخص های مربوط به هزینه های سلامت از جمله پرداخت مستقیم از جیب و سهم سلامت از بودجه عمومی، افزایش یابد که نشان از ضعف سیستمی در نظام سلامت است. برخی از مطالعات انجام یافته در حیطه طرح تحول سلامت عنوان می کنند که طرح مذکور فرصت مناسبی را جهت منطقی تر شدن هزینه های نظام سلامت و کاهش

اما مطالعه موردی زارعی و همکاران که در تابستان ۱۳۹۴ در یکی از بیمارستانهای بزرگ تهران با هدف تعیین میزان دستیابی به اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی طرح تحول سلامت انجام شده بود نشان داد که در سال اول اجرای طرح تعداد زایمانها در این بیمارستان ۴۰٪ افزایش داشته، در حالی که میزان زایمان سزارین تنها ۲٪ کاهش را نشان داده بود که به هدف کاهش میزان ۱۰ درصدی میزان سزارین که جزء اهداف ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول بود دست نیافتند.

هدف دوم در برنامه ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت، افزایش رضایت مندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه سازی فضای فیزیکی اتاق های زایمان بود که در بیمارستان مورد مطالعه، میزان رضایت مندی مادران باردار در سال پایه (۹۲) ۷۱,۷ درصد و در سال ۹۳ با اجرای طرح به ۷۳,۶ درصد رسید. همچنین در رابطه با میزان دستیابی به هدف رایگان شدن زایمان های طبیعی در بیمارستان های دولتی، در صورتحساب های زایمان طبیعی مشاهده شد که زایمان طبیعی رایگان بوده و بیماران فقط بابت موارد خارج از شمول طرح مانند هزینه همراه، پرداخت انجام داده بودند. همچنین عوارض ناشی از زایمان در همان دوره بستری نیز مشمول طرح بوده و پرداختی بابت آن صورت نگرفته بود (۸).

همچنین بیمارستان ثارالله استان البرز وضعیت زایمانهای طبیعی خود را قبل و پس از اجرای طرح به صورت نمودارهای ذیل نشان داده است.

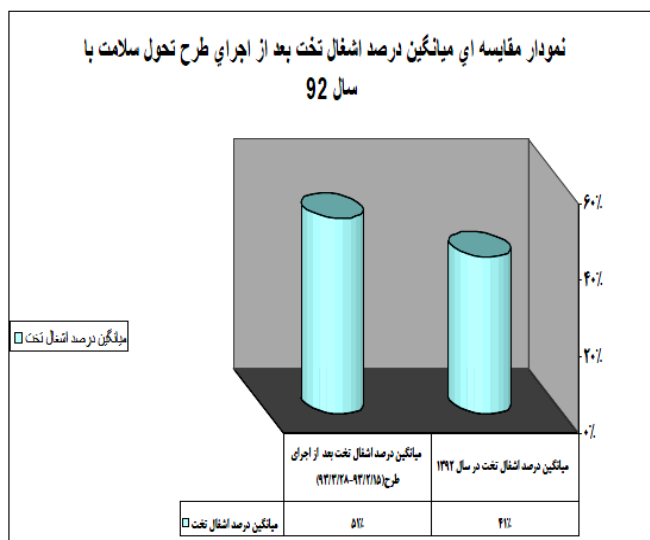
این در حالی است که هزینه های مربوط به کلیه خدمات مرتبط با سزارین پس از طرح تحول سلامت کمتر شده بود (۲).

پیروزی و همکاران نیز مطالعه ای مشابه طی سالهای ۹۲-۱۳۹۴ در استان کردستان انجام دادند. در این مطالعه ۹ بیمارستان دانشگاهی و ۲ بیمارستان تامین اجتماعی بررسی شدند. نتایج نشان داد پس از یکسال از اجرای طرح میزان سزارین به ترتیب در بیمارستانهای دانشگاهی و تامین اجتماعی به مقدار ۱۰٪ و ۱۵,۷٪ نسبت به قبل کاهش داشته است. همچنین قبل از اجرای طرح میانگین درصد پرداخت از جیب مادر بستری ۱۶,۵٪ بود که پس از اجرای طرح به ۴,۳٪ رسید. با وجود این هنوز میزان سزارین در استان کردستان بالاتر از استاندارد جهانی می باشد (۶).

در همین راستا افشاری و همکاران پژوهشی جهت بررسی تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر میزان سزارین در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام دادند. این پژوهش نشانگر آن بود که اجرای طرح تحول نظام سلامت به طور متوسط منجر به کاهش نرخ سزارین به میزان ۱۲,۵ درصد در بیمارستانهای مذکور شده است. نرخ این تغییرات در بیمارستانهای مختلف متفاوت بود طوری که بیشترین تغییرات در بیمارستان الزهرا (س) مشاهده شد که معادل با ۲۳ درصد کاهش نسبت به سال گذشته بود.

افشاری می نویسد سیاستگذاری مناسب و نظارت بر حسن اجرای آن تاثیر قابل توجهی برای رسیدن به اهداف سلامت دارد به طوری که اجرای طرح تحول توانسته گام بزرگی در جهت بهبود میزان زایمان طبیعی و کاهش سزارین بردارد

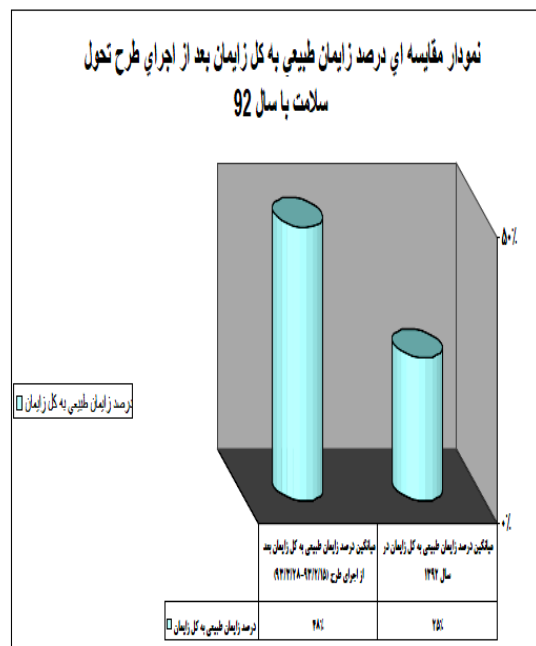
نمودارهای درصد زایمان طبیعی، سزارین و اشغال تخت



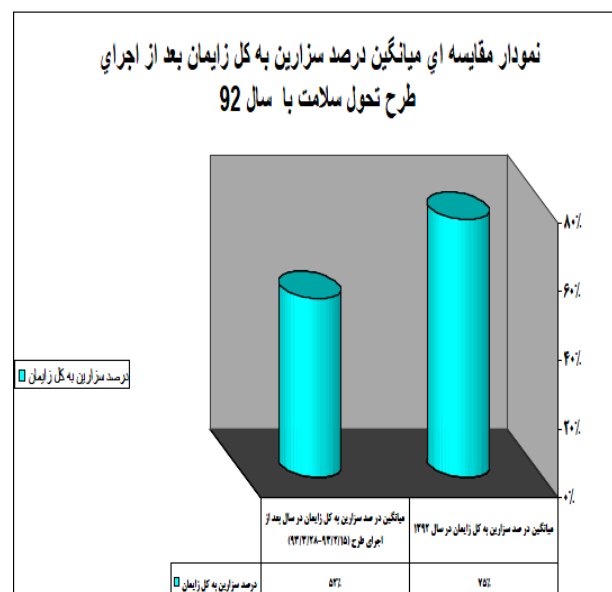
این نمودار افزایش ۱۰ درصدی اشغال تخت های بیمارستان پس از اجرای طرح را نشان می دهد (۹).

