

بررسی شاخص‌های خدمات سلامت مادران در جمهوری اسلامی ایران بر اساس پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (IrMIDHS) سال ۱۳۸۹

رقیه خبیری^۱، اردشیر خسروی^۲، الهام الهی^۳، الهام خدایاری معز^۴، آرش رشیدیان^{۵*}

۱- دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۴- گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس ۵- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

* نویسنده مسؤول: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تلفن: ۸۸۹۹۱۱۱۲ شماره: ۸۸۹۹۱۱۱۳
پست الکترونیک: arashidian@tums.ac.ir

دریافت: ۹۲/۶/۲۸ پذیرش: ۹۲/۱۱/۵

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت پایه وضعیت آرایه خدمات مادران در کشور، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت استفاده از خدمات سلامت مادران با استفاده از داده‌های مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران به تفکیک استان‌های کشور انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی با استفاده از داده‌های پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت ایران در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جهت بررسی خدمات سلامت مادران شاخص‌های محل زایمان، نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)، وجود مراقبت‌های بعد از زایمان، وجود فرد مناسب برای کمک به زایمان و تعداد مراقبت‌های دوران بارداری با استفاده از داده‌های مربوط به ۳۹۷۴ نفر از زنان ۱۵-۵۴ سال که طی دو سال قبل از مطالعه زایمان کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج مطالعه سال ۱۳۸۹ با نتایج به دست آمده از مطالعه سلامت و جمعیت سال ۱۳۷۹ مقایسه شدند.

یافته‌ها: به جز شاخص زایمان به روش سزارین، کلیه شاخص‌های مورد مطالعه خدمات سلامت مادران در ۱۰ سال اخیر بهبود یافته‌اند. درصد زایمان با سزارین از ۳۵٪ به ۴۶٪ افزایش یافته که نگران کننده است. بیشترین زایمان انجام شده در بین راه متعلق به استان تهران بوده است (۵/۳۳٪). بیشترین درصد زایمان در منزل در استان‌های سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد دیده می‌شود. کمترین میزان بهره‌مندی از مراقبت‌های پس از زایمان متعلق به استان‌های ایلام و کرمان با پوشش‌های به ترتیب ۴۵/۷٪ و ۵۵/۹٪ بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به بهبود ملاحظه شده در شاخص‌های مورد بررسی در زنان ۱۵-۵۴ سال، نابرابری بین نقاط کشور در بهره‌مندی از خدمات در ده سال اخیر به وضوح کمتر شده است. شناسایی مداخلاتی که به طور مؤثر سزارین را کاهش دهند ضرورت دارد و لازم است به مراقبت بعد از زایمان در برنامه‌های کشوری اهمیت بیشتری داده شود.

کل واژگان: خدمات سلامت مادران، پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت، ایران

مقدمه

سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ تعیین نموده است (۱). در سطح بین‌المللی مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت‌های بعد از زایمان، نسبت زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان آموزش دیده، زایمان در محل مناسب، و زایمان به روش سزارین به عنوان شاخص‌های لازم برای پیشرفت این هدف انتخاب

تحقق اهداف توسعه هزاره^۱ از تعهدات بین‌المللی کشورمان است. یکی از شاخص‌های اهداف توسعه هزاره، مرتبط با سلامت مادران است که کاهش ۷۵ درصدی را در میزان مرگ مادران در

^۱ MDGs

می‌گردد به منظور ارزیابی عملکرد سیاست‌های مرتبط با دسترسی در نظام سلامت بسیار حائز اهمیت است (۸). نتایج مطالعات سلامت و جمعیت (DHS) در کشورهای مختلف نشان داده است که اگرچه نابرابری در خدمات سلامت ناخواسته است، این مسأله از عوارض اجتناب‌ناپذیر پیشرفت می‌باشد (۹).

ارتقای سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. در سال‌های اولیه استقرار نظام بهداشت درمان در کشور، سلامت مادران به عنوان گروه آسیب‌پذیر مورد توجه خاص سیاست‌گذاران برنامه سلامتی قرار گرفت. با بهبود شاخص دسترسی به خدمات، ارتقای کیفی خدمات مراقبت کافی از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان به عنوان یکی از راهکارهای کاهش مرگ و میر مادران ضروری بود. این راهکار به منظور به ثمر رساندن یک بارداری و تأمین سلامت مادر و نوزاد مدنظر قرار گرفت. به همین منظور اداره سلامت مادران از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱ استانداردسازی خدمات مراقبتی مادران را در دو سطح خارج بیمارستانی به اتمام رساند و از سال ۱۳۸۲ اجرای آزمایشی آن در کشور آغاز گردید و پس از سه سال، ادغام این خدمات در نظام ارائه خدمات سلامت آغاز شد. در این برنامه، بسته خدمات استاندارد معمول و ویژه مادران در مقاطع پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان تهیه شده است و موارد ارجاعی که نیازمند دریافت خدمات تخصصی می‌باشند برای خدمات استاندارد سطح بیمارستان طبقه‌بندی می‌شوند (۱۰ و ۱۱). همچنین در سال‌های اخیر برنامه سطح‌بندی خدمات مادر و نوزاد طراحی و اجرا شده است (۱۲).

با توجه به اقداماتی که تاکنون انجام شده است، پایش وضعیت ارائه خدمات مادران در کشور از اهمیت زیادی برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت استفاده از خدمات سلامت مادران با استفاده از داده‌های مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران به تفکیک استان‌های کشور انجام شده است (۱۳).

روش کار

در این پژوهش از داده‌های پیمایش شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت^۳ در ایران که در سال ۱۳۸۹ بر اساس بررسی خانوار انجام شد، استفاده شده است. در مطالعه IrMIDHS حداقل حجم نمونه مورد نیاز از هر استان ۴۰۰ خانوار و حداکثر

شده‌اند (۲ و ۳). همچنین با توجه به برنامه پنجم توسعه فرهنگی و اقتصادی، اجرای برنامه پزشک خانواده و توجه ویژه به طراحی مداخلاتی برای کاهش بی‌عدالتی در سلامت، و تهیه و محاسبه شاخص‌های مهم سلامت مادران از طریق انجام مطالعات معتبر و نظام‌مند از اولویت‌های کشور می‌باشد.

کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف در جامعه از اهداف اصلی سیاست‌گذاران سلامت می‌باشد. اما حتی در کشورهایی با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، تفاوت‌هایی در مصرف خدمات وجود دارد (۴). در دسترسی برابر فرض بر این است که به افراد فرصت‌هایی برابر در دسترسی داده می‌شود؛ به عنوان مثال، از طریق ارائه رایگان و توزیع برابر منابع در مناطق مختلف. برابری در بهره‌مندی و استفاده از خدمات به دسته‌ای از شرایط اشاره دارد و متکی بر متغیرهای بسیاری در بعد عرضه و تقاضا می‌باشد، یعنی همگان به نحو متناسب بهره می‌برند اما برابری بهره‌مندی به تنهایی بیانگر پاسخ متناسب به نیاز افراد نیست. علاوه بر این، نابرابری در کاربرد و مصرف خدمات به تنهایی نمی‌تواند انعکاس دهنده تفاوت‌های غیر عادلانه و نامناسب در بهره‌مندی از خدمات باشد چرا که بهره‌مندی، متأثر از عوامل دیگری چون عوامل فردی، و اعتقادات و انتظارات نیز می‌باشد. بنابراین وجود نابرابری در مصرف نمی‌تواند کاملاً غیرعادلانه باشد. به گفته دونابدیان "اثبات دسترسی، در مصرف خدمات است، نه تنها وجود تسهیلات"؛ این بدین معنا است که بهره‌مندی از خدمات مظهر دسترسی تحقق‌پذیر است (۵).

این که چه کسی از خدمات نظام سلامت استفاده می‌نماید و چه کسی از آن بهره‌ای نمی‌برد، سؤالی اساسی است که در مباحث سازمان‌دهی خدمات سلامت مطرح می‌شود. اولویت عموماً پذیرفته شده، ارائه خدمات سلامت کافی، بدون توجه به توان پرداخت، برای کسانی است که نیاز بیشتری دارند (۶). کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف در جامعه از اهداف اصلی سیاست‌گذاران سلامت می‌باشد. اما حتی در کشورهایی با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، تفاوت‌هایی در مصرف خدمات وجود دارد. طبق قانون مراقبت وارونه^۲ که در اوایل دهه ۷۰ ارائه شد، سطح مصرف خدمات سلامت برای افراد دارای نیاز بیشتر، کمتر است (۷). لذا شناخت عوامل تأثیرگذار بر مصرف، موضوع اقتصادی و بهداشتی بسیار مهمی می‌باشد و درک بهتر این که چه چیزی منجر به استفاده افراد از خدمات سلامت

³ Iran Multiple Indicator Demography and Health Survey

² Inverse care law

مطب پزشک یا ماما و محل نامناسب شامل منزل یا بین راه بود. همچنین نوع زایمان، شامل زایمان طبیعی یا سزارین می‌شد. فرد کمک کننده به زایمان نیز به دو حالت فرد مناسب شامل پزشک، مامای تحصیل کرده، بهورز ماما و مامای روستایی که طبق تعریف، فردی است که شش ماه دوره دیده است، و فرد نامناسب شامل مامای محلی که طبق تعریف فردی است که هیچ دوره رسمی ندیده است، اطرافیان یا هیچ کس تبدیل شد. مراقبت‌های بعد از زایمان به صورت داشتن یا نداشتن مراقبت بعد از زایمان بیان شد و مراقبت‌های دوران بارداری به صورت تعداد مراقبت‌های دوران بارداری تعریف شد. متغیرهای منطقه سکونت (شهر یا روستا) و استان به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند.

