

Mojgan Neinavaie^{1*}, Sedigheh Nasrollahi², Soheila Moghimi Hanjani²

1 Associate Professor,
Department of Midwifery,
Faculty of Nursing and
Midwifery, Karaj Branch,
Islamic Azad University,
Karaj, Iran

2 Instructor, Department of
Midwifery, Faculty of Nursing
and Midwifery, Karaj
Branch, Islamic Azad
University, Karaj, Iran

Study of Modern Midwifery- Maternal Health Services Management in Japan and Determine its Important Components

Received:3 Jun. 2017 ; Accepted:23 Oct. 2017

Abstract

Background: In 2010, the world's maternal mortality compared to 2000, forty-seven percent drop. Nevertheless the rate of maternal mortality in developing countries is still 15 times more than developed countries. Midwifery and maternity health care interventions can reduce infant and maternal mortality.

The aim of this study is to investigate the midwifery and maternal health management services in a developed country in Asia to extract the japans' midwifery services management factors.

Materials and Methods: This is a descriptive study. Country studied, is developed and successful country in the field of midwifery services, Japan. Management aspects of midwifery services in this study include: human resources, government policies-regulations and support, financial resources and midwifery service package and using research cards have been collected from reliable- available sources.

Results: Several factors in the Japan midwifery and maternal health services management were determined including midwifery education new training techniques, staff proper distribution, Regulations and support policies developed by the government, uniform and universal health insurance, Participation of the Regions in services provision, home visits and delivery, equal health education and registration manual, maternal education, wives participation and encourage natural childbirth.

Conclusion: paying more attention to training, support and regional services provision in the midwifery services management, can have a positive impact on improving the midwifery and maternal health services quality in Iran.

Keywords: Maternity service management, Maternal Health, Japan.

***Corresponding Author:**

Associate Professor, Department
of Midwifery, Faculty of
Nursing and Midwifery, Karaj
Branch, Islamic Azad
University, Karaj, Iran

Tel: 0912-2608100

E-mail: mjgn.neinavaie@yahoo.com

بررسی مدیریت نوین خدمات مامایی و سلامت مادران در کشور ژاپن و تعیین مؤلفه‌های مهم آن

مزگان نینوایی^۱، صدیقه نصرالهی^۲
سهیلا مقیمی هنجنی^۲

^۱ استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری
و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،
کرج، ایران
^۲ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و
مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی،
کرج، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۴/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۱

چکیده

زمینه: در سال ۲۰۱۰ در سراسر دنیا مرگ و میر مادران نسبت به سال ۲۰۰۰، چهل و هفت درصد کاهش داشته است. با این وجود میزان مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه هنوز ۱۵ برابر کشورهای توسعه یافته است. مراقبت‌های مامایی از جمله مداخلاتی هستند که می‌توانند مرگ و میر مادران و نوزادان را کاهش دهند. هدف از این پژوهش بررسی مدیریت خدمات مامایی و سلامت مادران در یک کشور توسعه یافته آسیایی برای استخراج عوامل مهم موجود در مدیریت خدمات مامایی کشور ژاپن است.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است. کشور مورد مطالعه، کشور توسعه یافته و موفق در زمینه خدمات مامایی؛ ژاپن بوده است. ابعاد مدیریت خدمات مامایی مورد مطالعه در این پژوهش شامل: منابع انسانی، سیاست‌ها-مقررات و حمایت‌های دولت، منابع مالی و بسته خدمات مامایی بوده و با استفاده از فیش کارت از منابع معتبر در دسترس گردآوری شده است.

یافته‌ها: عوامل متعددی در مدیریت خدمات مامایی در ژاپن تعیین گردیدند از جمله آموزش روش‌های نوین آموزش مامایی و توزیع مناسب کارکنان، مقررات و سیاست‌های حمایتی مادران تدوین شده توسط دولت، بیمه سلامت یکسان و همگانی، مشارکت سازمان‌های محلی در ارائه خدمات بهداشتی، ویزیت و زایمان در منزل، کتابچه یکسان آموزش و ثبت خدمات بهداشتی، آموزش مادران، مشارکت همسران و تشویق به زایمان طبیعی.

نتیجه‌گیری: توجه بیشتر به عوامل آموزشی، حمایتی و ارائه خدمات محلی در مدیریت خدمات مامایی می‌تواند تاثیر مثبتی در ارتقای کیفیت خدمات مامایی و سلامت مادران در ایران داشته باشد.

