

Determining the Contribution of Policy Factors and Access to Health Care Services in Infant Mortality Control in Iran from the Perspective of Experts

Negin Madadzadeh¹, Somayeh Hessem^{*2}, Kamran Hajinabi¹, Ali Komeili¹

Article Info:

Article History:

Received: 06/27/2019

Accepted: 10/01/2019

Published: 03/20/2020

Keywords:

Access
Policy-Making
Control
Neonatal Mortality
Comparative Study

Abstract

Background and Objectives: To reduce infant mortality, attention must be paid to all levels of the health care system. This study aimed to determine the contribution of policy-making factors and access to health services in controlling infant mortality in Iran.

Material and Methods: This applied cross-sectional analytical study was conducted using factor analysis based on 4 neonatal mortality reduction patterns. After examining different texts and patterns, the common and non-common dimensions of these patterns were set in a comparative table. The results of the comparative studies were designed in a questionnaire and sent to 20 experts for reliability and validity. Validity was confirmed by CVI and CVR and reliability by Cronbach's alpha method. For validation of the model, the final questionnaire was completed by multi-stage interviews with 535 individuals from 11 provinces using two-stage interviews with multistage random sampling. Collected data were analyzed using SPSS 25 and AMOS-18 software.

Results: The 83 primary variables were reduced to 48 items after expert opinion survey and 5 factors were extracted after exploratory factor analysis that included "access to health care, policy-making, community participation, technologies and types of health information systems and technologies". The share of each factor in the explained variance were 15.052%, 11.30%, 10.73%, 10.23%, 8.72%, respectively. A deeper examination found that the 13 items related to accessibility (with 52.47% of total variance) and 10 policy items with 45.9% had a single-factor structure.

Conclusion: According to the findings of the study, the infrastructure needed to provide access as well as policy should be provided to control infant mortality. This study can provide sufficient and appropriate evidence for future macroeconomic policy-making and decision-making in reducing infant mortality.

Citation: Madadzadeh N, Hessem S, Hajinabi K, Komeili A. Determining the Contribution of Policy Factors and Access to Health Care Services in Infant Mortality Control in Iran from the Perspective of Experts. *Depiction of Health* 2020; 11(1): 6-19.

1. Department of Health Services Management, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Department of Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Email: somayehh59@yahoo.com)

تعیین سهم عوامل سیاست‌گذاری و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان در ایران از دیدگاه صاحب‌نظران

نگین مددزاده^۱، سمیه حسام^{۲*}، کامران حاجی نبی^۱، علی کمیلی^۱

چکیده

زمینه و اهداف: برای کاهش مرگ‌ومیر نوزادان بایستی به تمام سطوح سیستم بهداشتی درمانی توجه شود. این مطالعه با هدف تعیین سهم عوامل سیاست‌گذاری و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان در ایران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کاربردی، از نوع مقطعی - تحلیلی، با روش تحلیل عاملی برگرفته از ۴ الگوی کاهش مرگ‌ومیر نوزادان انجام گرفته است. پس از بررسی متون و الگوهای مختلف، ابعاد مشترک و غیر مشترک این الگوها در یک جدول تطبیقی تنظیم گردید. نتیجه مطالعات تطبیقی در قالب پرسشنامه طراحی شد و به ۲۰ نفر از خبرگان جهت پایایی و روانی ارسال شد. روایی به روش CVI و CVR و پایایی به روش α کرونباخ آن مورد تأیید قرار گرفت و به منظور اعتبارسنجی مدل، پرسشنامه نهایی با نظرخواهی از ۵۳۵ نفر از ۱۱ استان بصورت چند مرحله‌ای با روش مصاحبه در دو مرحله با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای تکمیل و جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS25 و AMOS-18 صورت گرفت.

یافته‌ها: ۸۳ متغیر ابتدایی پس از نظرسنجی خبرگان به ۴۸ گویه تقلیل و بعد از تحلیل عاملی اکتشافی ۵ عامل استخراج شد که شامل «دسترسى به خدمات بهداشتی درمانی، سیاست‌گذاری، مشارکت اجتماعی، تکنولوژیها و نوع‌آوری‌ها و سیستم‌های اطلاعات سلامتی» است. سهم هر عامل در واریانس تبیین شده به ترتیب، ۱۵/۰۵۲ درصد، ۱۱/۳۰ درصد، ۱۰/۷۳ درصد، ۱۰/۲۳ درصد، ۸/۷۲ درصد می باشد. با بررسی عمیق‌تر مشاهده شد که گویه‌های ۱۳ گانه مربوط به عامل دسترسی (با تبیین ۵۲/۴۷ درصد از واریانس کل) و ۱۰ گویه سیاست‌گذاری با ۴۵/۹ درصد، دارای ساختار یک عاملی هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه، برای کنترل مرگ‌ومیر نوزادان باید زیرساخت‌های لازم برای تأمین دسترسی و نیز سیاست‌گذاری فراهم گردد. این پژوهش می‌تواند شواهد کافی و مناسب جهت سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌های کلان آتی را در زمینه کاهش مرگ‌ومیر نوزادان ارائه دهد.

کلیدواژه‌ها: دسترسی، سیاست‌گذاری، کنترل، مرگ و میر نوزادان، مطالعه تطبیقی

نحوه استناد به این مقاله: مددزاده ن، حسام س، حاجی نبی ک، کمیلی ع. تعیین سهم عوامل سیاست‌گذاری و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در کنترل مرگ و میر نوزادان در ایران از دیدگاه صاحب‌نظران. تصویر سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱): ۶-۱۹.

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: somayehh59@yahoo.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر

شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

کاهش مرگ‌ومیر نوزادی هدفی مهم برای تمامی کشورها محسوب می‌شود. مرگ‌ومیر نوزادی به مرگ نوزادان تازه متولد شده زیر ۲۸ روز اطلاق می‌شود که خود به دو دسته مرگ زودرس و دیررس تقسیم‌بندی می‌شود. برآورد می‌شود ۹۸ درصد همه مرگ‌های نوزادی در کشورهای با درآمد متوسط و کم اتفاق می‌افتد و نیمی از این مرگ‌ها در خانه رخ می‌دهند (۱). بررسی عوامل مؤثر بر مرگ نوزادی در مطالعات زیادی صورت گرفته است. ارزیابی سیستماتیک از علل مستقیم مرگ نوزادی که در سال ۲۰۱۲ انجام شد، نشان داد که علل عمده مرگ‌های نوزادی ناشی از مشکلات تولد پره‌ترم (۳۵ درصد)، حوادث حین زایمان (سابق بر این غالباً به آسفیکسی (Asphyxia) مربوط می‌شد) (۲۳ درصد)، عفونت از جمله سپسیس (Sepsis)، پنومونی (Pneumonia)، اسهال (Diarrhea)، مننژیت (Meningitis)، و کزاز (Tetanus) مسئول ۲۷ درصد از مرگ‌های نوزادی است (۲). علی‌جانی رنایی و همکاران (۳) در بررسی خود به علل اصلی و زمینه‌ای مرگ نوزادان در بیمارستان ابوذر اهواز پرداخته است. بر طبق مطالعه او پنج علت اصلی مرگ به طور کلی عبارت بودند از نارسی، سندرم دیسترس تنفسی، سپتیمی، آسفیکسی و خونریزی داخل جمجمه. همچنین معلوم گردید که علل مرگ در نوزادان با وزن تولد کم با نوزادان نارس مشابه بوده و عبارت بودند از سندرم دیسترس تنفسی، سپتیمی، آسفیکسی و خونریزی داخل جمجمه (۳).