متغیرهای مختلف مراقبت‌های دوران پوشش، مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان به کمک مراقبان بهداشتی ماهر، روش زایمان و زایمان در مراکز بهداشتی دولتی و خصوصی در زنانی که در دو سال قبل از مطالعه، زایمان نوزاد زنده داشتند در مطالعات مختلف شامل مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت (MICS76)، نظام نوین ادغام یافته پایش و ارزشیابی (IMES84)، و مطالعه سلامت و جمعیت (DHS79) با هم مقایسه شدند. البته هنگام مقایسه این مطلب باید مورد توجه قرار گیرد که مطالعه IMES84، زنان زایمان کرده در بیمارستان را در هنگام بستری در بخش پس از زایمان مورد بررسی قرار داده بود. با توجه به سال‌های انجام مطالعات ذکر شده بهتر است آمار و اطلاعات این جدول به صورت یک روند در نظر گرفته شود. با توجه به این که برای نشان دادن توزیع و چگونگی و تغییرات سهم گروه‌های جامعه و تغییرات سهم‌ها، از دهک‌ها استفاده می‌شود، نتایج محاسبه شاخص‌ها در این مطالعه در قالب دهک ارایه شد.

در این مطالعه برای سنجش نابرابری در شاخص‌های خدمات سلامت مادران در بین استان‌های مختلف کشور از شاخص نوعی IDisp (Index of disparity) استفاده کردیم؛ IDisp نوعی شاخص برای اندازه‌گیری نسبی نابرابری در بین جوامع تعریف شده نظیر منطقه جغرافیایی است. IDisp می‌تواند برای ارزیابی روندها در طی زمان و در بین جمعیت‌های مختلف بکار رود (۱۵ و ۱۶).

نحوه محاسبه شاخص‌ها در زیر بیان شده است:

$$ID_{isp} = \left(\sum_{j=1}^J |r_j - r_{ref}| / J \right) / r_{ref} \times 100$$

نمونه مورد نیاز بر مبنای محدودیت‌های عملیاتی در حدود ۳۰۰۰ خانوار تعیین شد. توزیع نمونه بر مبنای تعداد خانوار ساکن در استان کشور (توزیع به نسبت جمعیت) صورت گرفت و استان‌هایی که حجم نمونه آن‌ها کمتر از ۴۰۰ خانوار پیش‌بینی شد (۷ استان)، به حداقل ۴۰۰ نمونه افزایش یافت و به این ترتیب نمونه کلی پیش‌بینی شده حدود ۳۱۳۰۰ خانوار برآورد شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای طبقه‌بندی شده تصادفی با خوشه‌های مساوی بود و هر خوشه شامل ۱۰ خانوار تصادفی طبقه‌بندی شده (شهری و روستایی) بود. چارچوب آماری در نقاط شهری و روستایی شهرستان، فهرست کلیه خانوارهای معمولی ساکن مشتمل بر آدرس جغرافیایی آن‌ها (نشانی پستی) بود که از سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵ به دست آمد. با توجه به گذشت چهار سال از انجام سرشماری سال ۱۳۸۵، برای به هنگام کردن چارچوب نمونه‌گیری، قبل از شروع مطالعه، از خانوارهای خوشه‌های منتخب فهرست‌برداری شد (۱۴). در مطالعه حاضر داده‌های مربوط به ۳۹۷۴ نفر از زنان ۱۵-۵۴ سال که طی دو سال قبل از مطالعه IrMIDHS زایمان کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه MICS4 و DHS6 بود که با استفاده از جلسات بحث متمرکز و مصاحبه با اساتید و صاحب‌نظران نظام سلامت و با توجه به شرایط کشورمان بومی‌سازی شد.

نرخ پاسخ‌دهی زنان ۱۵-۵۴ ساله در مطالعه IrMIDHS برابر با ۹۷/۵۰٪ بود. در مطالعه مزبور به منظور تضمین کیفیت داده‌های بررسی، ضمن تدوین دستورعمل‌های استاندارد، ساختار نظارتی چند لایه‌ای برای پایش فرآیندهای متعدد در همه مراحل پیمایش شامل نمونه‌گیری، آموزش نحوه جمع‌آوری داده‌ها، اجرا، ورود داده‌ها و تحلیل داده پیش‌بینی شد. فرآیند نظارت و پایش در سطوح مختلف مطالعه شامل وزارت بهداشت، مرکز آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و همچنین در سطح استانی مطالعه را پوشش می‌داد. همه پرسشنامه‌ها دو بار به طور جداگانه وارد نرم‌افزار شدند. کنترل‌های متوالی از نمونه‌های تصادفی متغیرها به وسیله تیم مرکزی مطالعه انجام شد.

در این مطالعه جهت بررسی خدمات سلامت مادران، شاخص‌های محل زایمان، نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)، وجود مراقبت‌های بعد از زایمان، وجود فرد مناسب برای کمک به زایمان و تعداد مراقبت‌های دوران بارداری محاسبه شدند. محل انجام زایمان در پرسشنامه مطالعه، یک سؤال نه‌گزینه‌ای بود که در این پژوهش به دو حالت محل زایمان مناسب و نامناسب تبدیل شد؛ محل مناسب زایمان شامل زایشگاه یا بیمارستان دولتی، واحد تسهیلات زایمان، زایشگاه یا بیمارستان خصوصی و

در زمینه پوشش مراقبت‌های دوران بارداری ۲/۵٪ از زنان زایمان کرده در طول ۲ سال قبل از مطالعه، هیچ گونه مراقبتی در دوران بارداری دریافت نکرده بودند که بیشترین میزان مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان (۶/۹٪)، البرز (۶٪)، فارس (۵/۵٪) و کرمان (۴/۱٪) بود. این میزان در استان‌های تهران و قزوین نیز بیش از متوسط کشور بود. کمتر از ۴۰٪ از زنان زایمان کرده در طی دو سال قبل از مطالعه در استان‌های سیستان و بلوچستان (۳۴٪)، لرستان (۳۸/۲٪) و کردستان (۳۷/۶٪) مراقبت‌های دوران بارداری را از پزشک متخصص زنان و زایمان دریافت کرده بودند. این میزان در استان‌های سمنان، گیلان، مازندران و یزد بیش از ۸۰٪ بود. در برخی از استان‌ها نظیر ایلام، بوشهر و چهارمحال و بختیاری بیشترین میزان مراقبت‌های دوران بارداری از ماماها و کاردان‌ها یا کارشناسان بهداشت خانواده دریافت شده بود (جدول ۱).

در فرمول فوق I_z نشان‌دهنده مقدار نشانگر در گروه I_{ref} نشان‌دهنده مقدار نشانگر در گروه مرجع و I بیانگر تعداد زیرگروه‌های مورد مطالعه (استان‌ها) است و به شکل درصدی بیان می‌شود. وجود روند کاهشی و نزدیک شدن شاخص به عدد صفر نشان‌دهنده کمتر شدن بی‌عدالتی و $IDisp$ است که در آن همه استان‌ها از نظر شاخص مورد بررسی در وضعیت یکسانی هستند.