همانطور در همه پژوهش های انجام شده ملاحظه می گردد پس از اجرای طرح، میزان زایمان طبیعی افزایش و میزان سزارین کاهش داشته است که در برخی از پژوهشها این کاهش با هدف طرح تحول یعنی کاهش ۱۰ درصدی سزارین منطبق بوده و برخی دیگر به این هدف نرسیده اند.

اما مطالعه صیدالی و نمازی که در بیمارستان نظام مافی شوش استان خوزستان انجام گردیده با رویکرد دیگری به این منظر نگریسته است. در این مطالعه اندیکاسیون های سزارین قبل و بعد از اجرای طرح مقایسه شده اند. طبق نتایج به دست آمده اندیکاسیون هایی مانند سزارین قبلی و علل نامعلوم در سال ۹۳ افزایش داشته ($p < 0.05$) و سزارین به علت عدم تطابق سر جنین و لگن، دفع مکنونیم، سایر علل و تعداد کل سزارین در سال ۹۳ کاهش داشته است ($P < 0.05$). در سایر اندیکاسیون ها تغییرات معنی دار آماری دیده نشد (جدول ۱) (۴).



این نمودار نشان میدهد که با اجرای طرح تحول میزان زایمان طبیعی از ۲۵٪ به ۴۸٪ رسیده است.



نمودار فوق بیانگر آن است که میزان سزارین از ۷۵٪ به ۵۲٪ کاهش یافته است.

جدول ۱. توزیع افراد مورد بررسی برحسب اندیکاسیون‌های سزارین قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در زنان مراجعه کننده به بیمارستان نظام مافی شوش ۱۳۹۳-۱۳۹۲.

اندیکاسیون‌های سزارین	سال ۹۲	سال ۹۳	p-value
سزارین به دلخواه	۹(۱/۱۵)	۱۰(۱/۳۰)	۰/۵۶
سزارین قبلی	۳۰۳(۳۵/۸۰)	۳۹۳(۵۲/۵۰)	۰/۰۵
نمایش غیرطبیعی جنین	۳۵(۴/۱۳)	۴۸(۶/۴۰)	۰/۶۸
دیسترس جنینی	۲۱(۲/۵۰)	۴۷(۶/۳۰)	۰/۱۰
عدم تطابق سرجنین و لگن	۱۹۱(۲۲/۶۰)	۶۲(۸/۳۰)	۰/۰۴
عدم پیشرفت	۳۲(۳/۸۵)	۳۲(۴/۳۰)	۱
چند قلوبی	۹(۱/۱۵)	۱۲(۱/۶۰)	۰/۶۱
حاملگی پس از موعد	۲(۰/۲۵)	۰(۰/۰)	۰/۱۳
جفت سر راهی	۲(۰/۲۵)	۰(۰/۰)	۰/۱۳
دکولمان	۱۲(۱/۴۲)	۵(۰/۷۰)	۰/۳۴
دفع مکونیوم	۳۸(۴/۵۰)	۲۰(۲/۷۰)	۰/۰۴
نامعلوم	۸(۱/۵۰)	۳۶(۴/۸۰)	۰/۰۱
سایر علل	۱۸۵(۲۱/۹۰)	۸۳(۱۱/۱۰)	۰/۰۰۴
مجموع سزارین	۸۴۷(۴۹/۵۶)	۷۴۸(۳۲/۱۰)	۰/۰۲

زایمان سزارین در ایران نه تنها از متوسط جهانی، بلکه نسبت به خیلی از کشورهای منطقه و در حال توسعه می باشد، با توجه به اینکه دولت و وزارت بهداشت توانستند هزینه های زایمانی را رایگان نمایند، اما موفق به افزایش قابل توجهی در آمار تعداد زایمان های طبیعی نسبت به قبل از اجرای برنامه های تحول نشده اند و می بایست در این رابطه برنامه ریزی بیشتری نماید (۱۰).

از بین پژوهش های موجود تنها یک مطالعه به بررسی ارزیابی بسته ی ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه ذینفعان در سال ۱۳۹۴ در کردستان پرداخته بود.

منظور از ذینفعان ارائه دهندگان خدمت شامل ماماها، متخصصین زنان و زایمان و بیهوشی و گیرندگان خدمت زنان دارای زایمان طبیعی می باشند. ارائه دهندگان خدمت شامل ۷۳ نفر و گیرندگان خدمت ۱۰۴ نفر از ۵ بیمارستان در سطح استان انتخاب شدند.

نتایج این مطالعه این ذهنیت را ایجاد می کند که اندیکاسیون های نسبی سزارین و موارد پرخطری که نیاز به مراقبت و مانیتورینگ بیشتر داشتند و در گذشته سزارین می شدند، اکنون مورد نظارت دقیق تر قرار گرفته و بلافاصله تصمیم ختم بارداری به واسطه سزارین برای آنها گرفته نمی شود. در عوض مواردی که به دلیل خواست بیمار و شاید بدون داشتن اندیکاسیون مورد سزارین قرار می گیرند به عنوان سزارین با علت نامشخص درج می گردند (۹).

همچنین گودرزی و همکاران پژوهشی با عنوان طرح تحول نظام سلامت با تاکید بر برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام دادند. در این پژوهش از مجموع ابعاد برنامه ترویج زایمان طبیعی، همه ابعاد مورد بررسی وضعیت نسبتاً مناسبی را داشته اند. با توجه به اینکه به طور کلی تمام شواهد، گواه بالا بودن

سایرین از اجرای طرح رضایت داشتند که بیشترین دلیل رضایت افزایش درآمد و مهمترین دلیل عدم رضایت بسته شدن مطب بود. اما در مورد پرستاران مهمترین دلیل عدم رضایت میزان درآمد آنها بود (۱۲).