کلمات کلیدی: مدیریت خدمات مامایی، سلامت مادران، ژاپن

نویسنده مسئول:

استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری
و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد
اسلامی، کرج، ایران

۰۹۱۲-۲۶۰۸۱۰۰

E-mail: mjgn.neinavaie@yahoo.com

مقدمه

فاصله چشمگیری دیده می‌شود.^۴ حمایت از مادران به‌ویژه در دوران بارداری از جمله مواردی است که مشخصاً در ارتباط با سلامت زنان در قانون اساسی مطرح شده است.^۷ کاهش مرگ‌ومیر و ارتقای شاخص‌ها در مراحل اولیه بسیار آسان‌تر از مرحله فعلی در ایران می‌باشد، زیرا نیاز به مدیریت بسیار گسترده‌تر از قبل دارد. از آنجا که در بحث سلامت همواره وضعیت ایده آلی نسبت به وضع فعلی وجود دارد، این نیاز همواره در پژوهش‌ها پابرجا خواهد ماند. هدف از این مقاله بررسی نحوه مدیریت خدمات مامایی در کشور توسعه‌یافته ژاپن می‌باشد. با شناسایی متغیرهای مهم و کاربردی که در موفقیت این کشور دخیل بوده‌اند و کاربرد آن‌ها در نظام مدیریت خدمات مامایی ایران، می‌توان به بهبود شاخص‌های بهداشتی مرتبط با این خدمات کمک نمود.

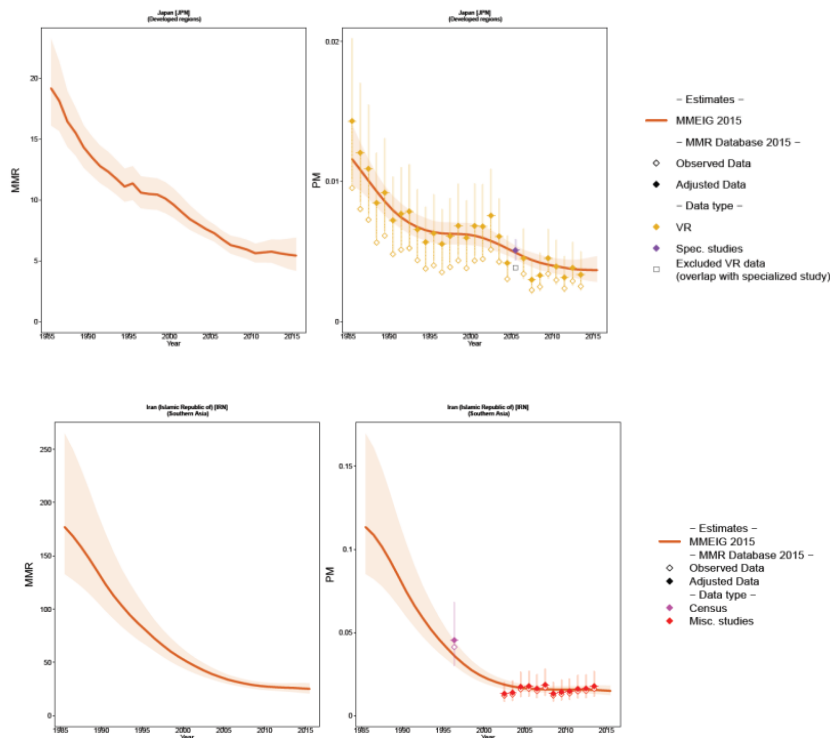
مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. ابعاد مدیریت خدمات مامایی مورد مطالعه در این پژوهش شامل موارد زیر می‌باشند: منابع انسانی، سیاست‌ها مقررات و حمایت‌های دولت، منابع مالی و بسته خدمات مامایی. کشور مورد مطالعه، کشور توسعه یافته و موفق در زمینه خدمات مامایی ژاپن بوده است. ابتدا آمار کشورهای توسعه یافته خدمات مامایی در آسیا (به دلیل مشابهت فرهنگی بیشتر با کشور ایران) از سایت سازمان بهداشت جهانی بر اساس شاخص‌های خدمات مامایی گرفته شد. سپس از کشورهای آسیایی پیشرو در این زمینه، کشور ژاپن به علت جمعیت بالا توسعه همه جانبه، مطرح در سطح جهانی و در دسترس بودن اطلاعات، انتخاب شد. جدول شکل ۱ مقایسه شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در ایران و ژاپن را نشان می‌دهند.