نتایج

در مطالعه حاضر داده‌های مربوط به ۳۹۷۴ نفر از زنان ۱۵-۵۴ ساله که طی دو سال قبل از مطالعه $IrMIDHS$ زایمان کرده بودند از بعد شاخص‌های مراقبت دوران بارداری، محل و روش زایمان، فرد کمک‌کننده به زایمان و مراقبت‌های بعد از زایمان مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱- پوشش مراقبت‌های دوران بارداری در زنانی که در دو سال قبل از مطالعه، زایمان نوزاد زنده داشته‌اند به تفکیک فرد مراقبت‌کننده، مطالعه $IrMIDHS-1389$

درصد زنانی که در دوران بارداری حداقل شش بار مراقبت شده‌اند	مجموع مراقبتان تحصیل کرده یا دوره‌دهنده*	مجموع مراقبتان تحصیل کرده	درصد زنانی که هیچ مراقبتی دریافت نکرده‌اند	مامای محلی / اقوام/دوستان / سایر	مراقبان دوره‌دهنده			مراقبان تحصیل کرده			کشور
					بهورز	مامای روستایی	کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده	مامای تحصیل کرده	پزشک عمومی	پزشک متخصص و بختیاری	
۸۸/۶۱	۹۶/۹۲	۹۰/۵۸	۲/۵۱	۱/۱۷	۲۸/۵۴	۰/۷۵	۲۵/۴۲	۵۳/۹۶	۱۲/۲۲	۵۸/۹۲	کل کشور
۹۰/۷۸	۹۶/۹۰	۹۵/۲۹	۲/۴۳	۰/۹۴	۷/۷۳	۰/۲۹	۳۰/۳۹	۵۲/۰۰	۷/۵۱	۶۶/۳۴	شهری
۹۴/۷۱	۹۶/۹۴	۸۲/۳۱	۲/۶۵	۱/۵۶	۶۵/۳۰	۱/۵۷	۱۶/۶۵	۵۷/۴۳	۲۰/۵۵	۴۵/۸۲	روستایی
۸۹/۹۰	۹۷/۸۹	۹۲/۱۵	۱/۴۷	۳/۵۱	۱۸/۰۶	۱/۶۴	۴۳/۷۲	۳۰/۸۳	۸/۰۲	۵۸/۱۴	آذربایجان شرقی
۸۹/۱۹	۹۸/۱۹	۹۳/۳۶	۱/۰۹	۰/۰۰	۴۳/۲۰	۰/۰۰	۴۸/۲۳	۵۹/۲۰	۴۳/۱۲	۴۰/۹۲	آذربایجان غربی
۸۸/۷۳	۱۰۰/۰۰	۹۵/۰۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۴۷/۰۳	۱/۵۶	۳۸/۷۱	۲۸/۱۲	۳۱/۳۶	۴۸/۵۳	اردبیل
۹۶/۴۵	۹۸/۳۰	۹۵/۰۶	۰/۴۸	۲/۴۳	۱۹/۵۵	۱/۸۹	۳۱/۱۳	۵۰/۱۵	۸/۸۱	۶۹/۵۸	اصفهان
۹۴/۱۵	۱۰۰/۰۰	۹۸/۲۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۰/۸۸	۷/۲۸	۵۱/۰۵	۷۱/۴۹	۱/۸۱	۵۷/۱۵	ایلام
۹۶/۴۶	۹۸/۵۰	۹۸/۵۰	۱/۵۰	۰/۰۰	۱۶/۹۶	۰/۰۰	۷۸/۵۹	۴۲/۲۳	۱۰/۹۷	۷۸/۴۹	بوشهر
۹۰/۵۳	۹۵/۴۶	۹۲/۶۷	۳/۶۳	۰/۶۴	۲/۶۶	۰/۶۴	۸/۵۳	۴۴/۵۱	۲/۱۲	۶۰/۲۷	تهران
۹۶/۷۳	۱۰۰/۰۰	۹۸/۳۶	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۹/۳۷	۰/۰۰	۳۸/۹۲	۹۲/۵۵	۵۹/۸۱	۶۴/۳۶	چهارمحال و بختیاری
۹۳/۵۷	۹۵/۸۸	۸۶/۰۷	۴/۱۲	۳/۷۴	۳۹/۵۵	۰/۰۰	۱/۹۷	۷۵/۰۲	۱۱/۶۵	۷۱/۸۱	خراسان جنوبی
۸۹/۳۱	۹۷/۱۰	۹۰/۹۳	۲/۵۸	۰/۶۰	۳۰/۳۹	۱/۸۳	۲۱/۲۲	۵۳/۲۸	۹/۶۹	۵۵/۵۰	خراسان رضوی
۸۲/۰۵	۹۷/۲۲	۸۶/۲۴	۲/۷۸	۰/۰۰	۳۷/۵۶	۱/۳۵	۱۲/۹۷	۶۱/۰۵	۲۲/۸۰	۴۰/۸۴	خراسان شمالی
۸۶/۳۶	۹۶/۶۹	۹۰/۰۴	۲/۹۵	۰/۲۸	۲۴/۵۶	۰/۰۰	۱۲/۱۰	۶۰/۲۹	۶۰/۳۰	۴۸/۵۷	خوزستان
۹۴/۹۳	۹۸/۴۲	۹۶/۸۵	۱/۵۸	۰/۰۰	۳۰/۶۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۷۰/۹۱	۳۳/۹۲	۴۸/۴۹	زنجان
۹۴/۴۱	۱۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۲/۵۴	۱۲/۷۷	۰/۰۰	۳۸/۴۸	۶۳/۸۸	۰/۰۰	۸۴/۵۵	سمنان
۶۴/۴۰	۹۲/۲۹	۶۷/۴۴	۶/۹۰	۲/۸۰	۵۱/۴۰	۱/۲۲	۲۴/۱۳	۳۸/۵۴	۹/۶۸	۳۴/۳۳	سیستان و بلوچستان
۸۳/۶۰	۹۳/۲۹	۸۵/۱۲	۵/۴۴	۲/۵۶	۳۹/۶۵	۰/۰۰	۳۶/۵۳	۳۸/۹۵	۱۰/۸۶	۶۸/۷۷	فارس
۹۲/۷۲	۹۴/۷۲	۹۱/۲۰	۳/۵۸	۰/۰۰	۱۸/۲۷	۰/۰۰	۱۰/۶۴	۶۲/۳۸	۶/۶۵	۶۸/۸۳	قزوین
۸۹/۳۹	۱۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۳۱/۳۴	۴۷/۷۶	۲/۹۹	۴۴/۷۸	قم
۹۰/۲۵	۹۷/۳۱	۶۴/۲۵	۲/۶۹	۱/۳۵	۴۷/۶۲	۰/۰۰	۴۴/۲۴	۶۱/۹۶	۲۱/۵۴	۳۷/۶۶	کردستان
۸۳/۸۰	۹۴/۶۱	۹۲/۶۷	۴/۱۳	۱/۲۶	۳۳/۰۲	۰/۰۰	۱۲/۰۴	۵۷/۷۴	۴/۷۰	۷۴/۳۹	کرمان
۹۰/۱۶	۹۸/۸۸	۹۲/۴۷	۱/۱۲	۱/۱۱	۲۴/۹۰	۰/۰۰	۴۰/۶۱	۶۱/۶۹	۱۳/۰۵	۶۷/۳۹	کرمانشاه
۹۶/۰۸	۱۰۰/۰۰	۹۴/۶۹	۰/۰۰	۲/۶۹	۶۰/۱۵	۰/۰۰	۲۰/۶۰	۶۸/۸۵	۳۹/۴۹	۷۰/۹۹	کهگیلویه و بویراحمد
۸۸/۵۷	۹۸/۱۳	۹۵/۱۱	۰/۹۵	۲/۸۴	۴۹/۹۹	۰/۰۰	۹/۸۶	۸۳/۳۶	۲۵/۸۱	۷۳/۲۰	گلستان
۹۷/۴۸	۱۰۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۲/۳۹	۳۷/۲۴	۰/۰۰	۳۲/۹۵	۵۶/۶۷	۲۴/۷۷	۸۴/۶۶	گیلان
۹۲/۹۵	۱۰۰/۰۰	۸۶/۹۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۳۵/۵۸	۱/۱۷	۱۹/۶۶	۶۳/۵۵	۴/۸۰	۳۸/۲۳	لرستان
۹۳/۹۲	۹۹/۱۳	۹۷/۴۶	۰/۰۰	۰/۸۷	۳۶/۹۴	۱/۷۰	۱۹/۹۸	۶۴/۵۰	۱۲/۲۰	۳۸/۸۱	مازندران
۹۵/۸۵	۹۸/۷۳	۸۲/۵۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۳۹/۰۲	۲/۴۹	۱۳/۵۶	۶۰/۹۹	۴/۹۷	۶۰/۸۱	مرکزی
۸۱/۴۱	۹۹/۰۳	۸۱/۱۲	۰/۹۷	۰/۹۶	۲۸/۳۳	۰/۰۰	۰/۹۸	۷۱/۳۸	۲/۸۹	۳۹/۳۷	هرمزگان
۹۴/۲۷	۱۰۰/۰۰	۹۵/۵۵	۰/۰۰	۱/۲۲	۵۰/۷۲	۱/۲۲	۲۶/۱۱	۷۶/۷۸	۱۵/۰۸	۴۶/۶۲	همدان
۹۲/۵۷	۹۷/۰۶	۹۵/۶۳	۲/۹۴	۰/۰۰	۱۹/۶۷	۰/۰۰	۳۹/۴۹	۴۹/۷۱	۱۰/۷۷	۸۴/۶۷	یزد
۹۰/۷۵	۹۴/۰۳	۹۳/۰۲	۵/۹۷	۰/۰۰	۳/۲۰	۰/۰۰	۶/۳۱	۵۵/۸۰	۳/۱۶	۹۲/۵۸	البرز

* شاخص شماره 5.5 MICS، دوره ۴ بین‌المللی؛ شاخص شماره 5.5 اهداف توسعه هزاره (MDGs)

توضیح: در سؤال مربوط به فرد آرایه‌کننده مراقبت‌های دوران بارداری، امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود داشته است.