به نظر می‌رسد شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند عواملی چون دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و سیاست‌گذاری سلامت بر مرگ‌ومیر نوزادان تأثیر دارند و جهت کاهش مرگ‌ومیر و افزایش رشد مطلوب نوزادان تازه متولد شده، ارائه خدمات با کیفیت و مراقبت‌های مناسب امری ضروری است (۵،۴). به عنوان مثال حسین‌پور و همکاران (۶) در مطالعه خود نتیجه گرفت که نابرابری‌های موجود در مرگ-ومیر نوزادان هم تحت تأثیر نظام سلامت و سیاست‌گذاری قرار دارد و هم به عواملی مثل توزیع ثروت، دسترسی به آب سالم و بهسازی محیط وابسته است (۶). بلنکا نیز در مطالعه خود اشاره می‌کند که با تغییر سیاست‌گذاری می‌توان بدون نیاز به فنآوری‌ای پرهزینه در مرگ‌ومیر نوزادان کاهش ایجاد کرد، مثلاً مداخلات هزینه‌اثربخش‌تری برای نوزادان انجام شود و این گروه جزو گروه‌های بسیار آسیب‌پذیر قلمداد شود (۱). شری (Sherry) (۷) در مطالعه‌ای به بررسی اقتصادسنجی فاکتورهای تعیین‌کننده در میزان مرگ‌ومیر کودکان پرداخت و از داده‌های بانک جهانی استفاده کردند. در این مطالعه رشد اقتصادی مهم‌ترین فاکتور تعیین‌کننده در مرگ‌ومیر کودکان شناخته شد و پس از آن فراهم کردن خدمات سلامت دومین عامل مهم به شمار می‌رود (۷). نینوایی و همکاران (۸) نیز در

مطالعه خود به اهمیت عامل دسترسی از جمله وجود کتابچه راهنما و ارائه خدمات سلامتی در تمام ایام سال و ۲۴ ساعت شبانه روز اشاره می‌کند (۸). ایوانز (Evans) (۹) در مطالعه خود نیز اشاره دارد که آموزش ماماها و کارکنان بهداشتی، فراهمی داروها، حضور و دسترسی به افراد ماهر در تولد و سیستم حمل‌ونقل اورژانس در کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و مادران مؤثر است (۹).

یونیسف و سازمان جهانی بهداشت به تبع تحقیقات خود مدل‌های گوناگونی را جهت کاهش مرگ‌ومیر نوزادی ارائه کرده‌اند. یونیسف (۱۰) در مطالعه خود اقدامات استراتژیکی برای کاهش مرگ‌ومیر نوزادان پیشنهاد داده است که شامل: تضمین ارائه مراقبت ضروری اولیه نوزاد، ارتقاء حمایت اجتماعی و سیاسی برای تضمین یک محیط توانمند برای ارائه مراقبت ضروری نوزاد، تضمین دسترسی و استفاده از متخصصان ماهر در زمینه مادر و کودک در محیط ایمن، مشارکت خانواده‌ها و جوامع در افزایش تقاضا و بهبود کیفیت و دسترسی اطلاعات پری‌ناتال. همچنین در مطالعه خود به سیستم ارجاع و اورژانس مامایی منابع انسانی توجه ویژه‌ای کرده است (۱۰). سازمان جهانی بهداشت (۱۱) و گروه کاری EWEC (۱۲) نیز برای کاهش مرگ‌ومیر نوزادان راهکارهایی را پیشنهاد کرده‌اند. در تمامی این مدل‌ها دو مؤلفه پرتکرار ظاهر شده‌اند: سیاست‌گذاری مناسب و تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای همه زنان و نوزادان (۱۱، ۱۲). نینوایی و همکاران (۸) نیز در مطالعه خود به بررسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ایران پرداخته است و این سیستم را با چند کشور مقایسه کرده و در نهایت مدلی را برای سیستم بهداشت مادر و کودک ارائه کرده است. او در مدل خود در ۷ زمینه تغییر را پیشنهاد داده است: سیستم پشتیبانی، تدارک خدمات و تجهیزات سیاست‌های حمایتی دولت، مدیریت منابع انسانی، سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی، نظام ثبت، ارجاع و عملکرد متحد و مدیریت منابع مالی و فیزیکی (۸).

با توجه به این موارد، مطالعه حاضر به تعیین سهم عوامل سیاست‌گذاری و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان در ایران از دیدگاه صاحب‌نظران این حیطه پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی از نوع مقطعی - تحلیلی است و به روش کمی و نیز تطبیقی انجام شد. در مرحله اول مرور متون و بیش از ۲۰ مقاله علمی و مدل‌های ارائه شده توسط یونیسف و سازمان جهانی بهداشت، ENAP، EENC با روش فیش‌برداری انجام شد (شکل ۱). مقالات در بازه زمانی

و مراکز بهداشتی و نیز مدیران و معاونان شبکه‌های بهداشتی درمانی بود. ماماها باید شاغل در بخش زایمان و پرستاران شاغل در بخش نوزادان و با توجه به شرح وظایف محول شده می‌بودند. در این پژوهش تعداد نمونه‌ها برای جمع‌آوری داده‌های کمی حجم نمونه بر اساس بررسی متون که ۵ تا ۱۵ (۱۳) برابر متغیرها پیشنهاد شده است، با توجه به ۴۸ گویه حداقل ۴۸۰ نمونه برآورد گردید، که در عمل محققین ۵۳۵ پرسشنامه جمع‌آوری کردند.

کفایت حجم نمونه‌ها با استفاده از شاخص Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) سنجیده شد و ۰/۹۲۴ به دست آمد. داده‌ها از اول دی ۱۳۹۷ تا اسفند ۱۳۹۷ و در ۱۱ استان کشور جمع‌آوری شدند. در مطالعه کنونی ۹۶ پرسشنامه از استان گیلان (بیمارستان‌های شهید نورانی و شریعی و سه مرکز بهداشتی)، ۵۹ پرسشنامه از استان تهران، ۴۰ پرسشنامه از البرز، ۶۵ پرسشنامه از استان خراسان رضوی، ۳۷ پرسشنامه از استان مازندران، ۳۲ پرسشنامه از استان گلستان، ۲۸ پرسشنامه از استان آذربایجان شرقی، ۲۹ پرسشنامه از استان آذربایجان غربی، ۶۲ پرسشنامه از استان فارس، ۴۴ پرسشنامه از استان زنجان و ۴۳ پرسشنامه از استان اردبیل جمع‌آوری گردید. پرسشنامه به دو روش حضوری و الکترونیکی توزیع و جمع‌آوری گردید.

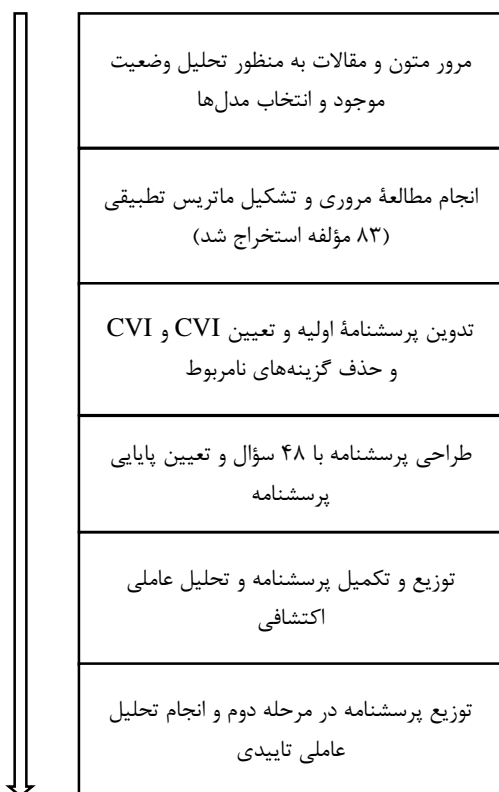
داده‌های جمع‌آوری شده از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شد و پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی و چرخش به روش واریماکس، ۵ عامل با مقدار ویژه (Eigen value) بالاتر از ۱ شناسایی شد. در گام بعدی، به منظور اعتبارسنجی مدل و استخراج مدل نهایی مجدداً پرسشنامه در اختیار ۲۸۰ نفر از آزمودنی‌ها در سراسر ایران قرار گرفت و پس از حذف پرسشنامه‌هایی که کامل نبودند، ۲۲۴ پرسشنامه جمع‌آوری شد. سپس داده‌ها با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی تحلیل شد. این تحلیل در نرم‌افزار AMOS نسخه ۱۸ صورت گرفت. در تحلیل عاملی تأییدی از شاخص‌های X^2 / df , X^2 , AGFI, GFI, CFI, RMSEA استفاده گردید. خلاصه‌ای از روند روش پژوهش در شکل ۱ ارائه گردیده است.