در سال ۲۰۱۰ مرگ‌ومیر مادران نسبت به سال ۲۰۰۰، چهل و هفت درصد کاهش داشته است. در کشورهای در حال توسعه هنوز میزان مرگ‌ومیر مادران ۱۵ برابر کشورهای توسعه یافته است.^۱ مراقبت‌های مامایی می‌توانند مرگ‌ومیر مادران و نوزادان را کاهش دهند. دوره قبل از تولد برای ارتقای سطح سلامت مادر و کودک بسیار اهمیت دارد. در سال ۲۰۱۰، حداقل نیمی از زنان باردار از دریافت این میزان مراقبت محروم بوده‌اند.^۱ پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سلامت زنان جامعه به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان است که علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل تعیین‌گر فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارد. امروزه موضوع مدیریت توسعه سلامت زنان در زمره اولویت‌های سازمان جهانی بهداشت قرار دارد.^۲ شاخص مرگ‌ومیر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه در جامعه به شمار می‌آید.^۳ در کشورهای توسعه یافته مثل سوئد، ژاپن، اسپانیا و ایتالیا مرگ مادران به ۲-۵ (در صد هزار تولد زنده) و مرگ شیرخواران به کمتر از ۳ (در هزار تولد زنده) رسیده است.^۴ با وجود اهمیت بهداشت مادر و کودک و تأکید سازمان بهداشت جهانی برای بهبود شاخص‌ها، هنوز کشورهای زیادی در دنیا از نامطلوب بودن شاخص رنج می‌برند.^۵ در ایران جمعیت زنان و کودکان دوسوم جمعیت را شامل می‌شوند.^۶ توجه به زنان در دو دهه اخیر موجب بهبود وضعیت کلی آنان در همه شاخص‌های توسعه و به‌ویژه سلامت بوده است.^۲ ایران شاخص مرگ‌ومیر مادر و کودک را از سال ۱۹۹۰ تاکنون به نحو چشمگیری کاهش داده است. در مقایسه با کشورهای منطقه وضع نسبتاً خوبی وجود دارد ولی در آسیا هم هنوز از برخی کشورها نظیر ژاپن و سنگاپور (کمتر از ۳)

جدول ۱: مقایسه میزان شاخص‌های بهداشت مادر و کودک در ایران و ژاپن (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۵)^۹

شاخص	جمعیت	میزان مرگ‌ومیر مادران در صد شیرخواران (تولد تا هزار تولد زنده یکسالگی) در هزار تولد زنده	میزان مرگ‌ومیر مادران در پنج سال در هزار تولد زنده	زایمانهای انجام شده توسط فرد ماهر دوره دیده (%)	زایمان‌های انجام شده به روش سزارین (%)	GFR میزان باروری عمومی (۱۵- سال) (حدداقل یک ویزیت)	پوشش مراقبت‌های بارداری	ماما و پرستار در هزار نفر جمعیت
ژاپن (۲۰۱۵)	۱۲۷۱۴۴۰۰۰	۵	۲/۷	۱۰۰	۲۳/۳	۴۰	۱۰۰	۱۱/۴۸۹
ایران (۲۰۱۵)	۷۷۴۴۷۰۰۰	۲۵	۱۳/۴	۹۹	۴۰	۵۷	۹۶/۹	۰/۸۹



شکل ۱: میزان مرگ و میر مادران (MMR) و نسبت مرگ مادران به مرگ زنان سنین باروری (PM) بین سال های ۱۹۸۵-۲۰۱۵ در کشورهای ایران (پایین) و ژاپن (بالا)^۸

فیش برداری انجام گرفته است.

یافته‌ها

شاخص‌های کلیدی توسعه و بهداشت ژاپن در جدول ۲ نشان داده شده است. ۱۰ و ۱۱

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش فیش کارت بوده است. داده‌های مورد نیاز مطالعه از طریق رجوع به سایت رسمی سازمان بهداشت جهانی برای شناسایی و مقایسه شاخص‌های مرتبط با خدمات مامایی در جهان و مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، وزارتخانه متولی خدمات مامایی با بهره‌گیری از اینترنت، جمع‌آوری و جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعات علمی با

جدول ۲: شاخص‌های کلیدی توسعه در ژاپن (وزارت سلامت، کار و رفاه ژاپن با همکاری WHO، ۲۰۱۵) (۸، ۱۱)

شاخص‌های کلیدی توسعه	میزان	سال
شاخص توسعه انسانی	۰/۹۰۱۲۰۱۱	۲۰۱۱
ضریب جینی	۰/۳۹	۲۰۰۵
شاخص نابرابری جنسیتی	۰/۱۲۳	۲۰۱۱
GDP	۳۶۳۵۰ PPP\$	۲۰۱۵
هزینه کلی سلامت	GDP / ۸/۳	۲۰۰۹
شیوع فقر	٪۱۵/۷	۲۰۱۱
میزان باسوادی (مرد / زن)٪	۹۹/۹۹	۲۰۰۲
امید به زندگی در بدو تولد	سال ۸۳/۴	۲۰۱۱

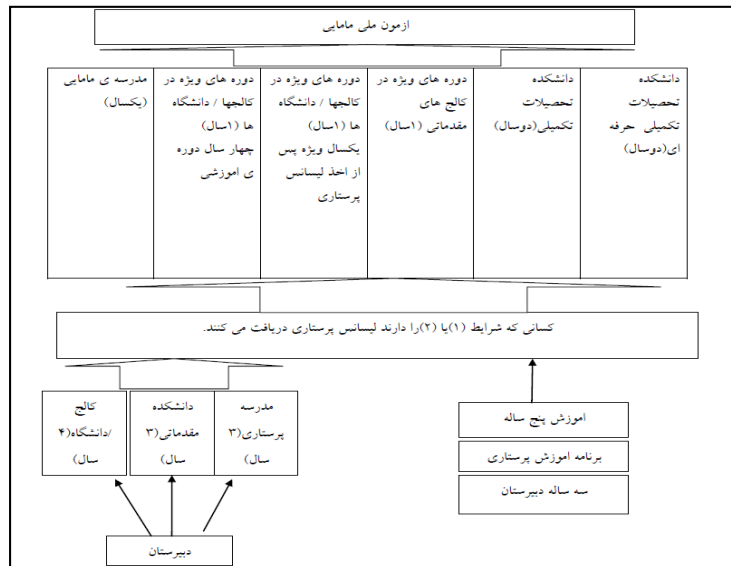
مدیریت منابع انسانی خدمات مامایی در ژاپن