رزم آرا فرزقی وهمکاران (۱۳۹۴) نیز از نظر تاثیر این طرح در نظام آموزشی نقاط قوت و ضعف طرح را به شرح ذیل مطرح نموده اند:

نقاط قوت:

اجرای این طرح با افزایش رضایتمندی از نظام سلامت در بین تمامی اقشار جامعه همراه بوده، که البته علاوه بر آن سایر اجزا نظام سلامت همچون حوزه بهداشت و آموزش پزشکی نیز متأثر شده اند

استفاده از نیروی هیأت علمی متخصص در هم در ابعاد درمانی و هم در ابعاد آموزشی و نتیجه آن توزیع عادلانه تر نیروی انسانی و تجهیزات پزشکی در سراسر کشور به ویژه نقاط کمتر برخوردار حاصل شده است.

نقاط ضعف:

درگیری بیش از حد اعضا هیأت علمی در فرایند درمان و غفلت از آموزش پزشکی و همچنین متأثر شدن برنامه های آموزشی از سیاست گذاری در بخش درمان (به ویژه هنگامی که بدون در نظر گرفتن جنبه های آموزشی آن اجرا گردند) از مهم ترین این موارد می باشند.

در طرح اولیه وزارت بهداشت در خصوص تأثیرات اجرا این طرح بر فرآیندهای آموزشی نکته مشخصی ذکر نشده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۸۷,۵ درصد مادران از رایگان بودن زایمان در این بیمارستان ها مطلع بودند که این اطلاعات توسط پرسنل مراکز بهداشتی درمانی در اختیار آنها قرار داده شده بود. همچنین ۷۷,۷ درصد از این تعداد به دلیل آموزشهایی که در مراکز بهداشتی و یا بیمارستانها گرفته بودند زایمان طبیعی را انتخاب کردند. همچنین ۶۰,۶ درصد اظهار داشتند رایگان بودن زایمان طبیعی در انتخاب آنها تاثیر داشته است. در مورد ارائه دهندگان خدمت ۴۱,۹ درصد معتقد بودند که نقطه قوت بسته دیده شدن منافع تمام ذینفعان است و ۲۰,۵ درصد بر این عقیده بودند که نقطه قوتی وجود ندارد. ۳۹,۷ درصد زیاد شدن عوارض زایمانی به علت تاکید بیش از حد به زایمان طبیعی را از نقاط ضعف طرح ذکر نمودند و ۲,۷ درصد معتقد بودند نقطه ضعفی وجود ندارد. بر اساس نتایج این پژوهش میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت از بسته اختلاف معنی داری داشت. به طوریکه میزان رضایت از تعرفه ها در متخصصین زنان و زایمان نسبت به ماماها بالاتر بود و به دنبال آن میزان انگیزه برای ترغیب به زایمان طبیعی در متخصصین بالاتر از ماماها بود. نویسندگان این مقاله پیشنهاد کرده اند با توجه به نقش مهم ماماها در امر زایمان طبیعی و ارتباط بسیار زیاد آنها با مادران، لازم است بیشتر مورد توجه قرار گیرند. تامین نیاز های مالی ماماها، توجه به کارکنان بهداشتی که در ترغیب مادران به زایمان طبیعی نقش بسزایی دارند و کاهش نرخ سزارین در بازه زمانی طولانی از نکاتی است که در مقاله مد نظر قرار گرفته است (۱۱).

سومین گزارش پیمایش های ارزیابی طرح تحول سلامت که در سال ۹۳ انجام شده بود بر مبنای رضایت بیماران، پزشکان و پرستاران بد که در این میان پزشکان بیش از

تخصصی، وظایف مربوط به مراقبت و هماهنگی تخصص ها را برعهده دارند. این نواحی امور مالی بیمارستان ها را مدیریت می کنند و اکثریت خدمات ارائه شده توسط پزشکان عمومی در دفاتر خصوصی، فیزیوتراپیست ها، دندانپزشکان و داروسازان را نظارت می کنند. شهرداری ها مسئول تامین مالی و ارائه مراقبت های پرستاری، پرستاران خانگی، مراقبین بهداشتی، برخی از خدمات دندانپزشکی، خدمات بهداشتی مدرسه، مراقبت در منزل و درمان سوء مصرف مواد مخدر و الکل هستند. شهرداری ها همچنین مسئولیت پیشگیری و توانبخشی عمومی را بر عهده دارند. نواحی مسئول توانبخشی تخصصی هستند.

همه ساکنان ثبت شده در دانمارک به طور خودکار حق بیمه بهداشت عمومی را دارند. در اصل، مهاجران و مراجعین ثبت نشده تحت پوشش قرار نمی گیرند، اما برخی از پزشکان دانمارکی با ابتکار عملی داوطلبانه و خصوصی، که توسط صلیب سرخ دانمارک جهت کمک به پناهجویان دانمارک پشتیبانی می شود، این جمعیت را برای دسترسی به مراقبت ها تحت پوشش قرار می دهند.

مراقبت های بهداشتی تحت پوشش دولت: تمام مراقبت های اولیه، تخصصی، بیمارستان و مراقبت های پیشگیرانه را پوشش می دهد، همچنین خدمات سلامت روانی و مراقبت های طولانی مدت از بیماریهای مزمن را پوشش می دهد. خدمات دندانپزشکی به طور کامل برای کودکان زیر ۱۸ سال تحت پوشش قرار می گیرند. داروهای تجویزی سرپایی، مراقبتهای دندانپزشکی بالغین، فیزیوتراپی و خدمات اپتومتری، یارانه می گیرند. در صورت نیاز به پرداخت هزینه توسط بیماران، این مبلغ با توجه به میزان -

آموزش محوری، عدم وجود هیأت علمی کافی در بسیاری از شهرهای دارای دانشگاه های علوم پزشکی، عدم وجود یک برنامه مدون کشوری مشخص جهت آموزش در سراسر و همچنین عدم تطابق آموزش ارائه شده با نیازهای روز بهداشتی کشور را اشاره کرد.

از طرفی دیگر با شروع طرح تحول بار کاری حوزه درمانی در بیمارستان ها به طور قابل ملاحظه افزایش پیدا کرده که این موضوع به شکل غیرمستقیم کار آموزشی بیمارستانها (با توجه به درگیری هرچه بیشتر اعضا هیئت علمی در این حیطه) را تحت تأثیر قرار داده است. لذا در ابتدا اجرا طرح با مراجعه حجم بالایی از بیماران جهت استفاده از تسهیلات این طرح مواجه شده که این مهم بی شک سطح کیفی آموزش پزشکی را در تمامی ابعاد متأثر کرده است (۳).