سه ماهه از مهر ۱۳۹۷ تا پایان آذر ۱۳۹۷ با استفاده از موتورهای جستجوی Google Scholar, Pubmed, Elsevier, Scopus، انجام شد. کلیدواژه‌های جستجو عبارت بودند از: مرگ‌ومیر نوزادان، کنترل مرگ‌ومیر نوزادان، مداخلات مؤثر بر مرگ‌ومیر نوزادان. مطالعات مربوط به علت مرگ‌ومیر نوزادان و نرخ مرگ‌ومیر نوزادان وارد مطالعه نشدند. سپس داده‌های این فاز از طریق ماتریس تطبیقی (جدول ۱) طبقه‌بندی گردید. خروجی این فعالیت استخراج ۸۳ مؤلفه و متغیر عملیاتی و تئوریک تأثیرگذار در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان بود. بر اساس این مؤلفه‌های پرسشنامه‌ای اولیه جهت بررسی موارد مرتبط و نیز محاسبه CVI و CVR و جهت حذف گزینه‌های غیرضروری یا نامرتبط تدوین گردید. سپس این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از خبرگان در زمینه مرگ‌ومیر نوزادان قرار گرفت. خبرگان شامل کسانی بودند که پست مدیریتی و سابقه کار بیش از ۸ سال در زمینه مرگ‌ومیر نوزادان داشتند و در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها به عنوان هیات علمی و بیمارستان مشغول به فعالیت بودند. بعد از اتمام این مرحله پرسشنامه نهایی حاوی ۴۸ گویه طراحی گردید. برای تعیین پایایی از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و پرسشنامه بین ۳۰ نفر از خبرگان توزیع گردید. پایایی به روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ ارزیابی شد و با توجه به ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ همسانی درونی پرسشنامه قابل قبول است.

در مرحله سوم این پرسشنامه در اختیار افراد شاغل با سابقه مدیریتی در زمینه مرگ‌ومیر نوزادان (شامل پزشک، هیات علمی، ماما، پرستار و کارشناس بهداشت خانواده) در سراسر ایران قرار گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه داده‌ها جمع‌آوری شدند. ابتدا ۱۱ استان به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس در هر استان دو بیمارستان و سه مرکز بهداشتی درمانی به طور تصادفی انتخاب و بین افراد شاغل در بخش‌های زایمان، نوزادان و سوپروایزرها و مراکز سلامت جامعه و مدیران و معاونان شبکه بهداشتی درمانی به توزیع شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ماما، پرستاران، پزشکان و مراقبین سلامت با داشتن حداقل ۲ سال سابقه کار مرتبط با مرگ‌ومیر نوزادان و نیز معاونین و مدیران بخش‌های نوزادان، زایمان، سوپروایزرها

جدول ۱. مدل‌های ارائه شده جهت کنترل یا کاهش مرگ‌ومیر نوزادان

نام مدل	سال	ابعاد
برنامه عملیاتی EENC یونیسف	۲۰۱۷	پذیرش EENC، بهبود حمایت اجتماعی، تضمین دسترسی، مشارکت خانواده‌ها، بهبود کیفیت اطلاعات سلامتی
برنامه عملیاتی نوزاد سالم یونیسف (آسیای غربی)	۲۰۱۴	تضمین پذیرش مراقبت‌های اولیه ضروری نوزادان، حمایت سیاسی و اجتماعی، تضمین دسترسی، مشارکت خانواده‌ها، بهبود داده‌های سلامتی
اقدام برای نوزادان (گروه EWEC)	۲۰۱۵	تنظیم خانواده، مدیریت لیبر، مراقبت فوری نوزاد، مراقبت بیمارستانی
برنامه عملیاتی WHO (۲۰۱۵)	۲۰۱۵	رهبری و سیاست‌گذاری، سیستم اطلاعات سلامتی، اجرای خدمات سلامتی، تأمین مالی خدمات سلامتی، منابع انسانی، تولیدات بالینی ضروری، مشارکت جامعه



شکل ۱. مراحل انجام پژوهش

به خیلی زیاد امتیاز ۵، زیاد امتیاز ۴، متوسط امتیاز ۳، کم امتیاز ۲ و خیلی کم امتیاز ۱ تعلق گرفت.

داده‌های مورد نیاز در مرحله مطالعه مروری از طریق رجوع به سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف برای شناسایی و مقایسه شاخص‌های مرتبط با مرگ‌ومیر نوزادان در ایران و جهان جمع‌آوری گردید. در مرحله تطبیقی داده‌ها از طریق مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، سازمان جهانی بهداشت و وزارتخانه‌های متولی خدمات مربوط به نوزادان و رساله‌های دکتری، بهره‌گیری از اینترنت، جمع‌آوری و جستجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعات علمی با فیش‌برداری انجام گرفته است. به‌علاوه دستورالعمل‌ها و آمارهای بهداشتی از سایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت گرفته شده است.

یافته‌ها

خلاصه متغیرهای استخراج شده از کنترل مرگ‌ومیر نوزادان در مدل‌های مطالعه شده و مطالعه تطبیقی اولیه به شرح زیر بود: گروه کاری متشکل از همه ذی‌نفعان در مراقبت از نوزادان در سطح کشوری جهت هماهنگی اقدامات مربوط به نوزادان، حذف تعارضات بین متخصصان سلامتی و متولیان اجرای خدمات سلامتی، ایجاد یا توسعه گروه کاری هماهنگی برای پذیرش مراقبت اولیه ضروری نوزادان (شامل اجرای تماس پوست با پوست

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فیش کارت، جدول تطبیقی و پرسشنامه بوده است. دامنه پژوهش عوامل کنترل مرگ‌ومیر نوزادان شامل: سیاست‌گذاری، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، تکنولوژی‌ها و نوع‌آوری‌ها، مشارکت اجتماعی و سیستم‌های اطلاعات بهداشتی مربوط به نوزادان است اما خدماتی که به کودکان بعد از ۲۸ روز اول زندگی اختصاص می‌یابد شامل این پژوهش نمی‌گردد. دامنه مکانی پژوهش کشور ایران است. نتایج این پژوهش به زنان از بدو بارداری تا پس از زایمان و نوزادان از بدو تولد تا ۲۸ روز بعد از تولد قابل تعمیم خواهد بود. دامنه زمانی این پژوهش نیز به داده‌های یونیسف و سازمان جهانی بهداشت در ده سال اخیر برمی‌گردد (۲۰۰۹ به بعد که در سال ۱۳۹۷ گردآوری شده است). دامنه زمانی این پژوهش به مدل‌های ارائه شده در ده سال گذشته (۲۰۰۹ تا ۲۰۱۹ میلادی) (۱۳۸۱ تا ۱۳۹۸ هجری شمسی) برمی‌گردد.

به منظور گردآوری اطلاعات مورد نیاز در مطالعه میدانی، پرسشنامه‌ای در سه بخش تدوین گردید: بخش اول شامل مشخصات مصاحبه‌شوندگان، بخش دوم توضیح مختصری از پژوهش و مدل مفهومی اولیه و بخش سوم شامل ۴۸ سؤال که تأثیر مؤلفه‌های استخراج شده از مطالعه مروری را در ۵ بعد از دید متخصصان مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات مربوط به این قسمت توسط مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت نمره‌دهی شد، به‌طوری‌که

اورژانس، روزرسانی پروتکل‌های بالینی مراقبت نوزادی جهت پوشش همه سطوح مراقبتی نوزادان، طراحی مدل نظارتی برای پایش شاخص‌های مربوط به نوزادان.

در مطالعه حاضر ۳۶۳ نفر (۶۷/۸۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در بیمارستان، ۱۴۷ نفر (۲۷/۴۷ درصد) در مراکز سلامت و ۲۵ نفر (۴/۶۷ درصد) در دیگر مراکز مشغول به فعالیت بودند. میزان تحصیلات ۴۱۹ نفر (۷۸/۳۱ درصد) از شرکت‌کنندگان کارشناسی، ۷۷ نفر (۱۴/۳۹ درصد) کارشناسی ارشد و ۳۹ نفر (۷/۲۸ درصد) دکتری بود. رشته تحصیلی ۳۷۸ نفر (۷۰/۶۵ درصد) از شرکت‌کنندگان مامایی، ۹۸ نفر (۱۸/۱ درصد) پرستاری، ۲۴ نفر (۴/۴۸ درصد) بهداشت و ۳۵ نفر (۶/۵۴ درصد) پزشکی بود. جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی هر یک از گویه‌های پرسشنامه را نشان می‌دهد.