مامایی و کلیه فعالیت‌های آن زیر نظر قانون بهداشت عمومی، مامایی و پرستاری است. انجمن پرستاران ژاپن (Japanese Nursing Association (JNA))، عضو کنفدراسیون بین‌المللی ماماها (The International Confederation of Midwives (ICM)) است. ماماها نه تنها وظیفه‌ی مشاوره و آموزش سلامت زنان بلکه خانواده و جامعه را بر عهده دارد.^{۱۲}

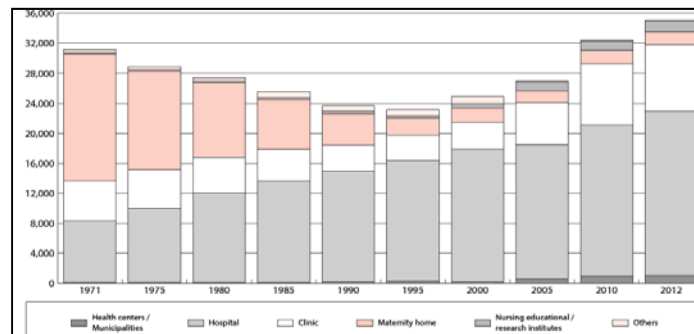
الف) آموزش مامایی مسیرهای مختلفی در ژاپن برای کسب مدرک مامایی وجود دارد (شکل ۲). آموزش بالینی مامایی در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و یا خانه مادران انجام می‌گردد.

دانشجویان مؤظف به کسب ۲۸ امتیاز آموزشی می‌باشند که ۶ امتیاز به مامایی پایه، ۸ امتیاز به تشخیص و مهارت‌های مامایی، ۱ امتیاز به بهداشت مادر و کودک در جامعه، ۲ امتیاز به مدیریت در مامایی و ۱۱ امتیاز به آموزش بالینی مامایی مربوط می‌گردد و کسب هر امتیاز منوط به گذراندن ۴۵ ساعت دوره آموزشی می‌باشد.^{۱۲} از سال ۱۹۹۰، یک‌بار در سال آزمون ملی مامایی برای ماماها تازه فارغ‌التحصیل برگزار شده که در حال حاضر به دو بار در سال رسیده است.^{۱۳} کارکنان ملزم به گذراندن ساعات آموزشی بالینی و تئوری در حین فعالیت نیز می‌باشند که تدارک این کلاس‌ها از وظایف مسئولین بیمارستان است.^{۱۳}

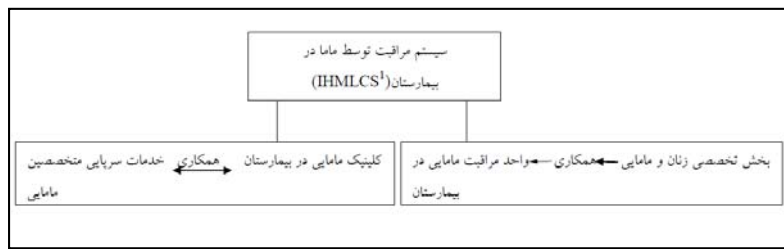
ب) تعداد و توزیع ماماها شاغل در شکل ۳ نشان داده شده است. ۱۲-۱۴



شکل ۲: نحوه ارائه آموزش مامایی در ژاپن^{۱۲}



شکل ۳: تعداد ماماها بر اساس محل اشتغال (سال)^{۱۲}



شکل ۴: سیستم مراقبت مامایی در بیمارستان

حمایت از مادر در دوران بارداری و پس از زایمان، مرخصی قبل و بعد از زایمان (۶ هفته قبل و ۸ هفته بعد)، کار سبک و محدودیت اضافه‌کاری و شب‌کاری تا سه‌سالگی کودک، موظف نمودن کارفرمایان به ایجاد تسهیلاتی نظیر رفت‌وآمد و مرخصی با نظر پزشک، ممنوعیت اخراج به علت بارداری و زایمان، مرخصی زایمان و مراقبت از فرزند تا یک‌سالگی و در صورت استفاده هر دو والدین از مرخصی تا یک سال و دو ماه، حمایت از کارفرمایان اجراکننده این برنامه با یارانه، افزایش آگاهی کارفرمایان از برنامه، انعطاف در برنامه‌های کاری مرخصی برای مراقبت از خانواده (۵ روز در سال اجباری برای هر عضو نیازمند به مراقبت در خانواده)، ترویج مشارکت مردان در مراقبت از فرزند با دادن مرخصی، حمایت از استخدام مجدد والدین دارای کودک.

