

توزیع منابع مرتبط با سلامت مادران در استان های ایران چگونه است؟

شواهدی برای اقدام سیاستی

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شرح مساله

استراتژی ها یا گزینه های سیاستی

- ✓ توسعه الگوهای تخصیص منابع بر اساس نیاز و محرومیت منطقه ای
- ✓ افزایش پوشش خدمات ۲۴ ساعته در مناطق کم برخوردار
- ✓ تمرکز بر آموزش و جذب ماما و مراقب سلامت در مناطق محروم:
- ✓ استفاده از شاخص های نابرابری مانند ضریب جینی در پایش و ارزیابی سالانه نظام سلامت
- ✓ طراحی برنامه های توانمندسازی و ارتقای ظرفیت نظام سلامت در استان های با نابرابری بالا

عدالت در سلامت به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام های سلامت، مستلزم توزیع منصفانه منابع، خدمات و فرصت های دسترسی برای همه گروه های جمعیتی است. در این میان، سلامت مادران به دلیل تأثیر مستقیم آن بر سلامت نسل آینده و شاخص های کلان توسعه، جایگاه ویژه ای در سیاست گذاری های بهداشتی دارد. مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از آن، در صورت دسترسی مناسب و باکیفیت، می تواند به طور قابل توجهی از مرگومیر مادران و نوزادان جلوگیری کرده و پیامدهای سلامت را بهبود بخشد.

با وجود پیشرفت های قابل توجه در کاهش مرگومیر مادران در ایران طی دهه های اخیر، شواهد نشان می دهد که این پیشرفت ها به طور یکنواخت در سراسر کشور توزیع نشده است. تفاوت های قابل توجهی میان استان ها از نظر دسترسی به نیروی انسانی متخصص، زیرساخت های بهداشتی و خدمات ضروری سلامت مادران وجود دارد. این نابرابری ها به ویژه در مناطق محروم، مرزی و کمتر توسعه یافته بارزتر بوده و می تواند منجر به دسترسی محدودتر زنان باردار به خدمات حیاتی شود.

یکی از چالش های اصلی در این حوزه، نحوه تخصیص منابع در سطح نظام سلامت است. در بسیاری از موارد، تمرکز منابع در استان های برخوردارتر و مناطق مرکزی کشور، موجب ایجاد شکاف در دسترسی به خدمات در سایر مناطق شده است. این در حالی است که نیاز به خدمات سلامت مادران در مناطق محروم، به دلیل عوامل اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی، ممکن است حتی بیشتر باشد. در نتیجه، تخصیص غیرهدفمند منابع نه تنها به کاهش نابرابری ها کمک نمی کند، بلکه می تواند آن ها را تشدید نماید. علاوه بر این، نبود نظام پایش مستمر و مبتنی بر شاخص های نابرابری، باعث می شود بسیاری از شکاف های موجود در سطح استانی یا زیرملی

به‌درستی شناسایی و مدیریت نشوند. در چنین شرایطی، تصمیم‌گیری‌های سیاستی بدون اتکا به شواهد دقیق و تحلیل‌های نابرابری، ممکن است کارایی لازم را نداشته باشد.

بنابراین، با توجه به اهمیت موارد فوق، این مطالعه در سطح ملی صورت گرفت تا با بهره‌گیری از داده‌های ثانویه ثبت شده در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بهره‌گیری از روش‌های کمی سنجش نابرابری‌های سلامت و تحلیل‌های آماری به بررسی دقیق وضعیت توزیع منابع مرتبط با سلامت مادران، در سطح اول ارائه خدمات سلامت پرداخت و الگوهای نابرابری که پیش‌نیاز طراحی مداخلات مؤثر و هدفمند هستند را شناسایی نمود.

نابرابری در توزیع منابع مرتبط با سلامت مادران باردار در سطح اول ارائه خدمات بر اساس ضریب جینی