محافظة شده، گرم کردن، تغذیه با شیر مادر، مراقبت از بند ناف نوزاد، مراقبت از نوزادان نیازمند مراقبت ویژه)، تنظیم بودجه و منابع مالی پایدار برای اجرای مراقبت اولیه ضروری نوزادان، سیستم ارجاع پیش‌بینی شده برای نوزادان پرخطر، توانمندسازی زنان و دختران در زمینه آموزش، افزایش تقاضای جامعه برای حضور افراد آموزش دیده در زمینه تولد و مراقبت از نوزاد، طراحی «کتابچه برای راهنمایی خانواده‌ها و ثبت مراقبت‌های مادر و کودک»، در دسترس بودن فرد ماهر و آموزش دیده برای تمامی تولدها، تضمین بودجه ملی برای فراهمی (دسترسی) فرد ماهر و آموزش دیده، آموزش کارکنان خط اول بهداشتی جهت افزایش دسترسی خانواده‌ها به خدمات مراقبتی مادران و نوزادان، دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان خدمات سلامت نوزادان، فراهم بودن تجهیزات، منابع، داروهای ضروری و زیرساخت‌های لازم برای مراقبت از نوزادان در شرایط عادی و

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی هر یک از گویه‌های پرسشنامه

گوئی	میانگین (SD)	چولگی (کشیدگی)	گوئی	میانگین (SD)	چولگی (کشیدگی)
اختصاص هماهنگ‌کننده یا مسئول نوزادان در زایشگاهها	۴/۰۵ (۱/۰۲)	۱/۲۶- (۱/۳۰)	دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان خدمات سلامت نوزادان	۳/۶۳ (۱/۲۸)	۰/۸۳- (۰/۳۴)
حذف تعارضات بین متخصصان سلامت اجرای خدمات سلامت	۳/۵۸ (۱/۲۴)	۰/۵۴- (۰/۷۷)	آموزش کارکنان خط اول بهداشتی جهت افزایش دسترسی	۳/۴۶ (۱/۳۱)	۰/۵۶- (۰/۸۳)
قرار گرفتن مراقبت اولیه ضروری نوزادان در دستورالعمل‌های سلامتی ملی	۳/۸۲ (۱/۰۵)	۰/۷۰- (۰/۱۷)	استفاده از روش‌های آموزشی عملی برای یادگیری مراقبت‌های ضروری مادر و نوزاد	۳/۵۵ (۱/۳۱)	۰/۶۳- (۰/۷۱)
توسعه یک الگوی کشوری برای مشارکت ذی‌نفعان	۳/۷۵ (۱/۱۵)	۰/۶۶- (۰/۱۰)	راهنمای آموزشی مراقبت از نوزادان	۳/۴۴ (۱/۳۲)	۰/۵۱- (۰/۸۷)
تنظیم بودجه و منابع مالی پایدار برای اجرای مراقبت اولیه ضروری نوزادان	۳/۷۴ (۱/۱۵)	۰/۸۳- (۰/۱۳)	تدوین استانداردها برای فراهمی موضوعات با اولویت بالا	۳/۶۰ (۱/۱۰)	۰/۶۴- (۰/۱۶)
برنامه‌ریزی و خدمات قابل ارائه محلی با توجه به نیازهای منطقه‌ای	۳/۷۱ (۱/۱۲)	۰/۷۷- (۰/۱۴)	رتبه‌بندی مراکز پیاده‌سازی مراقبت‌های اولیه ضروری نوزاد	۳/۲۸ (۱/۳۲)	۰/۳۶- (۰/۹۹)
سیستم ارجاع پیش‌بینی شده برای نوزادان پرخطر	۳/۷۳ (۱/۲۵)	۰/۵۳- (۱/۸۵)	فراهم بودن تجهیزات، منابع، داروهای ضروری و زیرساختها	۴/۰۰ (۱/۰۳)	۰/۷۷- (۱/۱۳)
توانمندسازی زنان و دختران در زمینه آموزش	۳/۷۱ (۱/۲۵)	۰/۸۰- (۰/۳۹)	استانداردهایی برای پیشگیری و کنترل عفونت	۳/۸۵ (۱/۰۲)	۰/۷۵۶۹- (۱/۱۲)
انجام مطالعات پایشی توسط مراکز استان‌ها	۳/۸۳ (۰/۹۲)	۰/۷۴- (۰/۶۴)	وارد کردن مراقبت‌های اولیه نوزادان در مکانیزم‌ها اعتباربخشی کنونی	۳/۶۳ (۱/۱۵)	۰/۶۵- (۰/۳۳)

تعیین سهم عوامل سیاست‌گذاری و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در...

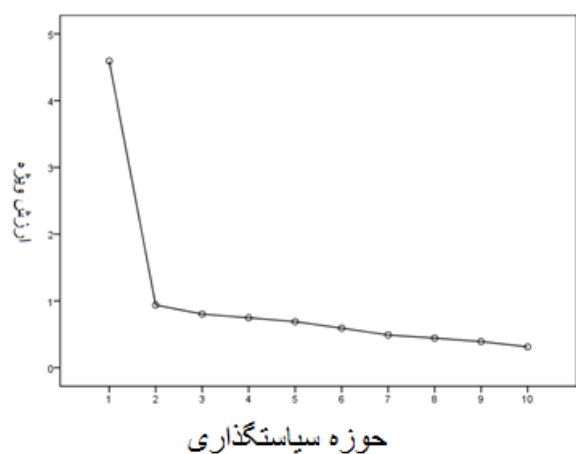
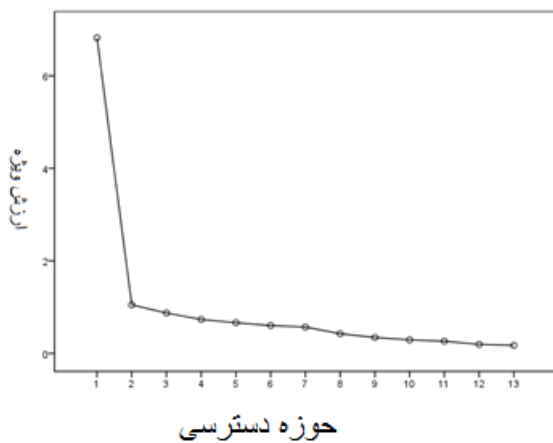
ادامه جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی هر یک از گویه های پرسشنامه