در انتها به وضعیت سیستم سلامت در کشور دانمارک و غنا می پردازیم:

دسترسی همه افراد به مراقبت های بهداشتی، اصل اساسی در قانون بهداشت دانمارک است و دولت برای ارتقاء سلامت مردم و پیشگیری از بیماری ها، رنج ها و ناتوانی ها مسئول است. از اصول دیگر اطمینان از: کیفیت بالای مراقبت، دسترسی آسان و برابر به مراقبت ها، ادغام خدمات، شفافیت در ارائه خدمات، دسترسی به اطلاعات، و انتظار کوتاه مدت برای دریافت مراقبت می باشد. در این قانون مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی بر عهده مناطق و شهرداری ها است. دولت ملی چارچوب قانونی برای خدمات بهداشتی را تنظیم می کند و مسئول برنامه ریزی و نظارت عمومی است.

پنج ناحیه اداری که توسط شوراهای منتخب دموکراتیک اداره می شوند، مسئولیت برنامه ریزی و تحویل خدمات

بسته های ارتقاء سلامت اداره بهداشت دانمارک مسئول انتقال اطلاعات به مردم و مقامات در مورد وضعیت سلامت جمعیت دانمارک، عوامل خطرزای مرتبط با سلامتی و جلوگیری از شیوه زندگی ناسالم است برای این منظور اداره بهداشت دانمارک مواد آموزشی مفصل را توسعه داده است، کمپین های اطلاعاتی را راه اندازی کرده و راهنمایی های فنی در مورد تعدادی از عوامل خطر را ارائه می دهد. ۱۱ اصطلاح بسته های ارتقاء سلامت در سال های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ برای کمک به تصمیم گیرندگان و متخصصان مراقبت های بهداشتی در تعیین اولویت ها در هنگام برنامه ریزی و سازماندهی تلاش های ارتقاء سلامتی در سطح محلی منتشر شد. این بسته ها حاوی توصیه هایی بر اساس دانش علمی برای حمایت از کار پیشگیرانه شهرداری ها هستند. پیاده سازی بسته ها توسط مرکز پیشگیری عملی ایجاد شده توسط دولت محلی دانمارک، انجمن ملی شهرداری ها پشتیبانی می شود. هر بسته ارتقای سلامت شامل توصیه های سطح پایه و شاخص های عملکرد برای چهار حوزه فعالیت می باشد:

- چارچوب (برنامه ها و سیاست ها در سطح شهرداری)
- ابتکارات (مشاوره، آموزش، درمان)
- اطلاعات و آموزش (اطلاعات، بازاریابی خدمات پیشگیرانه محلی، حمایت از ابتکارات ملی / مرکزی)
- تشخیص زودهنگام (غربالگری و تشخیص زودهنگام عوامل خطر) (۱۳).

در حال حاضر والدین پس از تولد کودکشان می توانند از ۲۵ هفته مرخصی با حقوق استفاده کنند. قانون کلی این است که مادر حق ۴ هفته مرخصی را قبل از تولد کودک و

درآمد و پس اندازهای افراد تعیین می گردد. وابستگان بیماران صعب العلاج می توانند برای رسیدگی به بیمارشان تا ۹ ماه مرخصی با حقوق از محل کارشان دریافت کنند.

مسئولیت مراقبت های مزمن بین بیمارستان های منطقه ای، پزشکان عمومی و ارائه دهندگان خدمات شهری و محلی مبتنی بر شهریه است. مراقبت های مزمن در بیمارستان بر اساس همان خدمات بیمارستان های دیگر تامین می شود. مراقبت دراز مدت در خارج از بیمارستان ها مبتنی بر نیاز است و توسط شهرداری ها سازمان یافته و تأمین می شود. اکثر مراقبت های درازمدت در منزل مطابق با یک ابتکار عمل سیاسی است تا افراد بتوانند تا زمانی که ممکن است در خانه باقی بمانند. مراقبت در منزل پس از ارجاع پزشکی به طور کامل تامین می شود. مراقبت در منزل دائمی رایگان است. مراقبت های کوتاه مدت در منزل می تواند بر اساس درآمد افراد تعیین گردد.

دولت دانمارک و مدیریت نواحی موافقت کرده اند که یک طرح مدیریت کیفیت جدید برای بیمارستان ها در سال ۲۰۱۷ برای جایگزینی مدل مبتنی بر اعتباربخشی موجود اجرا کنند. طرح جدید شامل مجموعه ای از شاخص های ملی است که سالانه منتشر می شود و اجازه می دهد که بیشتر مناطق و بیمارستان ها در ایجاد روال و استانداردهای کیفیت داخلی خود، آزادی بیشتری داشته باشند. این مدل جدید، اطلاعات را از متخصصان بهداشت و بیمارستان ها می گیرد که طرح مبتنی بر اعتباربخشی را بیش از حد سنگین و غیر قابل انعطاف می دانند. طرح جدید که قابلیت انعطاف بیشتری دارد بر اساس ایده هایی از فرهنگ بهبود دائمی و مراقبت های بهداشتی مبتنی بر ارزش است. طرح مبتنی بر اعتباربخشی موجود برای مراقبت های اولیه و شهرداری ها ادامه خواهد یافت.

اما در کشورهای آفریقایی مرگ و میر بسیار بالاست. در غنا در سال ۲۰۱۳ این میزان به ۳۸۰ مرگ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده رسید. پژوهشها نشان داده است که ارائه خدمات حرفه ای مامایی می تواند تا حد زیادی مرگ و میر را کاهش دهد. در سال ۲۰۱۰ تنها ۶۸٪ مادران با حضور مامای حرفه ای زایمان کرده بودند. در سال ۲۰۰۵ سرویس بهداشتی غنا یک استراتژی پایلوت اجرا کرد که شامل استفاده از برنامه خدمات و سلامت مبتنی بر جامعه (CHPS) و برنامه آموزش مراقبین سلامت جامعه (CHOs) به عنوان ماما برای پوشش فاصله موجود در خدمت رسانی حرفه ای در مناطق روستایی بود. نتایج یک پژوهش نشانگر آن است که: ماماهاى CHO خدمات یکپارچه ای را فراهم کردند که شامل زایمان حرفه ای در مناطق CHPS می شد. ماماها با سازمانهای مردم نهاد برای عرضه خدمت زایمان حرفه ای مشارکت کردند. آنها زنان باردار پر خطر را به بیمارستانهای مشخص و مراکز بهداشتی برای مراقبت ارجاع می دادند و بدینوسیله پیشرفتی در سیستم ارجاع در اینجا مشاهده شد. ذینفعان گزارش کردند که افراد جامعه به خدمات زایمان حرفه ای، آموزش سلامت، مراقبتهای قبل و بعد از تولد در مناطق روستایی دسترسی دارند. برای ماماهاى CHO انگیزه های مالی و غیر مالی برای دستیابی به حداکثر عملکرد بهینه فراهم شد. چالش اولیه که باقی ماند شامل مامای ناکافی، حمل و نقل ضعیف و ضعف فرا سازمانی بود (۱۵).