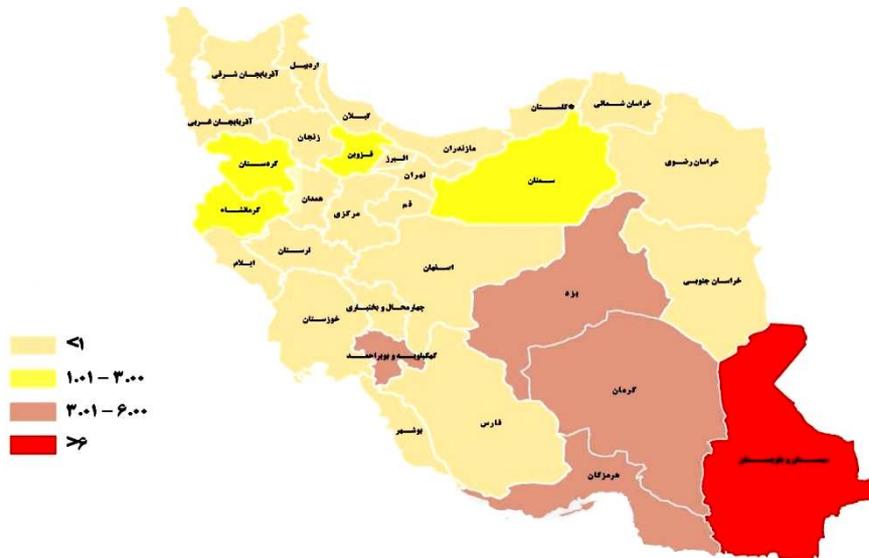
همان طور که جدول ۲ نشان می‌دهد زایمان‌های انجام شده به کمک پزشکان متخصص در زنان ساکن در مناطق شهری به وضوح بالاتر از میانگین زنان ساکن در مناطق روستایی است. این جدول نشان می‌دهد که بیشترین درصد زایمان‌های انجام شده بدون کمک مراقبان تحصیل کرده یا دوره‌دیده در استان سیستان و بلوچستان دیده می‌شود.

همان طور که جدول ۲ نشان می‌دهد زایمان‌های انجام شده به کمک پزشکان متخصص در زنان ساکن در مناطق شهری به وضوح بالاتر از میانگین زنان ساکن در مناطق روستایی است. این جدول نشان می‌دهد که بیشترین درصد زایمان‌های انجام شده بدون کمک مراقبان تحصیل کرده یا دوره‌دیده در استان سیستان و بلوچستان دیده می‌شود.

جدول ۲- درصد زنانی که در دو سال قبل از مطالعه زایمان نوزاد زنده داشته‌اند به تفکیک عامل کمک‌کننده به زایمان، مطالعه IrMIDHS-۱۳۸۹

مراقبان تحصیل کرده یا دوره‌دیده ^۹	درصد زنان زایمان کرده توسط:									
	مراقبان تحصیل کرده					مراقبان دوره دیده				
	هیچ کس	سایر	اقوام/دوستان	مامای محلی	مامای تحصیل کرده	مامای روستایی	بهورز ماما	پزشک عمومی	پزشک متخصص	کل کشور
۹۶/۴۲	۰/۴۱	۰/۹۸	۱/۰۳	۲/۲۶	۰/۱۵	۰/۲۹	۵۳/۵۹	۰/۹۸	۵۴/۵۳	کشور
۹۸/۲۰	۰/۴۱	۱/۰۶	۰/۶۵	۰/۸۳	۰/۰۰	۰/۰۸	۴۸/۳۰	۰/۷۲	۶۲/۴۳	شهری
۹۳/۳۱	۰/۴۲	۰/۸۳	۱/۶۹	۴/۷۶	۰/۴۱	۰/۶۸	۶۲/۸۵	۱/۴۴	۴۰/۶۹	روستایی
۹۹/۴۹	۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴۸/۴۱	۱/۰۲	۵۴/۲۵	آذربایجان شرقی
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶۴/۱۷	۱/۶۸	۳۹/۲۰	آذربایجان غربی
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴۵/۹۹	۰/۰۰	۵۸/۸۸	اردبیل
۹۹/۷۱	۰/۹۲	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۲۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۴۲/۰۵	۰/۹۵	۷۳/۳۰	اصفهان
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۸۰	۶۱/۵۳	۰/۰۰	۵۱/۶۵	ایلام
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۵۰	۰/۰۰	۷۱/۲۹	۰/۰۰	۵۴/۲۴	بوشهر
۹۷/۴۱	۰/۴۲	۱/۷۵	۱/۲۹	۰/۸۶	۰/۲۱	۰/۲۰	۳۸/۷۶	۱/۷۱	۶۹/۴۲	تهران
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۵۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶۲/۹۲	۰/۰۰	۵۱/۵۷	چهارمحال و بختیاری
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۸۷/۷۵	۰/۰۰	۵۲/۱۵	خراسان جنوبی
۹۹/۳۸	۰/۳۰	۰/۰۰	۰/۳۳	۰/۲۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۷/۱۱	۰/۶۲	۵۷/۹۴	خراسان رضوی
۹۸/۶۳	۰/۰۰	۵/۴۱	۱/۳۷	۰/۰۰	۱/۳۷	۰/۰۰	۷۱/۲۸	۲/۷۸	۴۱/۱۲	خراسان شمالی
۹۸/۹۴	۰/۰۰	۰/۳۵	۱/۰۶	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶۲/۹۰	۰/۳۸	۴۳/۲۴	خوزستان
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۳/۵۱	۰/۰۰	۴۹/۶۷	زنجان
۹۷/۳۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۲/۶۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۳۳/۳۰	۰/۰۰	۸۷/۲۲	سمنان
۷۰/۲۶	۲/۸۵	۰/۸۱	۲/۵۱	۲۲/۷۴	۰/۷۹	۲/۳۲	۵۶/۴۵	۰/۰۰	۱۱/۱۴	سیستان و بلوچستان
۹۷/۳۸	۰/۴۵	۰/۴۷	۱/۳۱	۰/۴۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۳/۸۹	۰/۸۸	۵۳/۸۷	فارس
۹۸/۴۱	۰/۰۰	۲/۵۸	۰/۰۰	۱/۵۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۰/۰۳	۳/۰۴	۷۵/۸۹	قزوین
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۰/۷۵	۰/۰۰	۵۸/۲۱	قم
۹۷/۲۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۷۵	۰/۰۰	۰/۰۰	۶۲/۸۳	۱/۳۵	۴۱/۱۷	کردستان
۹۲/۹۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶/۴۴	۵/۷۱	۰/۰۰	۱/۳۷	۳۷/۰۹	۱/۸۹	۵۴/۶۳	کرمان
۹۶/۸۱	۱/۰۳	۲/۰۷	۲/۱۶	۱/۰۳	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۹/۹۵	۰/۰۰	۶۶/۲۲	کرمانشاه
۸۹/۳۱	۰/۰۰	۲/۷۳	۶/۵۰	۴/۰۱	۲/۵۶	۰/۰۰	۴۶/۰۳	۰/۰۰	۳۴/۶۴	کهگیلویه و بویراحمد
۹۹/۰۶	۰/۰۰	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶۱/۳۴	۰/۹۳	۵۶/۸۰	گلستان
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۶/۴۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۲۸	۳۱/۵۸	۳/۷۰	۷۳/۶۹	گیلان
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۳/۴۳	۲/۳۳	۴۹/۱۲	لرستان
۹۸/۲۶	۰/۰۰	۳/۸۵	۰/۸۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۳۶/۸۴	۰/۴۲	۷۴/۳۷	مازندران
۹۸/۸۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۲۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۵۷/۹۶	۰/۰۰	۴۷/۲۵	مرکزی
۹۴/۰۶	۰/۸۹	۰/۰۰	۰/۹۷	۵/۸۸	۰/۰۰	۰/۰۰	۷۱/۱۳	۱/۹۴	۳۴/۰۰	هرمزگان
۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۲۲	۷۸/۴۲	۰/۰۰	۳۹/۸۷	همدان
۹۵/۴۹	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴/۵۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۸۰/۷۶	۰/۰۰	۶۹/۰۶	یزد
۹۷/۰۰	۰/۰۰	۳/۰۰	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴۱/۹۷	۱/۰۱	۶۹/۰۳	البرز

^۹ شاخص شماره 5.7 MICS، دوره ۴ بین‌المللی؛ شاخص شماره 5.2 اهداف توسعه هزاره (MDGs)؛ توضیح: در سؤال مربوط به عامل زایمان امکان انتخاب بیش از یک گزینه وجود داشته است.