گوئی	میانگین (SD)	چولگی (کشیدگی)	گوئی	میانگین (SD)	چولگی (کشیدگی)
پذیرش کامل کد بین‌المللی جانشین های شیر مادر	۳/۷۶ (۰/۹۶)	-۰/۴۵ (-۰/۲۳)	رتبه‌بندی مراکز برتر پیاده سازی مراقبت اولیه نوزادی	۳/۴۳ (۱/۱۸)	-۰/۵۵ (-۰/۴۸)
افزایش تقاضای جامعه برای حضور افراد آموزش دیده	۳/۵۱ (۱/۲۰)	-۰/۶۳ (-۰/۵۶)	حمایت از مدیران بیمارستان‌ها و پزشکان و ماماها	۳/۶۴ (۱/۱۴)	-۰/۶۱ (-۰/۴۳)
ایجاد ارزش مثبت جهت آماده‌سازی برای تولد نوزاد	۳/۴۳ (۱/۲۷)	-۰/۴۵ (-۰/۸۲)	پایش عفونت بیمارستانی و میزان مرگ ویژه - سن - تولد	۳/۷۶ (۱/۰۶)	-۰/۹۸ (-۰/۵۴)
بسیج اجتماعی در مناطقی که دسترسی به مراقبت نوزادان کافی نیست	۳/۶۲ (۱/۱۶)	-۰/۷۰ (-۰/۳۴)	حذف اینداکشن و سزارین های غیر ضروری و تجویز استروئید قبل از تولد زودرس	۳/۷۳ (۰/۹۶)	-۰/۷۶ (-۰/۶۵)
مشارکت شهرداری‌ها، استانداردها و منابع عمومی در تامین مالی	۳/۶۱ (۱/۱۵)	-۰/۶۳ (-۰/۴۲)	درمان فوری عفونت‌های مشکوک	۴/۰۲ (۰/۸۹)	-۰/۸۷ (-۰/۷۹)
بروزرسانی و تقویت سازمان‌های مردم نهاد در سطح ملی و استانی	۳/۶۲ (۱/۰۹)	-۰/۵۹ (-۰/۱۹)	احیاء به موقع نوزادان	۴/۱۷ (۰/۹۲)	-۱/۱۹ (۱/۴۲)
افزایش تعامل بین خانواده ها و کارکنان مراکز بهداشتی	۳/۷۲ (۱/۰۴)	-۰/۷۳ (-۰/۰۵)	تامین بودجه در بخش دارو و تجهیزات در مراقبت نوزادان	۳/۹۲ (۱/۲۳)	-۱/۱۴ (۰/۳۴)
در دسترس بودن و توزیع برابر فرد ماهر و آموزش دیده	۳/۶۰ (۱/۴۰)	-۰/۶۶ (-۰/۸۶)	بهبود کیفیت و فراهمی داده های پری ناتال	۳/۰۸۳ (۱/۰۵)	-۰/۸۲ (-۰/۰۶)
تضمین بودجه ملی برای فراهمی فرد ماهر	۳/۶۹ (۱/۳۲)	-۰/۰۸۶ (-۰/۴۳)	وارد کردن شاخص‌های اهداف توسعه هزاره در سیستم ثبت و گزارش کمیته پاسخگویی	۳/۶۶ (۱/۱۱)	-۰/۶۶ (-۰/۱۹)
دسترسی جغرافیایی به تمامی مادر و نوزاد	۳/۲۷ (۱/۳۷)	-۰/۳۶ (-۱/۱۲)	ثبت دقیق و جامع داده‌های - تولدها، مرده‌زایی، مرگ نوزادان	۳/۸۸ (۰/۹۵)	-۰/۶۰ (-۰/۰۰)
ارائه مراقبت کامل مادر و نوزاد و مادران در دوران بارداری، لیبر، زایمان	۳/۵۵ (۱/۳۵)	-۰/۶۴ (-۰/۷۷)	استفاده از تحلیل داده‌های کشوری جهت توجه ویژه به همه علل	۳/۹۲ (۰/۹۶)	-۰/۸۵ (-۰/۵۴)
دسترسی گسترده به مراکز تخصصی اورژانس مادر و کودک در ایام تعطیل	۳/۵۹ (۱/۳۰)	-۰/۶۸ (-۰/۶۷)	تامین منابع مالی سیستم یکپارچه جمع آوری اطلاعات پری‌ناتال	۳/۹۷ (۰/۹۶)	-۰/۶۲ (-۰/۴۵)
پوشش کامل تنظیم خانواده	۳/۶۷ (۱/۱۱)	-۰/۶۳ (-۰/۲۸)	ثبت داده های دموگرافیک و بررسی تجمعی چندگانه جهت پایش برابری خدمات	۳/۸۷ (۰/۹۷)	-۰/۵۱ (-۰/۵۱)
افزایش طول مدت بستری پس از زایمان	۳/۴۷ (۱/۱۷)	-۰/۴۱ (-۰/۶۷)	انتشار منظم نتایج بررسی متغیرهای نوزادی و پری‌ناتال در کشور	۳/۹۳ (۰/۹۲)	-۰/۷۲ (-۰/۳۵)
امکانات درمان رایگان برای نوزادان کم وزن، پره‌مچور	۴/۰۷ (۰/۹۴)	-۱/۰۳ (-۱/۰۶)	انجام مطالعات در مورد ارزشیابی مراقبت‌های اولیه ضروری نوزادان	۴/۰۲ (۱/۰۴)	-۱/۱۴ (۰/۸۸)

آوری‌ها و سیستم‌های اطلاعات سلامتی» می‌باشند. سهم هر عامل در واریانس تبیین شده به ترتیب، ۱۵/۰۵۲ درصد، ۱۱/۳۰ درصد، ۱۰/۳۳ درصد، ۱۰/۲۳ درصد، ۸/۷۲ درصد می‌باشد.

در ادامه گویه‌های هر دو حوزه سیاست‌گذاری و دسترسی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی قرار گرفت. شاخص کایسر-میر-اولیکن (KMO) برای دو حوزه به ترتیب برابر با ۰/۹۰۱ و ۰/۹۳۰ به دست آمد. بنابراین حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی کافی بود. همچنین نتایج نشان داد که شاخص کرویت بارتلت برای هر دو حوزه سیاست‌گذاری ($\chi^2 (df=45, N=535) = 1093/51, p < 0/001$) و دسترسی ($\chi^2 (df=78, N=535) = 2385/50, p < 0/001$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. اگرچه نتایج تحلیل برای حوزه سیاست‌گذاری یک مؤلفه و برای دسترسی دو مؤلفه با ارزش ویژه بزرگتر از یک نشان داد که به ترتیب ۴۵/۹۳ و ۶۲/۴۷ درصد از واریانس آن حوزه‌ها را تبیین می‌نمود، با وجود این، استفاده از تست اسکری (نمودار ۱) نشان داد که بهتر است هر دو حوزه را تنها یک مؤلفه منحصر در نظر گرفت.

جدول ۲ نشان می‌دهد در حوزه سیاست‌گذاری بالاترین میانگین متعلق به گویه ۱ و پایین‌ترین میانگین متعلق به گویه ۲ است. در حوزه دسترسی بالاترین میانگین متعلق به گویه ۸ و پایین‌ترین میانگین متعلق به گویه ۱ بود. جدول فوق نشان می‌دهد که مقادیر چولگی و کشیدگی برای همه گویه‌ها در فاصله ± 2 قرار دارد. این موضوع بیانگر آن است که توزیع داده‌های همه گویه‌ها نرمال است. لازم به توضیح است دلیل استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها، به جای شاخص‌هایی چون کالماگروف-اسمیرنف یا شاپیرو-ویلک، حجم نسبتاً بالای گروه نمونه بود. به دلیل حساسیت بیش از حد شاخص‌هایی چون کالماگروف-اسمیرنف یا شاپیرو-ویلک نسبت به حجم نمونه بالا، تاباچینک و فیدل (۱۵،۱۴) شاخص‌های چولگی و کشیدگی را روش مناسبی برای بررسی چگونگی توزیع داده‌ها می‌دانند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، عوامل موثر بر کنترل مرگ و میر نوزادان در ایران شامل ۵ عامل می‌باشند و ۸۳ متغیر ابتدایی پس از نظرسنجی خبرگان به ۴۸ گویه تقلیل و سپس بعد از تحلیل عاملی اکتشافی ۵ عامل استخراج شد. بر اساس محتوا و مفاهیم هر یک از متغیرها، ۵ عامل شامل «دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، سیاست‌گذاری، مشارکت اجتماعی، تکنولوژی‌ها و نوع-



نمودار ۱. تست اسکری در تعیین تعداد مؤلفه‌های حوزه‌های سیاست‌گذاری و دسترسی

بنابراین با توجه به نتایج تست اسکری هر حوزه تنها یک مؤلفه در نظر گرفته شد. در ادامه جدول ۳ بارهای عاملی مربوط به هر یک از حوزه‌ها را نشان می‌دهد.