و ۱۴ هفته بعد از زایمان را دارد. پدر کودک می تواند ۲ هفته مرخصی در طی ۱۴ هفته اول تولد کودک را داشته باشد. سپس ۳۲ هفته دیگر را پدر و مادر می توانند تصمیم بگیرند که کدامیک از مرخصی استفاده کنند. آنها می توانند از این زمان به نوبت و یا همزمان با یکدیگر استفاده کنند. اگر یکی از والدین در سوئد کار می کند آنها می توانند به طور همزمان ۳۰ روز مرخصی داشته باشند که این زمان مجزا از ۲ هفته مرخصی پدر است.

لازم به ذکر است که مرگ و میر مادری در این کشور ۶ در صد هزار گزارش شده است.

شرکت فیلیپس با همکاری بیمارستان Nordsjællands و Wave care ApS یک مفهوم نوآورانه را ایجاد کرده است که در آن تونهای تسکین دهنده، تغییر رنگ و تصویر بر روی دیوار محیط آرام و حساس را برای مادران، خانواده ها و کارکنان پزشکی ایجاد می کنند. بخش زایمان در بیمارستان Nordsjællands امروزه دو تاسیسات جدید نامیده شده به نام "اتاق های تولد حساس" را باز کرده است. در آینده، آنها برای انجام زایمان مورد استفاده قرار می گیرند. این اتاق که می تواند در یک لحظه از یک اتاق زایمان معمولی به اتاق حسی تغییر داده شود، تصاویر، نور و صدا با هم برای ایجاد محیط آرامش بخش و محرک وجود دارند.

این تمهیدات شامل یک برنامه ویژه صوتی و تصویری در نظر گرفته شده برای حمایت از ریتم تنفس زن در مراحل لیبر است. همچنین ریتم جنبشی را نشان می دهد که به صورت بصری در پانل پارچه متحرک بزرگ و از طریق نور و صدا در اتاق نمایش داده می شود (۱۳).

- ۱- حیدریان ن، وحدت ش. تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر پرداخت از جیب بیماران در بیمارستان های دولتی منتخب شهر اصفهان. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴ ۱۳ (۳): ۱۸۷-۱۹۴.
- ۲- زندیان ح، تورانی س، مرادی ف، ظهیریان مقدم ت. تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر شیوع و هزینه های زایمان طبیعی و سزارین. نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. ۱۳۹۶. ۴، ۱۶. صفحات ۴۱۹-۴۱۱).
- ۳- رزم آرا فرزقی هادی، رزم آرا فرزقی مهدی، جوادی نیا سید علیرضا. طرح تحول نظام سلامت و آموزش پزشکی؛ لزوم ارائه پیوست آموزشی. گام های توسعه در آموزش پزشکی مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی. ۱۳۹۴ □ ۱۲ (۵): ۷۸۹-۷۹۰.
- ۴- صیدالی ا، نمازی ن. بررسی تغییرات اندیکاسیون های سزارین قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان نظام مافی شوش استان خوزستان، پژوهنده. ۱۳۹۴ □ ۲۰، ۶. ۳۱۹-۳۱۵.
- ۵- سایت وزارت بهداشت: www.behdasht.gov.ir
- ۶- پیروزی ب، مرادی ق، اسماعیل نسب ن، قصری ه، فرشادی ص ا، فرهادی فر ف، بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر میزان سزارین و میانگین هزینه پرداخت شده توسط مادران؛ مورد مطالعه ی ۱۳۹۲-۹۴ استان کردستان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). ۱۳۹۵. ۲۲ (۳)، ۲۴۴-۲۴۵.
- ۷- افشاری سمیه، ابراهیم زاده جوادی، یادگارفر قاسم، سلیمانی فرزاد. تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر میزان سزارین در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. چکیده مقالات همایش بین المللی تحول پایدار در نظام سلامت ۷-۵ اسفند ۱۳۹۳.
- ۸- زارعی ا، مجیدی س، انیسی س، بای و. میزان دستیابی به اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی طرح تحول سلامت: مطالعه موردی در یک بیمارستان بزرگ عمومی شهر تهران.
- ۹- بیمارستان ثارالله استان البرز. <http://www.abzums.ac.ir>
- ۱۰- گودرزی ل، خیری ف، مشکینی ع، خاکی ا. طرح تحول نظام سلامت با تاکید بر برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور. همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت. ۱۳۹۴ ۱۵ تا ۱۶ اردیبهشت. تهران.
- WWW.healhtgov11.ir
- ۱۱- مرادی ق، فرهادی فر ف، پیروزی ب، محمدی بلبل آباد ا. ارزیابی بسته ی ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه ذینفعان کردستان، ۱۳۹۴. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم. ۱۳۹۵. ۲، ۱۹ (۷۳). ۱۱۰-۱۰۳.
- ۱۲- سومین گزارش پیمایش های ارزیابی طرح تحول سلامت که در سال ۱۳۹۳.
- <http://nihr.tums.ac.ir/wp-content/uploads/2015/04/Satisfaction-3.pdf>
- 13- Health care in Denmark An overview 2017- The Ministry of Health
<http://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>
- 14- Improving the Quality of Care for Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescence Health in the WHO European Region.(A Regional Framework to Support the Implementation of Health 2020)
- 15- Sakeah e, Mccloskey l, Yeboah-antwi k, Mills s, Doctor h. Can community health officer- mid-wives effectively integrate skilled birth attendance in the community –based health planning and services program in rural Ghana. Reprod Health. 2014.

به بهانه سیل....

آسیب پذیری خاص زنان میشود. این در حالیست که برخی عوامل بیولوژیکی، مانند حاملگی و شیردهی، آسیب پذیری زنان را افزایش میدهد. یکی از حیطه های رشته سلامت باروری، حفظ و ارتقا سلامت باروری زنان حین بلایاست که عرصه پرسش گری چندی از محققین این رشته قرار گرفته است. از این دست میتوان به پایان نامه سرکار خانم دکتر رحمانی فارغ التحصیل دوره دکتری سلامت باروری دانشگاه تربیت مدرس اشاره نمود که به خلاصه ای از تحقیق ایشان بسنده می کنم تا راهگشای مدیران در این حوزه باشد.

در بحبوه بحران ها، جنسیت در آسیب پذیری پس از سانحه جایگاهی مهم دارد، زیرا زنان بیش از مردان در معرض آسیبهای مختلف قرار میگیرند. تحقیقات نشان میدهد زنان به سبب طیفی از عوامل که بیانگر روندهای بنیادین اجتماعی است، مستعد آسیب اند. شاید زن بودن به خودی خود آسیب پذیری خاصی ایجاد نکند، اما این روندهای بنیادین اجتماعی و آن ساختارهای مشکل دار گذشته موجب

خلاصه رساله "بررسی وضعیت بهداشت باروری زنان در بلایا و ارائه راهکارهای ارتقاء

دهنده آن: یک مطالعه ترکیبی

به نگارش رقیه رحمانی بیلندی " دکتری تخصصی رشته بهداشت باروری دانشگاه تربیت مدرس "

با راهنمایی دکتر فریده خلیج آبادی فراهانی و دکتر فضل ا... احمدی

چکیده

مقدمه: بروز بلایا در جهان در حال افزایش است و در جریان این رخدادها زنان بیش از سایر گروه ها دچار آسیب می شوند. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت بهداشت باروری زنان در زمان رخداد بلایا و تبیین درک آنها از وضعیت موجود و ارائه راهبردهای ارتقاء سلامت باروری در بلایا انجام شد.