یافته‌های جدول زیر نشان می‌دهد که میزان نابرابری در توزیع منابع مرتبط با سلامت مادران، بسته به نوع خدمت و نوع دسته‌بندی جغرافیایی، متفاوت است. به‌طور کلی، در میان منابع فیزیکی، بیشترین نابرابری در شاخص‌هایی مانند مراکز خدمات جامع سلامت شهری شبانه‌روزی (۰.۷۶۰)، مراکز مراقبت بهداشت مرزی (۰.۷۵۹) و پایگاه‌های مراقبت مرزی (۰.۶۸۷) مشاهده می‌شود که بیانگر تمرکز این خدمات در برخی استان‌ها و دسترسی محدود در سایر مناطق است. همچنین تسهیلات زایمانی (۰.۴۹۶) و پایگاه‌های سلامت روستایی (۰.۴۹۱) نیز از نابرابری قابل توجهی برخوردارند. در مقابل، برخی خدمات مانند خانه‌های بهداشت (۰.۱۶۳)، پایگاه‌های سلامت شهری (۰.۱۲۴) و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی (حدود ۰.۱۴۶) توزیع نسبتاً عادلانه‌تری دارند. در حوزه منابع انسانی نیز، نابرابری در توزیع پزشکان (۰.۲۰۴) و مراقبین سلامت (۰.۲۱۱) در سطح متوسط قرار دارد، در حالی که توزیع بهورزان، به‌ویژه بهورزان زن (۰.۱۳۱)، از عدالت بیشتری برخوردار است. با این حال، برخی گروه‌ها مانند مراقبین ناظر (۰.۳۲۸) و ماماها (۰.۳۰۴) همچنان با نابرابری بیشتری مواجه‌اند (جدول ۱).

از منظر الگوهای جغرافیایی، نابرابری‌ها در بسیاری از شاخص‌ها با سطح محرومیت استان‌ها ارتباط بیشتری نسبت به تقسیم‌بندی‌های صرفاً جغرافیایی (مرکزی/مرزی یا مناطق پنج‌گانه) نشان می‌دهد. به‌ویژه در خدمات حیاتی مانند مراکز شبانه‌روزی، تفاوت بین استان‌های محروم و برخوردار چشمگیرتر است. این الگو بیانگر آن است که تخصیص منابع در برخی موارد به‌طور کامل مبتنی بر نیازهای واقعی مناطق نبوده و می‌تواند منجر به تشدید شکاف‌های دسترسی به خدمات سلامت مادران شود.

جدول ۱. وضعیت نابرابری در توزیع منابع مرتبط با سلامت مادران باردار در سطح اول ارائه خدمات بر اساس ضریب جینی در سطح کشور؛

۱۴۰۴ (ضریب جینی عددی است بین ۰ (کمترین نابرابری) و ۱ (بیشترین نابرابری))

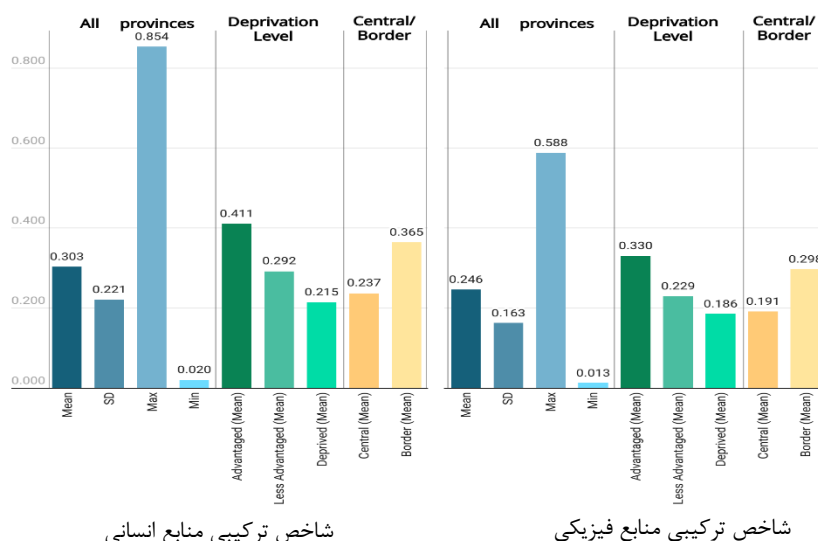
تقسیمات کشوری	سطح محرومیت	مرکزی/مرزی	کل استان‌ها	
0.077	0.075	0.049	0.163	فضای خانه بهداشت
0.077	0.216	0.119	0.491	فیزیکی پایگاه سلامت روستایی
0.033	0.094	0.034	0.124	پایگاه سلامت شهری
0.016	0.066	0.028	0.161	مرکز خدمات جامع سلامت شهری (عادی)
0.431	0.422	0.096	0.760	مرکز خدمات جامع سلامت شهری (شبانه روزی)
0.159	0.119	0.131	0.296	مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی (عادی)
0.130	0.185	0.040	0.312	مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی (شبانه روزی)
0.032	0.046	0.0009	0.146	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (عادی)
0.294	0.081	0.158	0.146	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (شبانه روزی)