شکل ۱- درصد زنانی که در دو سال قبل از مطالعه به کمک مامای محلی زایمان کرده‌اند، مطالعه IrMIDHS-۱۳۸۹

بهار ۹۳، دوره هفدهم، شماره اول، پیاپی ۶۴

وضوح بالاتر از میانگین کل کشور است و در بالاترین دهک قرار دارند. ستون آخر جدول ۳، درصد پوشش حداقل یک بار مراقبت پس از زایمان را نشان می‌دهد. بر اساس جدول فوق استان‌های ایلام، کرمان و هرمزگان با پوشش‌های به ترتیب ۴۵/۷٪ و ۵۵/۹٪ و ۵۷٪ کمترین میزان بهره‌مندی از این مراقبت‌ها را داشته‌اند و در پایین‌ترین دهک قرار گرفته‌اند و استان‌های چهارمحال و بختیاری و اردبیل به ترتیب با پوشش ۹۳/۵٪ و ۸۸/۷٪ و گیلان با پوشش ۸۷٪ بیشترین میزان مراقبت پس از زایمان را داشته‌اند و در بالاترین دهک قرار گرفته‌اند. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد اکثریت شاخص‌های مورد بررسی در زنان ۵۴-۱۵ سال کشور از سال ۱۳۷۶ تاکنون به طور قابل توجهی بهبود داشته است.

در رابطه با محل زایمان، بیشترین زایمان انجام شده در بین راه متعلق به استان تهران بود (۵/۳۳٪) (جدول ۳). همچنین بیشترین درصد زایمان در منزل در استان‌های سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد بوده است. تنها شاخص بهداشتی که میانگین کشوری آن روند افزایشی نامطلوب داشته است شاخص میزان سزارین بود که طی ۱۱ سال گذشته از ۳۵٪ به ۴۶٪ رسیده است. همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد زایمان‌های سزارین شده در بین زنان ساکن مناطق شهری به وضوح بالاتر از مناطق روستایی است. در بین استان‌ها، استان‌های سیستان و بلوچستان، همدان و خراسان شمالی از نظر زایمان‌های انجام شده به روش سزارین در پایین‌ترین دهک قرار دارند. میانگین استان‌های اردبیل، اصفهان، گیلان و مازندران به

جدول ۳- درصد زنانی که در دو سال قبل از مطالعه زایمان نوزاد زنده داشته‌اند به تفکیک محل و روش زایمان و مراقبت بعد از زایمان،

مطالعه IrMIDHS-۱۳۸۹

مراقبت بعد از زایمان (حداقل یک بار)	روش زایمان			محل زایمان				کل کشور
	سزارین**	زایمان طبیعی	مجموع مراکز دولتی و خصوصی*	سایر و بین راه	منزل	بخش خصوصی	بخش دولتی	
۷۳/۹۴	۴۵/۵۵	۵۴/۴۵	۹۵/۳۴	۰/۸۷	۳/۷۹	۱۲/۳۹	۸۲/۹۵	کل کشور
۷۳/۱۲	۵۱/۴۰	۶۰/۴۸	۹۶/۹۴	۱/۱۵	۱/۹۱	۱۷/۱۸	۷۶/۷۶	شهری
۷۵/۳۹	۳۵/۶۸	۶۴/۳۲	۹۲/۵۴	۰/۳۷	۷/۰۹	۳/۹۸	۸۵/۵۵	روستایی
۷۵/۷۶	۴۶/۵۶	۵۳/۴۴	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۱/۶۵	۸۵/۳۵	آذربایجان شرقی
۸۶/۱۱	۳۵/۹۳	۶۴/۰۷	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴/۰۶	۹۵/۹۴	آذربایجان غربی
۸۸/۶۸	۵۸/۷۳	۴۱/۲۷	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶/۵۷	۹۳/۴۳	اردبیل
۸۱/۸۳	۶۰/۸۳	۳۹/۱۷	۹۹/۷۱	۰/۰۰	۰/۳۹	۱۸/۶۵	۸۱/۰۶	اصفهان
۴۵/۷۳	۵۴/۰۰	۴۶/۰۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۹/۷۵	۸۰/۲۵	ایلام
۷۸/۲۸	۴۰/۹۸	۵۹/۰۲	۹۸/۵۰	۰/۰۰	۱/۵۰	۱/۵۰	۹۷/۰۱	پوشهر
۷۲/۳۵	۵۸/۲۳	۴۱/۶۷	۹۲/۱۳	۵/۳۳	۲/۵۵	۱۹/۸۴	۷۲/۲۸	تهران
۹۳/۴۶	۳۷/۵۰	۶۲/۵۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۶/۴۸	۹۳/۵۲	چهارمحال و بختیاری
۷۸/۴۰	۴۰/۸۲	۵۹/۱۸	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۲/۰۶	۹۷/۹۴	خراسان جنوبی
۷۵/۹۴	۴۶/۶۲	۵۶/۳۸	۹۸/۴۰	۰/۹۹	۰/۶۲	۱۹/۸۱	۷۸/۵۹	خراسان رضوی
۶۸/۸۰	۳۰/۸۸	۶۹/۱۲	۹۸/۶۳	۰/۰۰	۱/۳۷	۰/۰۰	۹۸/۶۳	خراسان شمالی
۷۸/۶۶	۴۷/۷۵	۵۶/۲۵	۹۸/۹۴	۰/۰۰	۱/۰۶	۹/۹۵	۸۸/۹۸	خوزستان
۶۸/۴۷	۳۸/۱۰	۶۱/۹۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱/۵۸	۹۸/۴۲	زنجان
۷۶/۹۹	۵۱/۵۲	۴۸/۴۸	۹۷/۳۹	۰/۰۰	۲/۶۱	۲/۵۴	۹۴/۸۵	سمنان
۶۰/۲۰	۱۱/۲۱	۸۸/۷۹	۶۷/۵۸	۰/۰۰	۳۲/۴۲	۰/۸۹	۶۶/۶۹	سیستان و بلوچستان
۷۳/۵۲	۴۷/۸۳	۵۲/۱۷	۹۷/۳۸	۰/۰۰	۲/۶۲	۷/۲۶	۹۰/۱۲	فارس
۶۹/۲۰	۶۲/۵۰	۳۷/۵۰	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۳۹/۶۰	۷۰/۴۰	قزوین
۶۴/۱۸	۵۴/۵۵	۴۵/۴۵	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۹/۴۰	۸۰/۶۰	قیم
۷۶/۰۷	۳۸/۸۹	۶۱/۱۱	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	کردستان
۵۵/۹۴	۴۲/۸۶	۵۷/۱۴	۹۰/۸۹	۰/۶۴	۸/۴۶	۱۸/۲۲	۷۲/۶۷	کرمان
۸۴/۴۹	۴۶/۹۶	۵۶/۰۴	۹۶/۸۱	۰/۰۰	۳/۱۹	۵/۵۵	۹۱/۲۶	کرمانشاه
۶۵/۵۶	۴۱/۴۳	۵۸/۵۷	۸۶/۷۶	۰/۰۰	۱۳/۲۴	۱/۳۷	۸۵/۳۹	کهگیلویه و بویراحمد
۸۴/۹۶	۴۶/۴۶	۵۳/۵۴	۹۹/۰۶	۰/۰۰	۰/۹۴	۱۶/۸۵	۸۸/۲۰	گلستان
۸۷/۰۶	۶۷/۵۳	۳۲/۴۷	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۹/۹۴	۸۰/۰۶	گیلان
۷۲/۷۱	۴۶/۲۵	۵۳/۷۵	۱۰۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۴/۶۹	۹۵/۳۱	لرستان
۷۶/۳۲	۶۶/۱۴	۳۳/۸۶	۹۸/۲۶	۰/۰۰	۱/۷۴	۲۵/۸۳	۷۲/۴۳	مازندران
۷۹/۶۵	۳۷/۵۰	۶۲/۵۰	۹۷/۵۴	۱/۲۷	۱/۲۰	۴/۹۹	۹۲/۵۵	مرکزی
۵۷/۰۸	۳۴/۳۴	۶۵/۶۶	۹۴/۰۶	۰/۰۰	۵/۹۴	۶/۷۴	۸۷/۳۲	هرمزگان
۸۵/۰۰	۲۷/۵۰	۷۲/۵۰	۹۷/۵۶	۰/۰۰	۲/۴۴	۳/۴۸	۹۴/۰۸	همدان
۶۸/۹۲	۳۵/۹۴	۶۴/۰۶	۹۵/۴۹	۰/۰۰	۴/۵۱	۳۵/۳۹	۷۰/۱۰	یزد
۵۹/۰۱	۵۵/۶۷	۴۴/۳۳	۹۶/۰۰	۱/۰۰	۳/۰۰	۱۸/۰۱	۷۷/۹۸	البرز

* شاخص شماره ۵/۹ MICS، دوره ۴ بین‌المللی

** شاخص شماره ۵/۸ MICS، دوره ۴ بین‌المللی

همان طور که جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار شاخص IDisp برای همه شاخص‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان آموزش‌دیده، زایمان در محل مناسب، مراقبت‌های پس از زایمان و زایمان به روش سزارین در بین این سال‌ها روند کاهش یافته داشته است. جهت مقایسه نظام سلامت کشورمان با کشورهای همسایه، کشور ترکیه گزینه مناسبی برای مقایسه شاخص‌های بهداشتی است. چون هم از لحاظ جمعیتی و هم از لحاظ وسعت شباهت‌هایی به ایران دارد. در این مطالعه علاوه بر ترکیه از بین کشورهایی که در منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته‌اند کشورهای اردن، سوریه و مصر را نیز برای مقایسه شاخص‌های بهداشتی کشورمان مدنظر قرار داده‌ایم (جدول ۶).