وزارت سلامت، کار و رفاه، مسئول تدوین سیاست‌ها و توسعه ساختار برنامه مراقبت ملی سلامت و تعیین خطاها و اشتباهات ملی است. استانداردها، برنامه‌های ارائه سلامت را پنج سال یک‌بار بازبینی و مطابق با وضعیت سلامت استانی خدمات ارائه‌شده را تعیین و گزارش عملکرد خود را به وزارت سلامت، کار و رفاه می‌دهند. شهرداری‌ها اولین مجریان ارائه خدمات پزشکی در بخش دولتی می‌باشند. بخش خصوصی نیز نیمی از تعداد مؤسسات سلامت در کشور را در اختیار دارد.^{۱۱}

منابع مالی خدمات مامایی

سیستم ارائه مراقبت سلامت و پوشش بیمه سلامت همگانی در ژاپن، همه مردم را بدون تبعیض پوشش می‌دهد. در لیست خدمات ارائه‌شده مامایی، یک سری اقدامات، پروژه‌هایی با یارانه دولتی هستند و یک سری، با تأمین مالی عمومی هستند.^{۱۲}

خانه‌ی مادران (Maternity Home): مکانی است که در آن خدمات مامایی توسط ماماها به مردم ارائه می‌شود.^{۱۲} سیستم مراقبت توسط ماما در بیمارستان (In-Hospital Midwife-Led Care System): کلینیک‌های مامایی در بیمارستان خدمات سرپایی برای مراقبت‌های سلامت و مشاوره بهداشت برای مادران را فراهم می‌کند (شکل ۴).

ماماها برای مادران کم‌خطر مراقبت‌های مامایی ارائه می‌دهند و در صورت وجود خطر، آن‌ها را به پزشک متخصص زنان ارجاع می‌دهند. تشخیص خطر بر اساس دستورالعمل‌هایی تعیین‌شده توسط وزارت سلامت در اختیار آن‌ها قرار داده شده است.

ج) ارزیابی کیفیت مراقبت‌های مامایی: کمیته تخصصی انجمن پرستاران ژاپن، جدولی برای ارزیابی سطح کیفی خدمات مامایی تدوین کرده است.^{۱۲-۱۵}

از موضوعات اخیر موردتوجه موارد زیر است:

۱) راهنما برای عملکرد تسهیلات زایمانی هنگام حوادث و

سوانح

۲) سیستم انتقال موقت ماماها: در این سیستم، ماماها برای تقریباً نیم تا یک سال به یک تسهیلات دور از مرکز منتقل می‌شوند درحالی‌که تحت قرارداد و استخدام با همان کارفرمای مبدأ می‌باشند. از مزایای این سیستم، تدارک مراقبت‌های مامایی برای همه زنان باردار و زائوی نیازمند و تقویت مهارت‌های عملی ماماها می‌باشد.

سیاست‌ها، مقررات و حمایت‌های دولت ژاپن

دولت برای حمایت از تعادل میان خانواده و کار اقدامات زیر را در قالب قانون به عمل آورده است:

بسته خدمات مامایی در ژاپن

یک زن به محض اطلاع از بارداری، باید مراتب را در اولین فرصت به اطلاع شهرداری برساند و کتابچه سلامت مادر و کودک در اختیار او گذاشته می‌شود. این کتابچه از سوی وزارت بهداشت در اختیار شهرداری‌ها قرار می‌گیرد. عملکردهای این کتابچه ثبت سلامت مادران و کودکان، مراحل رشد و واکسیناسیون و منبع اطلاعات پایه زنان باردار از فرآیند بارداری است. این کتابچه می‌تواند توسط تمام افراد خانواده استفاده شود و شامل کوپن‌های رایگان برای ۱۴ مراقبت بارداری، شیرخوار و کودکان نوپا ست و به زبان‌های خارجی در دسترس است. تعداد این کتابچه‌ها متناسب با متقاضیان در کل کشور است.^{۱۲}

معمولاً کلاس‌های رایگان تولد توسط دولت محلی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها (دولتی یا خصوصی) تدارک دیده شده و آموزش توسط ماماها و پرستاران صورت می‌گیرد. کلاس‌ها شامل: ورزش‌های دوران بارداری و زایمان، حمایت روحی، تغذیه‌ای، مراقبت از کودک و پس از زایمان می‌باشند.