0.175	0.108	0.329	0.759	مرکز مراقبت بهداشت مرزی	منابع انسانی
0.304	0.281	-	0.687	پایگاه مراقبت بهداشت مرزی	
0.096	0.177	0.029	0.280	مرکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری	
0.247	0.155	0.005	0.496	تسهیلات زایمانی	
0.140	0.061	0.028	0.268	مرکز آموزش بهورزی	
0.062	0.144	0.075	0.204	تعداد پزشک	
0.092	0.098	0.066	0.211	تعداد مراقب سلامت	
0.073	0.249	0.143	0.328	تعداد مراقب ناظر	
0.064	0.105	0.018	0.244	تعداد ماما مراقب	
0.064	0.218	0.107	0.304	تعداد ماما	
0.049	0.050	0.032	0.131	تعداد بهورز زن	
0.070	0.084	0.051	0.165	تعداد بهورز مرد	

شکاف منابع سلامت در استان‌ها

در شاخص ترکیبی منابع انسانی سلامت، میانگین کل استان‌ها ۰.۳۰۳ است، اما اختلاف‌های درون منطقه‌ای چشمگیر دیده می‌شود؛ به‌طوری‌که مناطق مرفه‌تر با میانگین ۰.۴۱۱ در وضعیت بهتری نسبت به مناطق کم‌برخوردار ۰.۲۹۲ و مناطق مرکزی ۰.۲۳۷ قرار دارند، در حالی که مناطق مرزی با میانگین ۰.۳۶۵ نیز عملکرد نسبتاً بالاتری از متوسط کل نشان می‌دهند. همچنین دامنه تغییرات این شاخص از ۰.۰۲۰ تا ۰.۸۵۴ نشان می‌دهد که نابرابری فضایی در توزیع منابع انسانی بسیار زیاد است. در شاخص ترکیبی منابع فیزیکی سلامت نیز الگوی مشابهی مشاهده می‌شود؛ میانگین کل استان‌ها ۰.۲۴۶ است و مناطق مرفه‌تر با میانگین ۰.۳۳۰ بالاتر از مناطق کم‌برخوردار ۰.۲۲۹، مناطق مرکزی ۰.۱۹۱ و مناطق مرزی ۰.۲۹۸ قرار دارند. با توجه به حداکثر ۰.۵۸۸ و حداقل ۰.۰۱۳، این شاخص نیز از شکاف قابل توجه در دسترسی و توزیع منابع فیزیکی حکایت دارد.

بر این اساس، پیام اصلی برای خلاصه سیاستی این است که در هر دو بُعد منابع انسانی و فیزیکی سلامت، نابرابری فضایی قابل توجهی وجود دارد و مناطق کم‌برخوردار و برخی مناطق مرکزی در وضعیت ضعیف‌تری قرار دارند. بنابراین، سیاست‌های تخصیص منابع باید از رویکرد صرفاً سرانه‌ای فاصله گرفته و به سمت تخصیص مبتنی بر نیاز، محرومیت و شکاف‌های منطقه‌ای حرکت کند تا تعادل بیشتری در توزیع منابع ایجاد شود.



۱. توسعه الگوهای تخصیص منابع بر اساس نیاز و محرومیت منطقه‌ای
با توجه به نابرابری در برخی شاخص‌ها مانند پزشک و تسهیلات زایمانی، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌های تخصیص منابع بر مبنای شاخص‌های ترکیبی از جمعیت، سطح محرومیت، پراکندگی جغرافیایی و بار بارداری تنظیم شوند.
۲. افزایش پوشش خدمات ۲۴ ساعته در مناطق کم‌برخوردار
به دلیل نابرابری قابل توجه در توزیع مراکز شبانه‌روزی، ایجاد یا تقویت این مراکز در استان‌هایی با دسترسی پایین می‌تواند به ارتقای سلامت مادران و کاهش مرگ‌ومیر کمک کند.
۳. تمرکز بر آموزش و جذب ماما و مراقب سلامت در مناطق محروم
با وجود توزیع نسبتاً مناسب ماماها، هنوز برخی استان‌های مرزی یا کم‌برخوردار کمبود دارند. تدوین برنامه‌های مشوق برای جذب و نگهداشت نیروهای بهداشتی در این مناطق ضروری است.
۴. استفاده از شاخص‌های نابرابری مانند ضریب جینی در پایش و ارزیابی سالانه نظام سلامت
پایش مستمر نابرابری در دسترسی به خدمات مادران با کمک شاخص‌هایی چون ضریب جینی، می‌تواند در طراحی سیاست‌های اصلاحی بسیار مؤثر باشد.
۵. طراحی برنامه‌های توانمندسازی و ارتقای ظرفیت نظام سلامت در استان‌های با نابرابری بالا
استان‌هایی که هم سطح محرومیت بالایی دارند و هم شاخص‌های خدماتی ضعیف‌تری نشان می‌دهند، باید در اولویت برنامه‌های تقویتی و توانمندسازی قرار گیرند.