بارهای عاملی	حوزه سیاست‌گذاری	بارهای عاملی	حوزه دسترسی
۰/۸۶۹	۸. توانمندسازی زنان و دختران در زمینه آموزش	۰/۸۱۰	۹. دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان
۰/۸۶۹	۵. تنظیم بودجه و منابع مالی پایدار برای اجرای مراقبت اولیه	۰/۷۹۱	۵. دسترسی گسترده به مراکز تخصصی در همه ایام
۰/۸۳۱	۷. سیستم ارجاع پیش‌بینی شده برای نوزادان پرخطر	۰/۷۴۰	۴. مراقبت کامل مادر و نوزاد و مادران در دوران بارداری
۰/۸۳۰	۲. حذف تعارضات بین متخصصان سلامتی و متولیان اجرای خدمات سلامتی	۰/۶۷۸	۱۰. آموزش کارکنان خط اول بهداشتی
۰/۸۱۷	۳. قرار گرفتن مراقبت اولیه ضروری نوزادان در دستورالعمل‌های سلامتی ملی	۰/۶۶۶	۱۱. راهنمای آموزشی مراقبت از نوزادان
۰/۸۰۸	۶. برنامه‌ریزی و خدمات قابل ارائه محلی با توجه به نیازهای منطقه‌ای	۰/۶۶۴	۲. تضمین بودجه ملی برای فراهمی فرد ماهر و آموزش‌دیده
۰/۷۱۹	۱. اختصاص هماهنگ‌کننده یا مسئول نوزادان در زایشگاه‌ها	۰/۶۲۳	۱. دسترس بودن و توزیع برابر فرد ماهر و آموزش‌دیده
۰/۶۷۳	۴. توسعه یک الگوی کشوری برای مشارکت ذی نفعان در مراقبت از نوزادان	۰/۶۱۳	۶. پوشش کامل تنظیم خانواده
۰/۶۵۷	۱۰. پذیرش کامل کد بین المللی جان‌نشین‌های شیر مادر	۰/۵۹۴	۸. امکانات درمان رایگان برای نوزادان کم وزن
۰/۶۲۲	۹. انجام مطالعات پایشی توسط مراکز استان‌ها	۰/۵۴۹	۷. افزایش طول مدت بستری پس از زایمان
۰/۶۱۷			۱۲. تدوین استانداردها برای فراهمی موضوعات با اولویت بالا
۰/۴۷۷			۱۳. رتبه‌بندی مراکز پیاده‌سازی مراقبت‌های اولیه ضروری
۰/۴۶۱			۳. دسترسی جغرافیایی به تمامی مادر و نوزاد

منطبق بر جدول ۳، نتایج تحلیل نشان داد که در حوزه سیاست‌گذاری، بالاترین بار عاملی متعلق به گویه «توانمندسازی زنان و دختران در زمینه آموزش» (۰/۸۱۰ = بار عاملی استاندارد) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به گویه «انجام مطالعات پایشی توسط مراکز استان‌ها» (۰/۵۴۹ = بار عاملی استاندارد) است. نتایج تحلیل نشان داد که عامل دسترسی مدل طراحی شده کنترل مرگ‌ومیر نوزادان خود از ۱۳ گویه تشکیل شده است که در آن بالاترین بار عاملی متعلق به گویه «دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان» (۰/۷۵۶ = بار عاملی استاندارد) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به گویه «دسترس جغرافیایی به تمامی مادر و نوزاد» (۰/۴۶۱ = بار عاملی استاندارد) بود. لازم به توضیح است که گویه‌های ۱۳ گانه مربوط به عامل

دسترس در مجموع ۵۲/۴۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.

مطالعه دوم: این بخش از پژوهش باهدف ارزیابی ساختار عاملی هر یک از حوزه‌های سیاست‌گذاری و دسترسی انجام شد. به این منظور تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه درست‌نمایی (ML) به کار گرفته شد. در ادامه به منظور ارزیابی ساختار عاملی هر یک از حوزه‌های سیاست‌گذاری و دسترسی، پرسشنامه‌ها بر روی ۲۲۴ شرکت‌کننده اجرا و داده‌ها به روش تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 24.0 و برآورد بیشینه احتمال (ML) تحلیل شد. جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مربوط به عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری و دسترسی به خدمات در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان را نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری و دسترسی

نقطه برش (۱۵)	دسترسی		سیاست‌گذاری	شاخص‌های برازندگی
	مدل اصلاح شده	مدل اولیه		
-	۱۵۹/۵۳	۲۶۲/۸۳	۹۶/۹۸	مجذور کای
-	۵۹	۶۵	۳۵	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۲/۷۰	۴/۰۴	۲/۷۷	χ^2/df
$0/90 >$	۰/۹۱۱	۰/۸۵۲	۰/۹۲۳	GFI
$0/850 >$	۰/۸۶۳	۰/۷۹۳	۰/۸۷۹	AGFI
$0/90 >$	۰/۹۶۵	۰/۹۳۲	۰/۹۶۰	CFI
$0/08 <$	۰/۰۸۳	۰/۱۱۷	۰/۰۷۹	RMSEA

شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل اولیه حوزه دسترسی با داده‌های گردآوری شده حمایت نمی‌کند ($\chi^2/df=4/04$, $GFI=0/852$, $CFI=0/932$, $AGFI=0/793$ و $RMSEA=0/117$). به همین دلیل مدل اولیه در شش مرحله (با ایجاد کوواریانس بین خطاهای گویه‌ها) اصلاح و در نهایت شاخص‌های برازندگی حاصل شد که نشان داد مدل مربوط به حوزه دسترسی نیز با داده‌های گردآوری شده برازش قابل قبول دارد ($\chi^2/df=2/70$, $CFI=0/965$, $AGFI=0/863$ و $RMSEA=0/083$). در ادامه جدول ۴ بارهای عاملی هر یک از عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری و دسترسی را نشان می‌دهد.

عامل سیاست‌گذاری مدل کنترل مرگ و میر نوزادان خود از ۱۰ گویه تشکیل شده است که در آن بالاترین بار عاملی متعلق به گویه «توانمندسازی زنان و دختران در زمینه آموزش» ($0/810$ = بار عاملی استاندارد) و پایین‌ترین بار عاملی متعلق به گویه «انجام مطالعات پایشی توسط مراکز استان‌ها» ($0/549$ = بار عاملی استاندارد) بود.

جدول فوق نشان می‌دهد که عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری در کنترل مرگ و میر نوزادان با داده‌های گردآوری شده برازش دارد ($\chi^2/df=2/77$, $CFI=0/960$, $GFI=0/923$, $AGFI=0/879$ و $RMSEA=0/079$). همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد که به استثنای شاخص برازندگی CFI دیگر

جدول ۵. پارامترهای مربوط به عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری دسترسی در کنترل مرگ و میر نوزادان در تحلیل عاملی تأییدی

حوزه سیاست‌گذاری			
نسبت بحرانی	خطای استاندارد	با عاملی استاندارد	بار عاملی غیر استاندارد
		۰/۸۳۵	۱
۱۴/۷۰**	۰/۰۸۰	۰/۸۰۹	۱/۱۸۳
۱۴/۱۰**	۰/۰۷۰	۰/۷۸۸	۰/۹۸۸
۱۵/۱۳**	۰/۰۷۱	۰/۸۲۵	۱/۰۶۹
۱۶/۱۴**	۰/۰۷۱	۰/۸۵۸	۱/۱۴۸
۱۳/۹۷**	۰/۰۷۰	۰/۷۸۳	۰/۹۷۲
۱۵/۲۵**	۰/۰۷۱	۰/۸۲۸	۱/۰۸۵
۱۴/۹۸**	۰/۰۷۳	۰/۸۱۹	۱/۱۰۰
۹/۷۴**	۰/۰۶۲	۰/۶۰۰	۰/۵۹۹
۷/۸۵**	۰/۰۶۵	۰/۵۰۲	۰/۵۱۴
حوزه دسترسی			
		۰/۹۰۷	۱

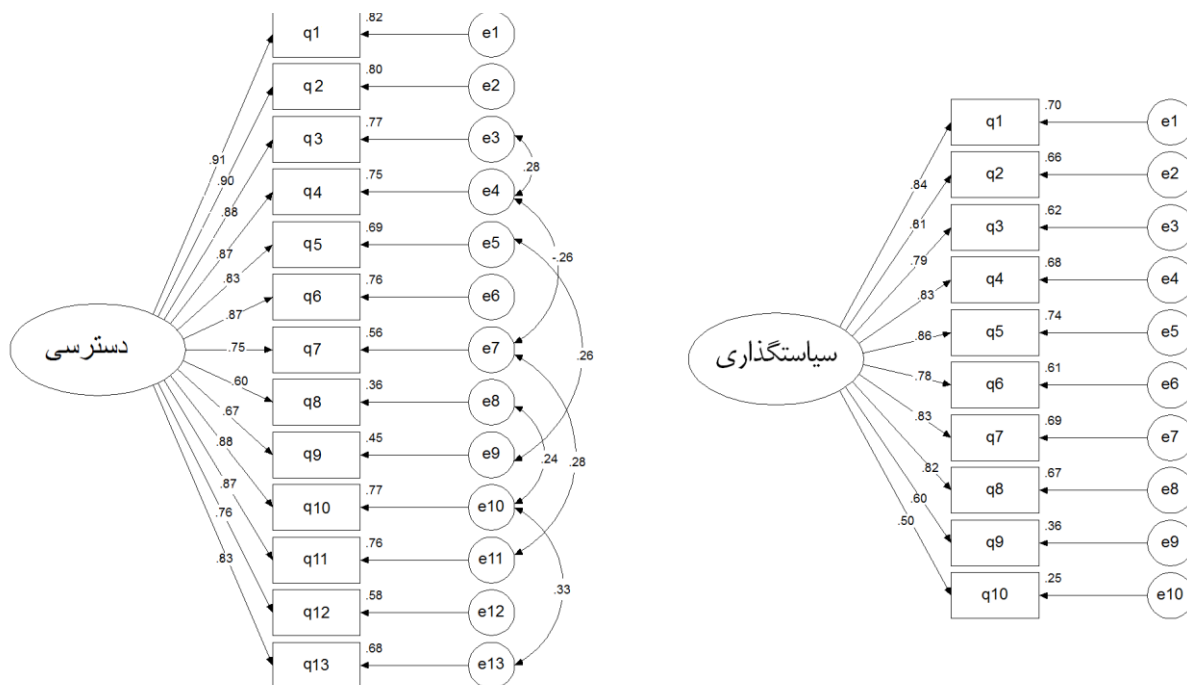
۱. دسترس بودن و توزیع برابر فرد ماهر و آموزش دیده