روش پژوهش: این مطالعه، دو مرحله ای با رویکرد ترکیبی با طرح متوالی توضیحی از نوع پیگیری انجام شد. ابتدا مطالعه کمی از نوع مقطعی، با هدف تعیین وضعیت بهداشت باروری بر روی ۲۰۴ خانم مناطق زلزله زده شهر زهان واقع در استان خراسان جنوبی با استفاده از روش سرشماری و تکمیل پرسشنامه بومی سازی شده و استفاده از آمار توصیفی انجام شد. مرحله دوم، یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوی با هدف تبیین درک زنان از شایع ترین نیاز بهداشت باروری بود. مصاحبه های عمیق با ۲۷ نفر از زنان و پرسنل ارائه دهنده خدمت که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند، صورت گرفت. با ترکیب داده های دو مرحله کمی و کیفی، مروری بر متون و استفاده از شیوه گروه اسمی، راهبردهای مناسب جهت رفع شایع ترین نیاز بهداشت باروری زنان ارائه شد.

یافته ها: نیازهای بهداشت باروری به ترتیب عبارتند از: نیاز به خدمات پزشکی (۷۵٫۵٪)، نیاز به پوشاک (۵۸٫۸٪)، تغذیه (۵۶٫۹٪)، خدمات حمل و نقل (۵۴٫۴٪) و شایعترین عامل استرس، احساس در خطر بودن زندگی (۹۴٫۶٪) بود. نتایج بخش کیفی در ارتباط با شایعترین نیاز، شامل: نبود منابع انسانی کارآمد در تیم مستقر، سخت بودن بار خدمت برای نیروها، اصلاح سیستم مدیریتی ارائه خدمات، رهایی درمان در سیستم غیر پاسخگو، تهدیدات و آشفتگی های فردی، تابوهای فرهنگی و باورهای بومی بازدارنده در بلایا و شکایات تشدید شده قاعدگی زنان بود. نتایج بخش گروه های اسمی عبارت از: گنجاندن واحد بهداشت باروری در بلایا در رشته های علوم پزشکی، آموزش و جذب نیروی بومی، ارائه خدمات با رویکرد ادغام و تهیه پروتکلی بر اساس پژوهش های انجام شده در ایران بود.

نتیجه گیری: زنان جهت دریافت شایعترین نیاز بهداشت باروری در طیف وسیعی از خدمات ارائه شده در مناطق زلزله زده، باورها و شرایط فرهنگی و بومی منطقه خود قرار می گیرند. از این رو با استفاده از نتایج این مطالعه و براساس راهبردهای ارائه شده در راستای مرتفع نمودن نیاز به خدمات پزشکی که شایعترین نیاز زنان بوده است، می توان اقداماتی در ابعاد مختلف آموزشی، بهداشتی و قوانین کشوری در راستای ارتقاء سلامت زنان در بحران انجام داد.

کلمات کلیدی: زنان، بهداشت باروری، بلایا، مطالعه ترکیبی

برنامه ملی پاسخ نظام سلامت

در بلایا و فوریت ها

کشور عزیز ایران اسامی همواره متاثر از حوادث و بلایایی طبیعی و انسان ساخت بوده و به عنوان یکی از آسیب پذیرترین کشورها از نظر انواع حوادث در جهان مطرح می باشد. این امر به دلیل موقعیت جغرافیایی و آسیب پذیری بالای سازه ای و غیر سازه ای در کشور بوده که منجر به از بین رفتن جان انسان ها و مشکلات و صدمات متعدد به دنبال وقوع یک حادثه طبیعی می باشد. لذا ضرورت برنامه ریزی، آمادگی و پاسخ در مقابل حوادث و بلایا امری حتمی می باشد.

کتاب حاضر با عنوان برنامه عملیات پاسخ نظام سلامت به بلایا و فوریت ها (EOP) متعاقب تدوین نسخه اول که با تمرکز بر حوزه بهداشت بود، با هماهنگی کمیته های بهداشت و درمان کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه و با حمایت فنی دفتر مدیریت خطر بلایای معاونت محترم بهداشت و مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی تدوین شده است. این برنامه نشان دهنده اهمیت تعامل هر چه نزدیکتر حوزه های بهداشت و درمان در امر آمادگی و پاسخگویی به حوادث و بلایا است. از دانشگاه های علوم پزشکی کشور انتظار می رود تا نسبت به استقرار برنامه در حوزه های ستادی و محیطی همت لازم را مبذول دارند و آنرا مبنای آموزش و تمرین تیم های عملیاتی قرار دهند. بدیهی است که موفقیت این برنامه در طی زمان، نیازمند بازبینی منظم و منسجم بطور سالانه است.

بخش بهداشت باروری

مقدمه

رفتارها و ارتباط های جنسی و اجتماعی که بر روی سامتی مؤثر است، تمرکز دارد. این امر مشمول هر دو گروه مردان و زنان می شود. پیش از این بهداشت باروری فقط به زایمان زنان در سنین باروری می پرداخت. لازم است که در این مقوله، مفهوم ارتباط بین زنان و مردان، عوامل اجتماعی و حتی رفتارهای جنسی که متأثر از عوامل پیچیده زیستی، فرهنگی و روانی هستند، مورد توجه قرار گیرد. با وجود نیازهای متفاوت زنان و مردان، سلامت عمومی همیشه منعکس کننده زندگی بارور آنهاست. از این رو نیازهای باروری همواره استمرار مراقبت را طلب می کند تا بتواند نیازهای سلامتی را در طول زندگی فراهم نماید. بهداشت باروری خوب از دوران کودکی شروع می شود. تغذیه و فعالیت فیزیکی، پرهیز از اعمال خشونت های ناشی از باورهای غلط فرهنگی، شرایط روانی دور از تنش و سالم سازی محیط اجتماعی تأثیرات مثبت بر روند باروری سالم دارد.

بلایا وقایعی هستند که در اثر رخداد های طبیعی و انسانی بوجود می آید و علت ایجاد مصائبی است که از ظرفیت تطبیق جامعه فراتر می باشد. اکثر مرگ و میرهای ناشی از بلایا دراصل بازتاب کمبود نیازهای ضروری مردم برای ادامه زندگی است. حتی در شرایط ثبات، مرگ و میر و عوارض ناشی از باروری بزرگترین مشکل است.