بیشتر زنان ۷-۴ روز پس از زایمان طبیعی و ۱۰ روز پس از سزارین در محیط امن و آرام بیمارستان می‌مانند. نوزادان در بیمارستان واکسن و آزمایش‌های غربالگری برای تیروئید، فنیل کتونوری و شربت افرا دریافت می‌کنند. در طی سال اول و ۱۸ ماهگی و سه‌سالگی، کنترل سلامت کودک در درمانگاه انجام می‌شود.^{۱۳}

ویزیت در منزل برای تمام خانواده‌های دارای شیرخوار تا ۴ ماه انجام شده و مسائل مختلف اضطراب را توضیح و اطلاعات مورد نیاز ارائه می‌شود. هنگام استفاده از وسایل نقلیه و مکان‌های عمومی، این آرام با معرفی زن باردار محیط ایمنی را برای او فراهم می‌کند.^{۱۵}

بحث

در این پژوهش عوامل مدیریت خدمات مامایی و سلامت مادران شامل منابع مالی و انسانی، سیاست‌ها و مقررات و بسته خدمات مامایی در کشور توسعه یافته ژاپن مورد بررسی قرار گرفت و عوامل متعددی در آن شناسایی شد. برخی از این عوامل در ایران وجود ندارند و یا نقش آنها کم‌رنگ است. کشورهای دنیا علاقه

خدمات انجام شده با تأمین مالی از منابع عمومی شامل:

۱. مراقبت سلامت قبل و پس از تولد، کنترل شیرخواران و کودکان، سنجش شنوایی و غربالگری نوزادان.
 ۲. خدمات سلامت شامل: گزارش بارداری و کتابچه مادر و کودک، آرام مادران، ویزیت در منزل از بدو بارداری تا سه‌سالگی.
 ۳. خدمات مشاوره و راهنمایی (کلاس‌های قبل از ازدواج، افراد تازه ازدواج کرده، همسران و مراقبت کودک).
 ۴. پروژه‌های تکمیلی پیشگیری از حوادث کودکان، ترویج سلامت بالغین و آموزش تغذیه.
- خدمات انجام شده با تأمین مالی از منابع یارانه دولتی شامل:
۱. مراقبت پزشکی برای شیرخواران نارس، یارانه و کمک مالی برای هزینه درمان تخصصی نازایی.
 ۲. خدمات ویزیت در منزل برای تمام خانواده‌های دارای شیرخوار کمتر از دو ماه.
 ۳. خدمات ویزیت در منزل که کل دوران بلوغ، ازدواج، بارداری، زایمان و کودکی را در برمی‌گیرد.
 ۴. پروژه‌های سلامت زندگی زنان (مشاوره عمومی سلامت و مراکز مشاوره تخصصی نازایی).
 ۵. کمک‌های پزشکی برای بیماری‌های تخصصی کودکان، تدارک نیازهای کودکان بیمار.
 ۶. اقدامات پزشکی شامل: پروژه‌های حمایت از بارداری، بهداشت روان کودک و پیشگیری از سوءاستفاده کودکان.^{۱۳}
- تعرفه‌های پزشکی هر دو سال یک‌بار توسط دولت بازبینی می‌شوند. پرداخت خیریه توسط بیمه‌ها برای افراد بیکار زایمان کرده وجود دارد. در برخی شهرداری‌ها نیز کمک مالی برای هزینه‌های سلامت کودکان وجود دارد.^{۱۱}



شکل ۵: آرام مادران در ژاپن

در مورد لزوم بهبود شرایط کاری و امنیت شغلی ماماها، همخوانی دارد.

مطابق یافته‌های این پژوهش، عدالت اجتماعی می‌تواند در بهبود ارایه خدمات مامایی موثر باشد که با مطالعه مرادی لاکه و همکاران (۸۹)^{۲۱} در مورد وجود تفاوت معنی دار میان وضعیت موجود شاخص‌های زایمان ایمن در کشور با وضعیت برابری کامل به لحاظ اقتصادی، همسو است.

دادگری و همکاران (۱۳۸۸)^{۲۲} در پژوهش خود نتیجه گرفتند که ایجاد تغییرات وسیع در محیط‌های بالینی و آموزشی دانشجویان در امر درمان ضروری می‌باشد تا به احساس کفایت بیشتری در دانشجویان بیانجامد، که با مرور نتایج آموزش نوین مامایی در ژاپن همخوانی دارد.

مطابق یافته‌های کریمی و همکاران (۱۳۹۲)^{۲۳} بر خورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در ایران مستلزم ایجاد نظام ملی بیمه درمان با هدف حذف بیمه گری موزی، پوشش بیمه ای کلیه خدمات ضروری پزشکی است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

اختلاف زیادی با توجه به نتایج پژوهش موسوی (۱۳۹۴)^{۲۴} و حیدری چپانه (۱۳۹۴)^{۲۵}، بین شهرستان های استان آذربایجان غربی از نظر بهره مندی از امکانات و خدمات سلامت وجود دارد؛ که با لزوم ایجاد عدالت در ارایه خدمات سلامت در این مطالعه همخوانی دارد.

توجه به برنامه مدون آموزشی در ماماهاى فارغ التحصیل ژاپن کاملاً چشمگیر است که با مطالعه سرشتی و همکاران (۱۳۹۰)^{۲۶} در مورد نیاز به برگزاری این دوره‌ها برای ماماهاى شاغل همخوانی دارد.