همان طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد بیشترین میزان زایمان در بخش خصوصی در استان‌های گیلان، مازندران، قزوین، اصفهان و تهران بوده است. همین استان‌ها دارای بیشترین میزان زایمان به روش سزارین نیز بوده‌اند.

جدول ۴- مقایسه پوشش مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان به کمک مراقبان بهداشتی ماهر، روش زایمان و زایمان در مراکز بهداشتی دولتی و خصوصی در زمانی که در دو سال قبل از مطالعه زایمان نوزاد زنده داشته‌اند در مطالعات MICS 76, DHS79, IMES84, MIDHS89

عنوان شاخص	MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89
مراقبت‌های دوران بارداری توسط مراقبان بهداشتی تحصیل کرده یا دوره‌دیده	۷۶/۵	۹۳/۱	۹۸/۳	۹۶/۹
کل کشور	۷۸/۹	۹۴/۸	-	۹۶/۹
شهری	۷۲/۴	۸۹/۹	-	۹۶/۹
روستایی	-	-	-	-
زایمان به کمک مراقبان بهداشتی تحصیل کرده یا دوره‌دیده	۸۶/۱	۸۹/۶	۹۶/۳	۹۶/۴
کل کشور	۹۵/۳	۹۵/۵	۹۸/۷	۹۸/۰
شهری	۶۹/۶	۷۹/۰	۹۱/۵	۹۳/۳
روستایی	-	-	-	-
زایمان طبیعی	-	۶۵/۰	۵۹/۶	۵۴/۴
کل کشور	-	۵۸/۱	۵۳/۳	۴۸/۶
شهری	-	۷۷/۵	۷۲/۵	۶۴/۳
روستایی	-	-	-	-
زایمان به روش سزارین	-	۳۵/۰	۴۰/۴	۴۵/۵
کل کشور	-	۴۱/۹	۴۶/۷	۵۱/۴
شهری	-	۲۲/۵	۲۷/۵	۳۵/۷
روستایی	-	-	-	-
زایمان در مراکز بهداشتی دولتی و خصوصی	-	۸۷/۶	۹۶/۳	۹۵/۳
کل کشور	-	-	-	۹۶/۹
شهری	-	-	-	۹۲/۵
روستایی	-	-	-	-
پوشش مراقبت‌های بعد از زایمان	-	۶۱/۲	۸۶/۵	۷۳/۹
کل کشور	-	۶۳/۹	۸۵/۱	۷۳/۱
شهری	-	۵۶/۵	۸۹/۴	۷۵/۴
روستایی	-	-	-	-

جدول ۵- مقادیر Index of disparity برای شاخص‌های سلامت مادران بین استان‌های مختلف کشور بر اساس اطلاعات مطالعات سلامت و جمعیت سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۹

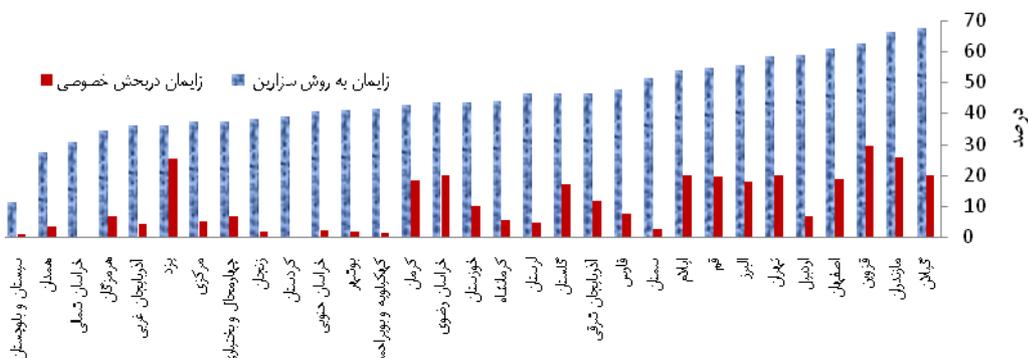
شاخص سال	شاخص مراقبت‌های دوران بارداری	شاخص زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان آموزش‌دیده	شاخص زایمان در محل مناسب	شاخص مراقبت‌های بعد از زایمان	شاخص زایمان به روش سزارین
۱۳۷۹	۶/۶۳	-	۱۴/۳۹	۲۹/۶۰	۳۷/۲۲
۱۳۸۹	۲/۲۲	۲/۷۱	۳/۱۹	۲۰/۹۸	۳۳/۰۲

توضیح: شاخص زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان آموزش‌دیده در گزارش مطالعه سال ۱۳۷۹ ارایه نشده بود.

جدول ۶- مقایسه شاخص‌های سلامت مادران در مطالعه MIDHS ایران با مطالعات کشورهای منطقه (ترکیه، اردن، سوریه و مصر)

عنوان شاخص	ایران ۲۰۱۰	ترکیه ۲۰۰۸	اردن ۲۰۰۷	سوریه ۲۰۰۷	مصر ۲۰۰۸
مراقبت‌های دوران بارداری توسط مراقبان بهداشتی تحصیل کرده یا دوره‌دیده	۹۶/۹	۹۲/۰	۹۰/۰	۸۴/۰	۷۳/۰
زایمان به کمک مراقبان بهداشتی تحصیل کرده یا دوره‌دیده	۹۶/۴	۷۱/۳	۹۹/۲	۹۳/۰	۷۹/۹
زایمان به روش سزارین	۴۵/۵	۳۶/۷	۲۰/۰	-	۲۹/۲
زایمان در مراکز بهداشتی دولتی و خصوصی	۹۵/۳	۸۹/۷	۹۸/۹	۷۰/۴	۷۴/۲
پوشش مراقبت‌های بعد از زایمان	۷۳/۹	۸۴/۸	۶۸/۰	-	۸۲/۰

Sources: ¹Turkey Demographic and Health Survey (TDHS) 2008; ²Jordan Demographic and Health Survey 2007; ³Jordan Population and Family Health Survey 2007; ⁴Syria Multiple Indicator Cluster Survey (MICS3) 2006; ⁵Egypt Demographic and Health Survey 2008



نمودار ۱- درصد زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان در بخش خصوصی به تفکیک استان‌ها در دو سال قبل از مطالعه IrMIDHS ۱۳۸۹

بهار ۹۳، دوره هفدهم، شماره اول، پیاپی ۶۴

گزارش کرده بودند که مراقبت‌های دوران بارداری را حداقل دو بار دریافت کرده‌اند؛ در حالی که فقط ۶۹٪ از آن‌ها اعلام کرده بودند که به عنوان بخشی از مراقبت‌های دوران بارداری، فشار خون آن‌ها اندازه‌گیری شده و نمونه خون و ادرار از آن‌ها گرفته شده است. در این استان، منبع اصلی دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مامای تحصیل کرده بوده است (بیش از پزشکان متخصص). این یافته‌ها می‌تواند منعکس کننده کیفیت خدمات ارایه شده به وسیله ارایه کنندگان مختلف باشد؛ هرچند به دلیل عدم وجود داده‌های مورد نیاز، ما قادر نیستیم کیفیت خدمات را به طور مستقیم ارزیابی کنیم. دلیل دیگر می‌تواند با دسترسی به وسایل آزمایشگاهی در مراکز و خانه‌های بهداشت مرتبط باشد؛ در مراکزی که وسایل آزمایشگاهی موجود نیست امکان گرفتن نمونه خون و ادرار از زنان وجود ندارد که این مسأله ارتباطی به نوع ارایه کنندگان مراقبت‌ها ندارد.