بررسی ها نشان میدهد که از کل بار بیماریها در کشورهای در حال توسعه، حدود ۳۶ درصد در میان زنان در سنین باروری است. این میزان در مردان ۱۲٫۵ درصد است. سه گروه از بیماریهایی که موجد این بار بیماری است عبارتند از: مرگ ها و ناتوانی های مرتبط با بارداری، عفونت های آمیزشی و عفونت HIV.

بهداشت باروری فراتر از پرداختن به موضوعات مرتبط با دستگاه تناسلی و تولید مثل است. بهداشت باروری بر نقش

روانشناختی می تواند گروه های آسیب پذیر را در معرض صدمات جبران ناپذیر قرار دهد. از این رو هر گونه ناکارآمدی در عرضه خدمات ممکن است نسلهای آینده را نیز به خطر اندازد.

بیانیه هدف

کاهش عوارض ناشی از بلایا موضوع بهداشت عمومی است و نیازمند آن است که در هسته فعالیت ها و عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. بلایا از راههای مختلف بر سلامت تأثیر می گذارد، این راهها شامل صدمات و جراحات آبی و مرگ، انتقال بیماریها، وقفه در ارایه خدمات، وخامت وضعیت بهداشت و سلامت محیط، آسیب های روانی و کمبود آب و غذا.

در این شرایط، گروه هایی که شدیداً در معرض خطر هستند مانند زنان، کودکان، سالمندان، معلولان و حتی مردمی که در بیمارستان یا زندان به سر می برند، نیاز به توجه بیشتر دارند. با توجه به اهمیت بهداشت باروری و برای کاهش عوارض ناشی از سقط غیر ایمن، خشونت های جنسی، بیماریهای مقاربتی و ایدز، بیماریهای شایع کودکان، بیماریهای نوجوانان و جوانان، بیماریهای سالمندان، بیماریهای مردان، بیماریهای دوران نوزادی، همچنین پیشگیری از بروز حاملگی ناخواسته، ازدواج اجباری و روابط جنسی در ازای دریافت غذا و سرپناه، تأمین خدمات زایمان ایمن. این برنامه با هدف کلی زیر تهیه شده است: " ارایه خدمات مطلوب و مناسب سلامت باروری و خانواده در بلایا "

اختیارات قانونی و برنامه های مرجع

□ قوانین مرجع ذکر شده در مبانی عملیات این برنامه
 □ قانون اساسی: اصل دهم (فصل اول)، اصل بیستم (فصل سوم)، اصل بیست و یکم (فصل سوم)، اصل بیست و نهم (فصل سوم، ماده دوازدهم)، اصل یکصد و چهل و هفتم (فصل نهم)، اصل یکصد و پنجاه و ششم (فصل یازدهم)، اصل سوم (ماده هشتم)
 □ دستورالعمل بهداشت باروری در بلایا، ترجمه دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه (MISP) بخش پیشگیری از افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان-

با توجه به نکات فوق بحث بهداشت باروری در بلایا بعنوان یکی از مسایل مهم مطرح شده است. بهداشت باروری و پنج محور اصلی آن شامل زنان باردار، باروری سالم و تنظیم خانواده، عفونتهای منتقله از راه تماس جنسی، ایدز و خشونتهای جنسی و آسیب های اجتماعی، سلامت کودکان، نوجوان، جوانان و میانسالان سالمندان، از بنیادی ترین عناصری هستند که در جریان بلایا به دلایل زیر دچار آسیب شده و عوارض متعدد کوتاه مدت و بلند مدت به همراه دارد:

□ به هم ریختن ساختارهای اجتماعی برای ارائه خدمات در منطقه آسیب دیده

□ آشفتگی های فردی و خانوادگی ناشی از حادثه

□ عدم دسترسی زنان و دختران به امکانات و وسایل بهداشتی اولیه

□ به هم خوردن نظم عمومی، کاهش امنیت اجتماعی و فردی و در نتیجه افزایش خطر خشونت های جنسی همچنین این شرایط معمولاً با کاهش ظرفیت پاسخگویی به نیازهای باروری زنان همراه است. در این صورت:

□ میزان باروری افزایش می یابد به طوری که زنان در معرض خطر افزایش حاملگی های با فاصله کم قرار می گیرند.

□ زوجین به خدمات باروری سالم و تنظیم خانواده دسترسی ندارند، بنابراین میزان بارداریهای بدون انتظار و از دست دادن جنین در شرایط نامطلوب افزایش می یابد.

□ تعداد زایمانهای غیر ایمن به دلیل نبود دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی افزایش می یابد.

□ استرس و سوء تغذیه سلامت زنان باردار و شیرده و کودکان را در معرض خطر قرار می دهد.

□ زنان باردار و شیرده حمایت روحی و روانی خود را از دست می دهند.

□ همچنین خطراتی مانند تغذیه ناکافی، عوارض بارداری، تولد نوزاد کم وزن، کاهش شیردهی و حتی مرگ مادر که زنان باردار و شیرده را تهدید می کند وجود دارد.

آمار بلایای طبیعی در کشور ایران با توجه به شرایط اقلیمی و موقعیت خاص جغرافیایی قابل توجه است. نداشتن دسترسی به خدمات به دلایل شرایط سنی، فیزیکی، فیزیولوژیکی و

مراقبت های معمول گروههای سنی تحت الشعاع قرار می گیرد. بنابراین اولویت بندی در ارائه خدمت و مراقبت را طلب می کند. به هنگام فاز حاد بحران به علت کمبود واحد مراقبت بهداشتی و کثرت جمعیت آسیب دیده، امکان ارائه خدمات جامع در بهداشت باروری وجود ندارد، تاکید سازمان بهداشت جهانی را یادآور می شود که در این فاز باید به ارائه "بسته حداقل خدمات" بسنده شود که به "بهداشت باروری" معروف است.

□ با توجه به این که مرگ و میر زنان در حوادث بعثت عوارض بارداری و زایمان افزایش می یابد، استرس جسمی و روانی ناشی از حادثه باعث افزایش بروز زایمان زودرس و عوارض آن در حوادث می گردد. وقوع بلایای طبیعی؛ ارتکاب تجاوز به عنف، استثمار جنسی و بروز رفتارهای پرخطر علیه زنان را افزایش می دهد بنابراین بایستی باید با همکاری سازمان ها و نهادهای ملی و بین المللی، با توانمندسازی زنان، این آثار زیان بار به حداقل برسد:

- بارداری های ناخواسته و افزایش تعداد کودکان زیر ۵ سال در سالهای بعد از وقوع یک حادثه غیرمترقبه منجر به افزایش نرخ مرگ و میر کودکان و سوءتغذیه می شود لذا تنظیم خانواده و سقط جنین های عمدی ناشی از این بارداری های ناخواسته در حوادث باید مورد توجه قرار گیرند.
- در نتیجه افزایش رفتارهای جنسی ناسالم و پرخطر، عدم درمان به موقع بیماران، گسترش اچ آی وی و بیماری مقاربتی رخ می دهد.
- بر اساس آمار موجود ۲۷٪ زنان و دختران در مناطق دچار حادثه شده مورد تجاوز جنسی قرار می گیرند، و در کشور ما نیز شواهدی مبنی بر وجود این مشکل وجود دارد لذا توجه به خشونت های جنسیتی در جریان حوادث از اهمیت بالایی برخوردار است.