میزان سزارین در ژاپن نصف میزان آن در ایران است که تا حد زیادی به نگرش کادر ارایه دهنده خدمات و آموزش صحیح به بیماران بستگی دارد که با مطالعه امیری و همکاران (۱۳۹۲)^{۲۷} همسو است. کمبود عوامل مدیریتی در برخی قسمتهای خدمات مادران در ایران دیده می‌شود که با مطالعه نینوایی و همکاران (۱۳۹۴)^{۲۸، ۲۷} در سایر کشورهای توسعه یافته نیز متناسب است.

زیادی دارند که بدانند ژاپن چه طرح‌هایی برای رسیدن به چنین کاهش سریع در میزان مرگ‌ومیر مادران و نوزادان داشته است. این شاخص‌ها مربوط به طیف گسترده‌ای از عوامل اجتماعی و اقتصادی مانند آموزش و پرورش و رشد اقتصادی است. فوجی ساکی (۲۰۰۳)^{۱۶} سه عامل مهم در کاهش نرخ مرگ‌ومیر مادران در ژاپن ارائه داده است:

(۱) «شرایط اساسی»: پوشش همگانی بیمه درمانی، پیشرفت در مراقبت‌های پزشکی، استانداردهای آموزشی و زندگی.

(۲) «عوامل ارتقای تخصصی»: تجهیزات سلامت مادر و کودک، ارتقای کیفیت زایمان و پیشرفت در مراقبت‌های پزشکی پری ناتال.

(۳) «عوامل قابل توجه ویژه ژاپن»: برنامه‌های بهداشت عمومی، مشارکت اجتماعی، کتابچه بهداشت مادر و کودک، قانون حمایت از مادران.

از این موارد، موارد ۱ و ۲ می‌توانند برای کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران هر کشور نیاز جهانی در نظر گرفته شوند. «برنامه‌های ویژه ژاپن» که در قسمت سوم در نظر گرفته شده، در نتایج قابل توجهی که ژاپن در چنین مدت کوتاهی به دست آورده نقش بسیار مهمی دارند و در نظر گرفتن دقیق این عوامل ممکن است کلید استخراج جنبه‌هایی از تجربه ژاپن باشد که قابل اجرا در کشورهای در حال توسعه خواهد بود.^{۱۶}

در این پژوهش ماماها برای مواجهه با شرایط اورژانس در ارایه خدمات مامایی آموزش ویژه دریافت می‌کردند که مشابه نتیجه مطالعه تقی زاده و همکاران (۱۳۹۲)^{۱۷} است که هم اکنون توانایی لازم در ماماها به میزان کافی وجود ندارد. در این پژوهش سیستم آموزش مامایی کاملاً مبتنی بر شواهد است که با مطالعه مصطفی زاده و همکاران (۱۳۹۰)^{۱۸} در مورد لزوم این نوع آموزش همخوانی دارد. در کشور ژاپن توجه خاص به آموزش مامایی، توزیع و ترغیب آنها برای کار با ایجاد سیستم‌های مختلف ارایه خدمات نظیر خانه مادران، منازل و... شده که باعث گردیده تا نیاز تمام جمعیت به مراقبت‌های بهداشتی مادران و دسترسی آنها به خدمات برآورده شود که با نتایج مطالعه حاجیان و همکاران (۱۳۸۹) در مورد لزوم در دسترس قرار دادن گزینه‌های لازم برای انجام زایمان طبیعی و بدون عارضه، ارتقای سطح کیفیت خدمات مامایی، شفاف سازی وظایف ماما و متخصص زنان و میر مولایی و همکاران (۱۳۸۳)^{۲۰}

نتیجه گیری

سلامت همگانی، تسهیلات رایگان برای خدمات مامایی و کودکان، مشارکت سازمان‌های محلی در ارائه خدمات مامایی، ویزیت و زایمان در منزل، کتابچه یکسان آموزش و ثبت خدمات، آرم مادران، کلاس‌های رایگان آموزشی و ورزشی با شرکت همسران و تشویق به زایمان طبیعی. توجه به این عوامل می‌تواند تاثیر مثبتی در ارتقای کیفیت خدمات مامایی در ایران داشته باشد.

در این پژوهش، عوامل زیر در مدیریت خدمات مامایی و سلامت مادران در کشور ژاپن تعیین گردیدند. آموزش به روز و با کیفیت و متناسب با نیازهای منطقه‌ای برای دانشجویان مامایی، آموزش مداوم، توزیع مناسب ماماها، وجود گزینه‌های مختلف برای انجام خدمات مامایی، ارزیابی دوره‌ای کیفیت خدمات، آزمون ملی برای فارغ التحصیلان مامایی، حمایت‌های شغلی از زنان، بیمه