ادامه جدول ۵. پارامترهای مربوط به عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان در تحلیل عاملی تأییدی

۲۱/۴۶**	۰/۰۴۶	۰/۸۹۵	۰/۹۸۸	۲. تضمین بودجه ملی برای فراهمی فرد ماهر و آموزش دیده
۲۰/۳۳**	۰/۰۴۶	۰/۸۷۷	۰/۹۳۱	۳. دسترسی جغرافیایی به تمامی مادر و نوزاد
۱۹/۸۰**	۰/۰۴۹	۰/۸۶۸	۰/۹۷۷	۴. مراقبت کامل مادر و نوزاد و مادران در دوران بارداری
۱۷/۸۹**	۰/۰۴۶	۰/۸۲۹	۰/۹۲۹	۵. دسترسی گسترده به مراکز تخصصی در همه ایام
۲۰/۱۷**	۰/۰۴۴	۰/۸۷۴	۰/۹۷۹	۶. پوشش کامل تنظیم خانواده
۱۴/۶۰**	۰/۰۵۳	۰/۷۴۸	۰/۷۶۹	۷. افزایش طول مدت بستری پس از زایمان
۱۰/۴۷**	۰/۰۴۷	۰/۶۰۴	۰/۴۹۲	۸. امکانات درمان رایگان برای نوزادان کم وزن
۱۲/۱۷**	۰/۰۵۵	۰/۶۶۹	۰/۶۶۴	۹. دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان
۲۰/۴۰**	۰/۰۴۴	۰/۸۷۸	۰/۸۹۱	۱۰. آموزش کارکنان خط اول بهداشتی
۲۰/۰۴**	۰/۰۴۸	۰/۸۷۲	۰/۹۵۵	۱۱. راهنمای آموزشی مراقبت از نوزادان
۱۵/۱۴**	۰/۰۳۸	۰/۷۶۲	۰/۵۸۰	۱۲. تدوین استانداردها برای فراهمی موضوعات با اولویت بالا
۱۷/۷۶**	۰/۰۴۵	۰/۸۲۷	۰/۸۰۲	۱۳. رتبه‌بندی مراکز پیاده‌سازی مراقبت‌های اولیه ضروری

($0/604 =$ بار عاملی استاندارد) بود. با توجه به بارهای عاملی به دست آمده برای هر یک از گویه‌های دو حوزه سیاست‌گذاری و دسترسی، می‌توان همه مؤلفه‌ها را از عوامل مؤثر بر سیاست‌گذاری و دسترسی در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان تلقی نمود. شکل ۲ مدل مربوط به سیاست‌گذاری و دسترسی در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان را نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج جدول ۴ در حوزه سیاست‌گذاری بالاترین بارعاملی متعلق به گویه ۵ ($0/858 =$ بار عاملی استاندارد) و پایین‌ترین بارعاملی متعلق به گویه ۱۰ ($0/502 =$ بار عاملی استاندارد) بود. همچنین بر اساس نتایج جدول ۴ در حوزه دسترسی بالاترین بارعاملی متعلق به گویه ۱۱ ($0/907 =$ بار عاملی استاندارد) و پایین‌ترین بارعاملی متعلق به گویه ۸



شکل ۲. مدل مؤلفه‌های سیاست‌گذاری و دسترسی در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان و بارهای عاملی آن با استفاده از داده‌های استاندارد

همخوان است. در ایران بی عدالتی شهری روستایی در دریافت خدمات تأثیر بیشتری بر مرگ‌ومیر کودکان دارد (۱۸) و یکی از دلایل مهم بودن دسترسی در کنترل مرگ‌ومیر در ایران به شمار می‌رود. شاید در طی سال‌ها وضعیت بی عدالتی اندکی بهبود یافته باشد.

در زمینه سیاست‌گذاری، مهم‌ترین متغیر تأثیرگذار، توانمندسازی زنان و دختران در زمینه آموزش بود. پس آموزش مادران اهمیت زیادی در بهبود مرگ‌ومیر نوزادان دارد. بعد از آن، تنظیم بودجه و منابع مالی پایدار برای اجرای مراقبت‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. زیرا بسیاری از مراقبت‌ها در دستورالعمل‌ها پیش‌بینی شده است، اما ظاهراً محدودیت بودجه باعث تأمین ناکافی پرسنل و داروها و وسایل لازم شده و در نتیجه مانع از تحقق آن‌ها می‌شود. در همین راستا نینوایی (۸) نیز در مطالعه خود بدان اشاره کرده است (۸). بلنکا (Blencow) (۱) و نیز لاون (Lawn) (۲) در مطالعه خود دریافتند که در اغلب کشورهای که میزان مرگ‌ومیر زیاد، به اندازه کافی بودجه به نوزادان اختصاص داده نمی‌شود. همچنین مداخلات مربوط به کاهش مرگ‌ومیر نشان می‌دهند که این امر به بودجه زیاد و اصلاح سیستم ارجاع نیازمند است (۲).

بیربا (Brieba) در پژوهش گذشته نگر و تحلیلی خود به دنبال بررسی سیاست‌های مرتبط با مرگ‌ومیر نوزادان و مادران در دو کشور آرژانتین و شیلی بود و نتایج سیاست‌گذاری و بروکراسی، ثروت و همگونی سیاست‌ها را بر نتایج سلامتی دو کشور سنجیده و مقایسه کرده است و در نهایت نتیجه گرفت که تولید و سیاست مناسب نقش بسیار مهم‌تری از تخصیص بودجه بر پیامدهای سلامتی مادران و نوزادان دارد (۲۱).

یونیسف در گزارش خود مبنی بر ملزومات مراقبت از نوزادان در سال ۲۰۱۳ که بر اساس مشاهدات خود در ۳ کشور فیلیپین، اندونزی و لائوس انجام داده بود نتیجه گرفت که گسستگی و ناهماهنگی بین بخش‌های مختلف ارائه خدمات به نوزادان وجود دارد و این امر کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد (۲۲). ناهماهنگی در سیاست‌ها می‌تواند بر پیامدهای نوزادی تأثیر بگذارد. در این راستا ودام (Vedam) در ایلات متحده مطالعه‌ای انجام داد مبنی بر یکپارچه‌سازی و تلفیق ماماها در سیستم خدمات بهداشتی منطقه‌ای تا تأثیر این سیاست را بر پیامدهای بارداری بسنجد. نتایج مطالعه او نشان داد که این سیاست یکپارچه باعث افزایش تعداد زایمان فیزیولوژیک، کاهش مداخلات مامایی و کاهش مرگ‌ومیر نوزادان گشته است (۱۸).

در مطالعه حاضر از نظرات افراد تمامی استان‌ها استفاده نشده است و می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد و لذا انجام پژوهش در این زمینه و نیز در زمینه کاهش مرگ و میر نوزادان پیشنهاد می‌گردد.