□ حداقل بسته خدمتی بهداشت باروری یا (بخش برنامه نظارت بر خدمات جامع سلامت باروری و ادغام در خدمات اولیه بهداشتی)

شرح وضعیت

با توجه به آنکه این برنامه در سطح ملی تهیه می گردد، بدیهی است پس از ابلاغ این برنامه در سطح دانشگاه ها و شهرستان ها جزئیات مربوط محلی اضافه خواهد شد. این برنامه برای پاسخ به مخاطرات طبیعی و انسان ساخت چه آنها که به طور ناگهانی رخ میدهد (مانند زلزله، سیل، طوفان، آتشفشان، گردباد و سونامی) و چه مواردی که به طور تدریجی و کند منطقه ای را تحت تاثیر قرار می دهد (خشکسالی) تهیه شده است. البته آثار رخداد این مخاطرات بستگی به درجه شدت، طول مدت و وسعت منطقه تحت پوشش دارد. اصولی که باید در ارائه خدمات بهداشت باروری در بلایا در نظر گرفته شود، عبارتند از هماهنگی، کیفیت خدمات، ارتباطات اجتماعی، مداخلات جامعه محور، ظرفیت سازی فنی و مدیریتی، مسئولیت پذیری، حقوق انسانی و مدافعه.

در عملکردهای تخصصی انتظاراتی که از تیم ارایه دهنده خدمت وجود دارد به تفکیک بیان شده است. ملزومات مورد نظر برای جمعیت ۱۰۰۰۰ نفر به مدت ۳ ماه برآورد شده است که با توجه به ابعاد بلایا و جمعیت آسیب دیده قابل تغییر خواهد بود. به طور حتم فهرست ملزومات نشان دهنده نیازهای جمعیت بوده و تأمین آن در شرح وظیفه همکاران سلامت خانواده به تنهایی نیست. همراهی مدیریت سلامت خانواده با سایر اعضای واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا برای بازدید میدانی از نخستین دقایق وقوع بلایا به منظور بررسی وضعیت و جمع آوری اطلاعات و برنامه ریزی و مدیریت الزامی است. هماهنگی با حوزه درمان برای ارجاعات از سایر اقداماتی است که می بایست قبل از وقوع بلایا صورت بگیرد و هماهنگی و نظارت بر ارجاعات از مهمترین اقدامات زمان وقوع است. لازم به ذکر است فعالیتهای میدانی تعیین شده در این نسخه صرفاً برای پاسخ به نیازهای جمعیت در منطقه / مناطق آسیب دیده یا در معرض آسیب در زمان وقوع بلایا است. در بحران با توجه به اینکه امکانات و منابع دستخوش محدودیت می شود، طبیعتاً

توصیه میشود که در اولین ساعات و روزهای بعد از بحران، باید بسته حداقل خدمات بهداشت باروری را بدون انجام هر نوع بررسی وضعیت اجرا کرد و به محض این که شرایط به حالت پایدار رسید باید خدمات بهداشت باروری به صورت جامع ارائه شود. ...

ادامه این مطلب در شماره های بعدی دوفصلنامه

- نوجوانان به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروههای هدف با از دست دادن خانواده، مدرسه و دوستان خود در معرض خطر خودکشی، اعتیاد، قربانی خشونتهای جنسیتی واقع شدن، مورد سوءاستفاده قرار گرفتن توسط قاچاقچیان و افراد سودجو، نیاز به حمایت و مراقبت دارند.

بنابراین در خدمات بهداشت باروری که شامل چند اقدام اساسی و فعالیت استاندارد است و در اولین ساعات و روزهای فاز بحران اولویت دارند هماهنگی سازمانها و افراد برای اجرای بسته حداقل خدمات بهداشت باروری، پیشگیری از خشونت جنسی (تلاش برای کاهش خطر بروز خشونت جنسی از جمله برپایی چادرها در محل امن، قرار گرفتن توالتها و منابع آب در اماکن قابل دسترسی و امن، وجود نور کافی در شب، وجود کارمند زن در تیم های توزیع غذا و نام نویسی)، ارائه خدمات مناسب به افرادی که تحت خشونت قرار گرفته اند (روش پیشگیری اورژانسی از بارداری، درمان پیشگیرانه بیمار یهای مقاربتی، پیشگیری از مواجهه با اچ آی وی، واکسیناسیون هپاتیت B، کزاز و حمایتهای روانی)، کاهش انتقال اچ آی وی/ایدز از طریق رعایت دقیق اصول بین المللی پیشگیرانه، انتقال خون ایمن، پیشگیری از افزایش میزان مرگ و میر و بیمار یهای مادر و نوزاد (شامل بسته های زایمان تمیز، انجام زایمان توسط ماما در مرکز بهداشتی با فراهم آوردن کیت های زایمان ایمن، اقدامات لازم برای استقرار سیستم ارجاع)، برنامه ریزی برای ارائه خدمات بهداشت باروری در اولین فرصت و متشکل از جمع آوری اطلاعات زمینه ای در مورد مرگ و میر مادر و نوزاد، بیماریهای مقاربتی، اچ آی وی/ایدز، میزان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، تشخیص محل های مناسب برای ارائه خدمات جامع در آینده و برنامه ریزی برای آموزش یا بازآموزی کارکنان بهداشتی، سفارش دادن تجهیزات و وسایل مورد نیاز است.

در ابتدای بحران باید فردی با تجربه و لایق برای هماهنگی اجرای بسته حداقل خدمات بهداشتی، بهداشت باروری توسط سازمانی که پیشرو اجرای خدمات بهداشت باروری بوده و مورد قبول سایر سازمانهاست انتخاب شود.



زندگی درک همین اکنون است...

سرکار خانم دکتر لمیعیان هینت علمی گروه سلامت باروری و مایابی

زندگی شوق رسیدن به همان فردایی است که نخواهد آمد

خانم زهرا دانشفردا نشجوی دکتری سلامت باروری

تونه در دیروزی و نه در فردایی

مریم توقیری اصل دانشجوی دکتری سلامت باروری

طرف امروز پر از بودن توست.....

نیره رشودا نشجوی ارشد مایابی

دوستان عزیزمان زیننی شدنتان مبارک!

مشید قراکوز لودا نشجوی ارشد مایابی





Scientific Association of Reproductive Health and Midwifery

Vol 1, NO 1

۲۰۱۹

Journal of Reproductive Health