References

1. Shamshirei Milanei H. Persian Textbook of Public Health /3rd ed. /Volume 3 . Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2013; PP:1656[In Persian].
2. Ahmadi B. The pattern of development of women's health. The Journal of Social Welfare 2006; 5(21):10[In Persian].
3. Azemikhah A, Emamifshar N, Jalilvand P, et al. National program to promote maternal health. Tehran: Ministry of Health and Medical Education UNFPA Deputy of Health, Bureau of Family Health and Population 2001; 2[In Persian].
4. 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.
5. Sambo LG and Kringa JM. Africa's health: could the private sector accelerate the progress towards health MDGs?. International Archives of Medicine 2011; 4(39): 1-9.
6. Azar A. Selection of General Population Census results. Tehran: Deputy of strategic planning and monitoring of statistical center 2013: 29[In Persian].
7. Zare nejad A, Akbari M. Three decades the endeavor on the health care front. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education. 2008
8. WHO. World health statistics. Geneva: World Health Organization. 2015
9. World Bank. World Development Indicators database. 2010, Retrieved July 2015 at <http://Site resources. World bank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf>.
10. Website: <http://en.wikipedia.org/wiki/Japan> 2014. Retrieved Oct, 2015.
11. Japan Ministry of health, labour and welfare Available from <http://www.mhlw.go.jp/english/>
12. Japanese Nursing Association, Tokyo. Department of Health Promotion Policy. Midwives Division. 2014 Available from URL: <http://www.nurse.or.jp/jna/English>.
13. Japanese Nursing Association. (2012). Training Guide for New Graduate Midwives .Retrieved Des, 2014 from <https://www.nurse.or.jp/jna/english/midwifery/pdf/mij2014.pdf>.
14. Nursing Issues Study Group. Statistical Data on Nursing Service in Japan Japanese Nursing Association Publishing Company 2006, Statistical Data on Nursing Servicein Japan. Retrieved Nov, 2014, from <https://www.nurse.or.jp/jna/.../nursing/education>.
15. JICA Research Institute. Japan's Experiences in Public Health and Medical Systems PP5978. 2005 Available Retrieved Des, 2014, from http://jicari.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI_Studies/english/publications/reports/study/topical/health/pdf/health_01.pdf.
16. Kobayashi, Y. "Five decades of universal health insurance coverage in Japan: lessons and future challenges", Japanese: association of medical sciences 2009; 52(4): 263-8.
17. Taghizadeh Z , Kazemnejad A , Khoshknaz M , Abdolahi Sh .Self-efficacy of midwives in order to provide reproductive health services in disasters. Scientific Journal of Rescue & Relief. 2015;6(3):81-90[In Persian].
18. Mostafazadeh F, Asadzadeh F, Kahnami Aghdam F. Application of evidence-based care in midwifery care. Naigo Journal. 2011; 6(2):26-32[In Persian].
19. Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Ajami ME. Attitude of pregnant women, midwives, obstetricians and anesthesiologists toward mode of delivery: a qualitative study. Payesh, 2011; 10(1): 39-48[In Persian].
20. Mirmolaei ST, Dargahi H, Kazemnejad A, Mohajjerrahbari M. Job satisfaction among working midwives. Hayat, 2005; 11(1-2):87-95[In Persian].
21. Moradi Lakeh M , Ramezani M , Nagha M. Equality in safe delivery indexes and their relative factors in Iran. Payesh, 2010; 9(2): 145-155[In Persian].

22. Dadgari A, Kasaeian A, Atashsokhan G, Naseri-Fadafan L, Dadvar L, Kalatejari M. Efficacy of Midwifery Clinical Curriculum in Achieving Core Learning Goals: Tutors and Students' Point of View. *The Journal of Knowledge & Health (The Official Journal of Shahrood University of Medical Sciences)*, 2009;4(3):28-33 [In Persian].
23. 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 University of Medical Sciences Journal*. 2010; 12 (4) :92-104 [In Persian].
24. Mousavi SM, Anjomshoa M, Rajabi Vasokolaei GH, Ezati Asar M, Varehzardi R. Assessment of west azerbaijan cities in terms of accessing to healthcare development indices. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 2015;13(3):234-245 [In Persian].
25. Heidarychiane R, Alizadeh Zonoozi SH, Gheliki Milan B, Imani Tabar H. An analysis of socio-economic inequalities based on VIKOR and SAW models in East Azarbaijan Case Study: Health Services. *Geography and Urban Planning* 2015;6(21):19-34 [In Persian].
26. Sereshti M., Banaeian Sh., Delaram M., Kazimeian A., Safdari F., Shamaei Z.. Educational needs of midwife alumni work in health care centers. *Educ Strategy Med Sci*. 2011; 4 (1) :31-37 [In Persian].
27. Amiri M, Raei M, Chaman R, Rezaee N. Investigating some of the factors influencing choice of delivery type in women working in Shahrood University of Medical Sciences. *RJMS*. 2013; 20 (106):1-9 [In Persian].
28. Neinavaie M, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raeissi P. Designing the maternal and child health services package based on comparative study of developed countries models. *IJOGI* 1395;19(17):1-12 [In Persian].
29. Neinavaie M, Nasiripour AA, Tabibi SJ, Raeissi P. A comparative study of maternal and child health services management in selected developed countries and designing a model for Iran. *Journal of Medical Council of Iran* 1394;33(4):297-309 [In Persian].