پیشنهاد ما

با وجود توسعه نسبی برخی زیرساخت‌های اولیه، همچنان شکاف معناداری در دسترسی به منابع انسانی و فیزیکی سلامت مادران، به‌ویژه در استان‌های محروم و مرزی، وجود دارد. بنابراین، پیشنهاد اصلی ما به سیاست‌گذار آن است که تخصیص منابع از الگوی صرفاً جمعیت‌محور فاصله بگیرد و به سمت رویکردی نیازمحور و عدالت‌محور حرکت کند؛ رویکردی که در آن تقویت نیروی انسانی مامایی و مراقبت‌های اولیه، توسعه تسهیلات زایمانی و ارتقای خدمات ۲۴ ساعته در مناطق کم‌برخوردار در اولویت قرار گیرد. چنین رویکردی می‌تواند هم دسترسی مادران باردار به خدمات ایمن و باکیفیت را بهبود بخشد و هم به کاهش نابرابری‌های منطقه‌ای در سلامت مادران کمک کند.

جمع بندی

طالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت توزیع منابع مرتبط با سلامت مادران باردار در سطح اول ارائه خدمات سلامت در استان‌های کشور در سال ۱۴۰۴ انجام شد. نتایج این پژوهش تصویر نسبتاً جامعی از نقاط قوت و چالش‌های موجود در نظام سلامت کشور در زمینه مراقبت از مادران ارائه می‌دهد.

از یک سو، یافته‌ها نشان داد که در بسیاری از شاخص‌ها، توزیع منابع در سطح استان‌ها نسبتاً متعادل بوده و در برخی مناطق، به‌ویژه استان‌های مرکزی و برخوردار، زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات مراقبتی به مادران باردار به‌خوبی فراهم شده است. وجود مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و حضور نیروهای سلامت از جمله پزشک، ماما و بهورز در بخش قابل‌توجهی از استان‌ها، نشان‌دهنده تلاش‌های صورت‌گرفته در جهت گسترش خدمات اولیه سلامت در سال‌های اخیر است. از سوی دیگر، نتایج نشان داد که در برخی شاخص‌ها و مناطق، هنوز نابرابری‌هایی در دسترسی به منابع انسانی و فیزیکی سلامت مشاهده می‌شود. به‌ویژه در استان‌های مرزی، محروم و دارای نرخ باروری بالا، کمبودهایی در برخی منابع، به‌خصوص در زمینه نیروهای مامایی و پایگاه‌های سلامت، قابل توجه بود. این موضوع می‌تواند کیفیت و پوشش خدمات سلامت مادران را در این مناطق تحت تأثیر قرار دهد. تحلیل‌ها نشان داد که در کنار شاخص‌هایی با توزیع نسبتاً عادلانه، در برخی دیگر مانند توزیع ماما، تفاوت‌هایی میان استان‌ها وجود دارد که نیازمند توجه بیشتر سیاست‌گذاران است. همچنین رابطه‌ای میان نرخ باروری و برخی منابع سلامت دیده شد که می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آینده راهگشا باشد.

به‌طور کلی، این مطالعه بر ضرورت تداوم تلاش‌ها برای ارتقای عدالت در سلامت تأکید دارد؛ به‌ویژه از طریق تخصیص هوشمندانه منابع بر اساس نیاز، تقویت ظرفیت‌های نظام سلامت در استان‌های کمتر برخوردار، و استفاده از داده‌های دقیق برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد. حفظ و تقویت دستاوردهای موجود، در کنار رفع کاستی‌ها، می‌تواند به بهبود شاخص‌های سلامت مادران و ارتقای سطح سلامت عمومی کشور منجر شود.

برای اطلاعات بیشتر

تاریخ تدوین: بهار ۱۴۰۵ 
منبع: طرح پژوهشی مصوب 