اکثر زنان در بسیاری کشورهای در حال توسعه، مراقبت‌های سلامت دوران بارداری را دریافت نمی‌کنند. با این وجود ۷۵٪ زنان حداقل یک بار در طول دوران بارداری به ارایه کنندگان خدمات مراجعه می‌کنند که این فرصت را به آن‌ها می‌دهد که درباره مزایای برنامه‌های تنظیم خانواده، ملاحظات باروری و طیفی از وسایل پیشگیری نیز توضیح داده شود (۱۸). ادغام برنامه‌های پزشک خانواده با این خدمات به اطمینان از تحقق نیازها و ترجیحات متغیر زنان، و این که آن‌ها اطلاعاتی را در زمینه خدمات در هر نقطه از تماس با نظام سلامت دریافت کنند کمک می‌کند

خوشبختانه نتایج نشان می‌دهد که زایمان به کمک مراقبان بهداشتی آموزش دیده طی دهه گذشته در سطح بالایی حفظ شده است. بیشترین درصد زایمان‌های انجام شده بدون کمک مراقبان تحصیل کرده یا دوره دیده در استان سیستان و بلوچستان دیده می‌شود. در بررسی بیشتر لازم است مشخص شود که چند درصد از این زایمان‌ها متعلق به مناطق شهری و چند درصد مربوط به مناطق روستایی است و آیا نرخ پایین مراقبت به دلیل محدودیت در دسترسی جغرافیایی است یا دلایل دیگری دارد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد که زایمان در بخش خصوصی از ۱۵٪ در سال ۱۳۷۹ به ۱۲٪ در سال ۸۹ کاهش یافته است که تحلیل آن نیازمند توجه بیشتر است. یافته قابل توجه این که بیشترین زایمان انجام شده در بین راه متعلق به استان تهران بود (۵/۳۳). به رغم این که بیشترین تعداد بیمارستان و تخت بیمارستانی کشور در استان تهران متمرکز

نتایج این مطالعه نشان داد که از سال ۱۳۷۹ تاکنون شاخص‌های مورد بررسی در زنان ۵۴-۱۵ سال کشور در اکثر قریب به اتفاق موارد به طور قابل توجهی بهبود داشته است. این ارتقا به خصوص در شاخص‌هایی مانند دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از مراقبان تحصیل کرده یا دوره‌دیده، نسبت زایمان‌های انجام شده در مراکز بهداشتی و همچنین زایمان به کمک مراقبان بهداشتی آموزش دیده بیشتر مشهود بوده است. مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعاتی که با استفاده از اطلاعات جاری نظام سلامت کشور انجام می‌شود، نظیر اطلاعات به دست آمده از زیج حیاتی، نیز این روند ارتقای شاخص‌های اولیه بهداشتی را در این سال‌ها در کشور نشان داده است.

دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از مراقبان تحصیل کرده یا دوره‌دیده می‌تواند در تشخیص و شناسایی مشکلات و عوارض ناشی از بارداری مؤثر باشد. با این وجود روند استفاده از خدمات مراقبان آموزش دیده در طول بارداری از سال ۱۳۷۹ تاکنون در بسیاری از استان‌ها بهبود یافته است. این روند می‌تواند در نتیجه تلاش‌ها و مداخلاتی باشد که بر اساس درک اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری در بهبود پیامدهای سلامت مادر و نوزاد در سال‌های اخیر صورت گرفته است. مروری بر سابقه ارایه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور نشان می‌دهد که مراقبت از مادران باردار از چندین دهه قبل در کشور ما شروع شده و به طور پراکنده و مقطعی اقدامات متعددی در این باره انجام شده است. با وجود پیشرفت‌هایی در پوشش مراقبت‌های دوران بارداری هنوز تعداد شش بار مراقبت در برخی از استان‌های ناحیه جنوب شرقی کشور نظیر استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خراسان شمالی و کرمان محقق نشده است. در عین حال هر چند افزایش پوشش مراقبت‌های دوران بارداری (حداقل ۶ بار) به میزان بیش از ۹۳٪ تا سال ۱۳۹۴ از اهداف اختصاصی برنامه کشوری سلامت مادران بوده است (۱۷)، مطالعات متقنی که تعداد مطلوب مراقبت پیش از بارداری توسط پزشک و کارکنان سلامت را مشخص کند در کشور انجام نشده‌اند.

معمولاً فرض بر این است که در مناطقی که زنان دسترسی بیشتری به مراقبان آموزش دیده دارند درصد بالاتری از خدمات مورد نیاز دوران بارداری را نیز دریافت می‌کنند. در حالی که نتایج این مطالعه نشان داد که مراجعه به مراقبان آموزش دیده به خودی خود دریافت مراقبت‌های ضروری دوران بارداری (اندازه‌گیری فشارخون، گرفتن نمونه خون و ادرار) را تضمین نمی‌کند. برای مثال در استان خراسان شمالی ۹۷٪ از زنان

بالاترین و کمترین مقدار شاخص توسعه انسانی^۴ را طی سال‌های ۲۰۰۶-۱۹۹۶ داشته‌اند (۲۳). همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد در مقایسه با شاخص‌های بهداشتی همه کشورهای مورد مقایسه (ترکیه، اردن، سوریه و مصر)، وضعیت بهداشتی کشور ما در شاخص‌هایی چون پوشش مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان به کمک مراقبان بهداشتی تحصیل کرده یا دوره‌دیده، زایمان در مراکز بهداشتی دولتی و خصوصی (به جز اردن) به مراتب بهتر از کشورهای مورد بررسی است. اما ایران در رابطه با نرخ سزارین و پوشش مراقبت‌های بعد از زایمان در مقایسه با این کشورها وضعیت خوبی ندارد.

یافته‌های مطالعه نشان داد که استان‌هایی که دارای بیشترین میزان زایمان در بخش خصوصی بوده‌اند دارای بیشترین میزان زایمان به روش سزارین نیز بودند. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۴). ضمن آن که به نظر می‌رسد در کشور، کیفیت زندگی زنان پس از عمل سزارین از زنانی که زایمان طبیعی کرده‌اند بیشتر نیست (۲۵ و ۲۶)؛ این موضوع آگاه‌سازی بیشتر جامعه را ضروری می‌سازد.

مهم‌ترین محدودیت مطالعه اتکا به گزارش فردی است. پاسخ برخی از سؤالات پرسشنامه ممکن است به دلیل تورش یادآوری از دقت کافی برخوردار نباشد. در این مطالعه از سوابق زایمان در دو سال قبل پرسیده شد که با روال دیگر مطالعات DHS بین‌المللی متفاوت است و احتمال تورش یادآوری را کاهش می‌دهد؛ از سال ۱۹۹۹ تاکنون مطالعات DHS در بخش سلامت و مادر و نوزاد به ویژه در مورد شاخص زایمان به کمک مراقبان آموزش‌دیده، آخرین زایمان زنده در طی پنج سال قبل از مطالعه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ شاخص‌های مورد بررسی در زنان ۱۵-۵۴ سال کشور در اکثر قریب به اتفاق موارد بهبودی قابل قبولی داشته است. با وجود این که نابرابری در بهره‌مندی از خدمات بین نقاط مختلف کشور در ده سال اخیر باقی مانده است، نسبت سزارین‌های انجام شده افزایش یافته است و میزان مراقبت‌های بعد از زایمان در مقایسه با سال‌های قبل کمتر شده است. شناسایی مداخلاتی که به طور مؤثر سزارین را کاهش دهند ضرورت دارد و لازم است به مراقبت بعد از زایمان در برنامه‌های کشوری اهمیت بیشتری داده شود.

است، اما توزیع بسیار نامتناسب تخت‌ها در مناطق مختلف (۱۹)، به همراه کندی حرکت در معابر منجر به بروز ۵٪ از زایمان‌ها در بین راه شده است. در زایمان‌های انجام شده در بین زنان ساکن در شش استان (اردبیل، اصفهان، تهران، قزوین، گیلان و مازندران) نرخ سزارین به وضوح بالاتر از میانگین کل کشور است. نرخ بالاتر سزارین در استان‌های تهران، گیلان و مازندران در مطالعه DHS79 نیز مشاهده شده بود. طبق آمارهای اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شیوع سزارین در ایران به طور متوسط سه برابر میزان توصیه شده جهانی است. تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد ۷۵٪ سزارین‌هایی که در کشور انجام شده، غیر ضروری و به صورت انتخابی بوده است (۲۰ و ۲۱). گرچه در بسیاری از موارد، انجام سزارین نجات دهنده جان مادر و جنین او می‌باشد، امروزه مشکلات و عوارض ناشی از آن بیش از پیش روشن شده است و به نظر می‌رسد در انجام سزارین معیارهای مورد قبول متخصصان ایرانی نیز رعایت نمی‌شود (۲۲).

مراقبت بعد از زایمان به پیشگیری از عوارض و مشکلات بعد از زایمان و کاهش میزان مرگ مادران و سلامت نوزادان کمک می‌کند. اما نتایج مطالعه نشان داد بیش از یک چهارم زنان مورد مطالعه، هیچ گونه مراقبت بعد از زایمان نداشته‌اند؛ این میزان در مناطق شهری و روستایی تقریباً مشابه هم بود. به رغم توجه زیاد به مراقبت پیش از زایمان در برنامه‌های کشوری، به نظر می‌رسد در مراقبت‌های پس از زایمان به جز آن چه به مراقبت کودک مرتبط است (مثل واکسن و پایش رشد) به نیازهای مادران توجه کافی نشده است. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که از نظر میزان مراقبت پس از زایمان، استان ایلام در پایین‌ترین رتبه قرار دارد.