میزان خطا = e ، سوال = q ، به منظور بهبود شاخص‌های برازندگی بین برخی از گویه‌ها کوواریانس ایجاد شده است که مقدار آن در شکل مشهود است، مثلاً مقدار کواریانس بین گویه های e_3 و e_4 برابر با $0/28$ است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و سیاست‌گذاری دو عامل مهم از نظر خبرگان در کنترل مرگ‌ومیر نوزادان محسوب می‌شوند. طبق یافته‌های مطالعه کنونی، اولین گویه در دسترسی وجود دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان بهداشتی درمانی بود و در واقع بیانگر این است که خط‌مشی مناسب و واحدی برای مراقبت از نوزادان دنبال نمی‌شود و احتمالاً تمامی کارکنان طبق آخرین دستورالعمل‌ها خدمات ارائه نمی‌دهند. این یافته با مطالعه نینوایی نیز همخوانی دارد. در همین راستا نینوایی نیز در مطالعه خود به نقش کتابچه راهنمای مادر و کودک اشاره کرده است و وجود آن را برای بهبود بهداشت مادر و کودک ضروری می‌داند و نیز اشاره دارد که در کشور ژاپن نقش کتابچه راهنما بسیار پررنگ است (۸). یافته‌های مطالعه حاضر با بخشی از یافته‌های خنجری (۱۶) نیز همسو است.

گویه بعدی که در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی دارای اهمیت است، دسترسی گسترده به مراکز درمانی در همه ایام است. یافته‌های پژوهش مالکوئیست (Malqvist) و همکاران (۱۷) نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. اهمیت تنوع مراکز ارائه خدمات مادران و کودکان در کشورهای مورد مطالعه نینوایی (۸) نیز دیده شده است. مراکز تولد، منزل، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، واحدهای مامایی ضمیمه بیمارستان‌ها و غیره باعث حق انتخاب برای مادران در محل متناسب با ریسک و نیاز سلیقه‌ای وی شده و احساس آرامش و دسترسی بهتر به خدمات را ممکن می‌سازد. در همین راستا ایوانز (Evans) (۹) نیز در مطالعه خود اشاره دارد که آموزش ماماها و کارکنان بهداشتی، فراهمی داروها، حضور و دسترسی به افراد ماهر در تولد و سیستم حمل و نقل اورژانس در کاهش مرگ-ومیر نوزادان و مادران مؤثر است (۹).

دسترسی جغرافیایی در این مطالعه کمترین اهمیت را از نظر خبرگان دارا است. به نظر می‌رسد از نظر پاسخ‌دهندگان در ایران مراکز بهداشتی درمانی در نقاط مختلف وجود دارند اما مشکل اصلی در آموزش و توانمندی کارکنان در ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی و نیز بالا بردن آگاهی خانواده‌ها در دریافت خدمات است. یافته‌های این مطالعه با یافته‌های همایی راد همخوانی ندارد. طبق مطالعه همایی راد (۱۸) از طرفی هرچند که دسترسی به خدمات زایمانی افزایش یافته است، کیفیت ارائه خدمات چندان بهبودی نیافته است. با این حال این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از مطالعات سلطانی (۱۹) و ام بول (Mbwele) (۲۰)

نتیجه‌گیری

در بخش‌های مختلف، تأمین کامل و برابر دسترسی مردم به خدمات سلامتی نوزادان، ایجاد مشوق‌های مالی برای افزایش دسترسی به خدمات با کیفیت مراقبت از نوزادان، سیستم ارجاع پیش‌بینی شده برای نوزادان پرخطر، دستورالعمل واحد برای عملکرد کارکنان خدمات سلامت نوزادان، فراهم بودن تجهیزات، منابع، داروهای ضروری و زیرساخت‌های لازم برای مراقبت از نوزادان در شرایط عادی و اورژانس، بروز رسانی پروتکل‌های بالینی مراقبت نوزادی جهت پوشش همه سطوح مراقبتی نوزادان.

ملاحظات اخلاقی

در طراحی و اجرای مطالعه سعی شده است که احتمال دستیابی به هر گونه نتایج نادرست به حداقل رسانده شود. اطلاعات، منابع اطلاعاتی، یافته‌ها، اهداف و گواهی‌ها جعل و تحریف نشده‌اند. با ذکر نام کامل منبع از منابع مطالعات استفاده شده، حقوق مولفین و منابع حفظ شده است. حفظ حریم خصوصی افراد و رعایت محرمانه نگاه داشتن اطلاعات دریافتی از پاسخ‌دهندگان با توجه به بدون نام بودن پرسشنامه‌ها رعایت شده است. تکمیل پرسشنامه‌ها اختیاری و داوطلبانه بوده است.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان طراحی الگوی کنترل مرگ‌ومیر نوزادان در ایران در مقطع دکترای تخصصی در سال ۱۳۹۷ است که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران اجرا شده است. بدین وسیله از کلیه متخصصان و افرادی که در انجام مطالعه حاضر همکاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Blencowe H, Cousens S. Addressing the challenge of neonatal mortality. *Trop Med Int Health*. 2013;18(3):303-12. doi:10.1111/tmi.12048
2. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005;365(9462):891-900. doi:10.1016/s0140-6736(05)71048-5
3. Alijani Ranani H, Madhoshi S, Tour M, Moghimzadeh F. Evaluation of the cause and predisposing factors in neonatal mortality based on international coding disease version10 in Aboozar Hospital of Ahvaz. *Yafte*. 2017;19(1):124-33. (Persian)
4. Moxon SG, Lawn JE, Dickson KE, Simen-Kapeu A, Gupta G, Deorari A, et al. Inpatient care of small and sick newborns: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2:S7. doi:10.1186/1471-2393-15-s2-s7
5. Satratzadeh N, Poor Asad SH. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. WHO; 2016.
6. Hoseinpoor A, Mohammad K, Majdzadeh S R, Naghavi M, Abolhasani F, Holakui Naeini K, et al. Socio-economic inequality in the mortality rate of children under the age of 5 at the provincial and

- national levels. *J Adv Med Biomed Res.* 2004;12(48):29-37. (Persian)
7. Sherry N. An econometric investigation into the determinants of infant mortality rates. *Student Economic Review.* 2008;22:55-66.
 8. Neinavae M, Nasiripour AA, Tabibi J, Raeissi P. Designing the maternal and child health services package based on comparative study of developed countries models. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2016;19(17):1-12. (Persian)
 9. Evans M. A systematic review: Infant and maternal mortality and morbidity in developing countries. Anna Vaughn College of Nursing, Oral Roberts University; 2018.
 10. UNICEF. Action Plan for Healthy Newborn Infants in the Western Pacific Region. 2015.
 11. WHO. WHO guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health, approved or under review by the WHO Guidelines Review Committee: recommendations on newborn health. 2013.
 12. EWEC Technical Content Work stream working Group on ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths (23/03/2015). Ending Preventable Maternal and Newborn Mortality and Stillbirths Effective interventions and strategies
 13. Hooman H. Structural Equation Modeling Using LISREL Software (with Modifications) 2018. (Persian)
 14. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon; 2007.
 15. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 4th ed. Guilford Publications; 2016.
 16. Khanjari S FM, Molla F, Hosseini F. Prenatal care and the factors influencing it from the perspective of the care recipient. *Iran Journal of Nursing.* 2006;19(45):37-48. (Persian)
 17. Målqvist M, Yuan B, Trygg N, Selling K, Thomsen S. Targeted interventions for improved equity in maternal and child health in low and middle in one settings: Systematic review and *Plos One.* 2013;6(8):1-10.
 18. Homaei Rad E, Samadi AH, Bayazidi Y, Hayati R. Comparison of economic and social factors affecting infant mortality under one year in countries MENA. *Journal of Economic Modeling Research.* 2014;13. (Persian)
 19. Soltani R, Parsae S. Maternal and child health. 5th ed. Tehran: Sanjesh Publication; 2011. (Persian)
 20. Mbwele B, Reddy E, Reyburn H. A rapid assessment of the quality of neonatal healthcare in Kilimanjaro region, northeast Tanzania. *BMC Pediatr.* 2012;12(1):182. doi:10.1186/1471-2431-12-182
 21. Brieba D. State Capacity and Health Outcomes: Comparing Argentina's and Chile's Reduction of Infant and Maternal Mortality, 1960–2013. *World Development.* 2018;101:37-53. doi: 10.1016/j.worlddev.2017.08.011
 22. UNICEF. Comprehensive needs assessment of newborn care in selected countries, Cross-country report. Final report; 2013.