همان طور که در جدول ۵ دیده می‌شود مقدار شاخص IDisp برای همه شاخص‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان آموزش‌دیده، زایمان در محل مناسب، مراقبت‌های پس از زایمان و زایمان به روش سزارین در بین این سال‌ها روند رو به کاهش داشته است. مقدار این شاخص برای مراقبت دوران بارداری، زایمان‌های انجام شده در حضور مراقبان آموزش‌دیده، زایمان در محل مناسب در سال ۸۹ به عدد صفر نزدیک بود که نشان‌دهنده کاهش بی‌عدالتی در رابطه با این شاخص‌ها می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط اولیائی‌منش و همکاران برای ارزیابی وضعیت عدالت در سلامت و ارتباط بین عوامل اجتماعی با شاخص‌های سلامت در کشور انجام شد نشان داده شد که استان‌های تهران و سیستان و بلوچستان به ترتیب

⁴ HDI

تشکر و قدردانی

آمار ایران، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در انجام مطالعه نقش همکاری و حمایتی داشته‌اند. ضمناً برای جمع‌آوری داده‌های پیمایش، معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مشارکت فعالی داشته‌اند که لازم است از حمایت‌ها و همکاری‌های همه آن‌ها تشکر و قدردانی شود.

مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت IrMIDHS به سفارش و با حمایت‌های مدیریتی و مالی معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دفاتر و مرکز تابع آن به خصوص مرکز مدیریت شبکه، توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده است. همچنین سایر سازمان و ادارات از جمله شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز

References

- 1- UN, Millennium Development Goals Report. United Nations, New York, 2006. [Cited 2013 Feb. 12]. Available from: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- 2- Ronsmans C, Campbell O, McDermott J, Koblinsky M. Questioning the indicators of need for obstetric care. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 317-24.
- 3- Wardlaw T, Maine D. Process indicators for maternal mortality programmes. In: Bercher M, Ravindran TKS, eds. *Reproductive health matters*. Oxford: Blackwell; 1999. 24-30.
- 4- World Health Organization. Commission on Social Health Determinants, WHO, 2008
- 5- Sara Allin. Equity in the use of health services in Canada and its provinces. Working Paper Number; 3/2006.
- 6- Else-Karin G, Hein, Rannveig LK. Health service utilization in the Nordic countries in 1996. *European Journal of Public Health* 2003; 13: 30-37.
- 7- Cynthia J. Brown A. The decision-making process of health care utilization in Mexico. *Health Policy* 2005;72: 81-91.
- 8- Ronald A, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (4): 1-28.
- 9- Channon AA, Neal S, Matthews Z, Falkingham J. Maternal Health Inequalities over Time: Is there a Common Pathway, University of Southampton, UK October, 2012.
- 10- Azemikhah A, Emami Afshar N, Jalilvand P, Radpouyan L, Valafar Sh, Kavianpour Sh. National program of maternal health, deputy for health, Ministry of Health and Medical Education; 2002. (in Persian)
- 11- Maternal Health Directorate, Office of Family and Population Health. National Maternal Mortality Surveillance System Report 2001-2006. (in Persian)
- 12- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R, Azemikhah A, Heidarzadeh M, Changizi N, Mahta-Basir F, et al. Perinatal care regionalization and geographical distribution model in the Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal* 2008; 11(2): 1- 11. (in Persian)
- 13- Rashidian A, Khosravi A, Khabiri R, Khodayari-Moez E, Elahi E, Arab M, et al. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2000. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012.
- 14- Rashidian A, Khosravi A, Arab M, Beheshtian M, Khabiri R, Karimi-Shahanjarini A, et al. IrMIDHS - I.R. Iran Multiple-Indicator and Demographic Health Survey 2010: questionnaires, guides and protocols. Tehran: National Institute of Health Research and Deputy for Health, Ministry of Health and Medical Education; 2011. (in Persian)
- 15- Jeffrey P, Percy JN, Kenneth KG. A summary measure of health disparity. *Public Health Reports* 2002; 117: 273-280.
- 16- Moradi-Lakeh M, Bijari B, Namiranian N, Olyaeemanesh AR, Khosravi A. Geographical disparities in child mortality in the rural areas of Iran: 16-years trend, *J Epidemiol Community Health* 2013; 67(4):346-9. doi:10.1136/jech-2012-201511.
- 17- Maternal health program in 4th development plan act. 2005-2009, MOHME, Office of maternal health, 2004. Available from: http://www.arums.ac.ir/opencms/export/sites/default/fa/ard-behdasht/download/salamate_madarane_4.pdf.
- 18- UNICEF, A Report Card on Maternal Mortality progress for children; 2009. Available from: http://www.unicef.org/rosa/PFC_report_2009.pdf.
- 19- Shafii M, Rashidian A, Nayeri F, Charrahi Z, Akbarisari A, Hamouzadeh P. Geographical Distribution and Presenting Initial Map of Hospital Services Regionalization for Mother and Infant in Tehran. *Hakim Research Journal* 2012; 15(1): 1- 12.
- 20- Ostovar R, Pourreza A, Rashidian A, Hossein Rashidi B, Hantooshzadeh S, Haghollai F, et al. Appropriateness of Cesarean Sections using the RAND Appropriateness Method Criteria. *Arch Iran Med* 2012; 15(1): 8- 13.
- 21- Ministry of Health and Medical Education: The Fertility Health Assessment Program. Family Health Section, Tehran; 2005.
- 22- Ostovar R, Rashidian A, Pourreza A, Hossein Rashidi B, Hantooshzadeh S, Eftekhari Ardebili H, et al. Developing criteria for Cesarean Section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; 10: 52.
- 23- Olyae-Manesh A, Haghdoost AA, Beheshtian M, Tehrani-Banihashemi A, Motlagh M. Progress toward health equity in IR of Iran through last three decades. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38: S130-135.
- 24- Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2011;11:59. doi:10.1186/1472-6963-11-159.
- 25- Khabiri R, Rashidian A, Montazeri A, Symon A, Rahimi A, Arab M, et al. Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality of Life Instrument. *International Journal of Preventive Medicine*. in press.
- 26- Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9:4. doi:10.1186/1471-2393-9-4.

Maternal Health Care based on Iran' Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS-2010)

Khabiri R¹ (PhD), Khosravi A² (PhD), Elahi E^{1,3} (MSc, PhD student), Khodayari Moez E⁴ (MSc), Rashidian A^{5*} (MD, PhD)

¹ Department of Observatory on Health and Health System, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Deputy for Public Health, Ministry of Health, Iran, Noncommunicable Disease Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Health Promotion & Education, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran

⁵ Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 19 Sep 2013, Accepted: 25 Jan 2014

Abstract

Introduction: Given the importance of monitoring the status of maternal health provision in the country, this study aimed to evaluate the utilization of maternal health services by province using data from Multiple Indicators Demographic and Health Survey in I.R Iran.

Methods: This study used data Multiple Indicators Demographic and Health Survey conducted in 2010 in I.R. Iran. Indicators of maternal health services including place of delivery, type of delivery (vaginal or Cesarean section), postnatal care (at least one visit), antenatal care coverage, and births attended by skilled health personnel were calculated using data on 3974 women aged 15-54 with a live birth in the two years preceding the survey. Findings of the study were compared with the results reported from Demographic and Health Survey conducted in 2000.

Results: All indicators of maternal health services except Cesarean section have been improved in the past 10 years. The Cesarean section rate has been increased from 35% to 46% with a rising trend, becoming a countrywide phenomenon. The highest rates of delivery in en route belonged to Tehran province (5.33%). Highest rates of delivery in home were observed in Sistan and Baluchestan, and Kohgilouyeh and Boyer Ahmad provinces. The lowest rate of postnatal care belonged to Ilam (45.7%) and Kerman (55.9%) provinces.

Conclusion: Regarding improvements in the surveyed indicators in women aged 15-54, inequalities in provinces of the country have clearly been decreased during the past decade. Appropriate intervention programs should be developed to address local needs and reduce Cesarean section rate effectively. Postnatal care needs to be at high priority among national programs.

Appropriate intervention programs should be developed to address local needs and reduce Cesarean section rate effectively. Postnatal care needs to be at high priority among national programs.

Key words: maternal health services, Multiple Indicators Demographic and Health Survey, Iran

Please cite this article as follows:

Khabiri R, Khosravi A, Elahi E, Khodayari Moez E, Rashidian A. Maternal Health Care based on Iran' Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS-2010). *Hakim Health Sys Res* 2014; 17(1): 67- 77.

*Corresponding Author: National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 88991112, Fax: +98- 21- 88991113. E-mail: Arashidian@tums.ac.ir