

Review

Maternal Homecare Services, the Missing Link in the Iranian Health System

Mojgan Neinavaie^{1*}

1. Assistant Professor of Midwifery Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

*.Corresponding Author: E-mail: mjgn.neinavaie@yahoo.com

(Received 26 October 2022 Accepted 17 May 2024)

Abstract

Quality care in pregnancy and childbirth is associated with good results for mother and baby. The provision of some home prenatal care units reduces the stressors associated with these pregnancies and improves maternal health. The present study aimed to investigate maternal homecare for mothers and children in selected developed countries.

In this review, all Persian and English articles and documents from 2006 to 2021 related to homecare services for mothers and children were reviewed using the keywords “Home care,” “Maternal child health services,” and “Home birth” in selected countries in reputable databases, namely PubMed, Web of Science, Scopus, Google scholar, World Health Organization (WHO), and Science Direct. Articles that met the inclusion criteria were extracted and analyzed.

The findings indicated that in selected developed countries, there are home delivery services and periodic regular home care of mother and child after delivery, a maternity manual, and a birth package with insurance coverage or free of charge. Therefore, it appears that incorporating home delivery options, along with the provision of infrastructure and postnatal care programs for mothers and children, into the Ministry of Health's plans is imperative to enhance the quality and contentment of mothers. These services should be regularly offered, either free of charge or with insurance coverage.

Keywords: Home care, Health services, Maternal-child health.

ClinExc 2024;13(56-69) (Persian).

مژگان نینوایی*

چکیده

مراقبت باکیفیت در بارداری و زایمان با نتایج خوب برای مادر و نوزاد همراه است. ارائه‌ی برخی از بخش‌های مراقبت‌های بارداری در منزل باعث کاهش عوامل استرس‌زای مرتبط با این حاملگی‌ها و بهبود سلامت در مادران می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی مراقبت‌های مادران در منزل برای مادران و کودکان در کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب است. در این مطالعه‌ی مروری، تمام مقالات و اسناد مرتبط با موضوع مراقبت در منزل خدمات سلامت مادران و کودکان از سال ۲۰۰۶ تا سال ۲۰۲۱ به زبان‌های فارسی و انگلیسی در کشورهای منتخب با استفاده از کلیدواژه‌های مراقبت در منزل، خدمات سلامت، مادر و کودک و زایمان در منزل و معادل انگلیسی این کلیدواژه‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی و استنادی معتبر از جمله PubMed، Web of Science، Scopus، Google scholar، WHO و Science Direct بررسی شد. مقالاتی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، استخراج و سپس، تحلیل شدند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که در کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب، خدمات زایمان در منزل و مراقبت‌های دوره‌ای منظم مادر و کودک پس از زایمان در منزل، کتابچه‌ی راهنمای مادران و بسته‌ی تولد با پوشش بیمه یا به‌صورت رایگان وجود دارد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که برای بهبود کیفیت و رضایتمندی مادران، وجود گزینه‌ی زایمان در منزل با فراهم‌آوری زیرساخت‌ها و برنامه‌ی مراقبت در منزل مادر و کودک پس از زایمان باید جزو برنامه‌های وزارت بهداشت باشد و به فواصل مشخص و به‌طور رایگان یا با پوشش بیمه‌ای انجام شود.

واژه‌های کلیدی: خدمات سلامت، سلامت مادر و کودک، مراقبت در منزل.

Email: mjgn.neinavaie@yahoo.com

۱. استادیار گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران
*نویسنده مسئول: کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه مامایی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۰۱/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۸

مقدمه

بیش از ۸۰۰ زن در سراسر جهان روزانه بر اثر بارداری و عوارض مربوط به زایمان می‌میرند که ۹۹ درصد این موارد در کشورهای با درآمد متوسط و پایین اتفاق می‌افتد. کشورهای آسیای جنوبی و جنوب صحرای آفریقا بیشترین بار مرگ مادران را به دوش می‌کشند. مراقبت باکیفیت در تمام دوران بارداری و زایمان با نتایج خوب برای مادر و نوزاد همراه است. افزایش دسترسی به مراقبت‌های قبل از زایمان، وجود ماماها و ماهر و برنامه‌های آگاهی از مراقبت از بارداری در سطح محلی، به بارداری و زایمان ایمن کمک می‌کنند (۱).

در برخی از کشورهای کم‌درآمد، تغییرات مثبتی در سلامت مادران مشاهده شده است؛ با این حال، بسیاری از کمپین‌ها در بهبود سلامت مادران در سه دهه‌ی گذشته به دلیل عدم توانایی بومی‌سازی خدمات بهداشتی ناکام مانده‌اند.

مرگ مادران به معنی مرگ زن در حین بارداری یا ۴۲ روز پس از ختم حاملگی، صرف‌نظر از مدت‌زمان و محل بارداری، در اثر هر علتی است که مربوط به بارداری یا تشدید آن باشد. مرگ مادر شاخص خوبی برای استفاده از خدمات بهداشتی است. این شاخص «نوگ کوه یخ» است که شرایط مربوط به بارداری، حوادث مادری، سایر عواقب بالقوه‌ی خطرناک پس از تولد و پیامدهای بلندمدت روانی، اجتماعی و اقتصادی را با بزرگ‌نمایی نشان می‌دهد (۲). سلامت مادران یکی از نگرانی‌های مهم سلامت در سطح جهان و شاخص رشد جوامع از نظر کیفیت خدمات بهداشتی، شرایط زندگی و برابری جنسیتی است. اکثر مدل‌های اخیر تحلیل مرگ‌ومیر مادران نشان می‌دهند که سلامت مادران چندبعدی است و به رویکرد بین‌رشته‌ای نیاز دارد (۳). عدم آگاهی از اهمیت مراقبت‌های پزشکی در دوران بارداری و زایمان، عوامل فرهنگی و اجتماعی به‌ویژه برای زنان در روستاهای دورافتاده و تحصیلات،

اشتغال و استطاعت زنان از عوامل متداول مؤثر در دریافت مراقبت‌های دوران بارداری هستند (۲).

طبق تعریف انجمن علمی مراقبت در منزل^۱، معاینه و مراقبت در منزل به‌منظور ارتقا و حفظ سلامت افراد انجام می‌شود و ویژگی مهم آن این است که در این روش، مراقبت بهداشتی و اقدامات لازم در محل زندگی افراد و با توجه به نیاز آن‌ها انجام می‌گیرد (۴). به کمک مراقبت در منزل می‌توان مراقبت‌های بهداشتی و آموزش‌های لازم را در منزل به مادران ارائه داد (۵).

ارائه‌ی برخی از بخش‌های مراقبت‌های دوران بارداری در خانه باعث کاهش عوامل استرس‌زای مرتبط با این حاملگی‌ها و بهبود سلامت روان در مادران با بارداری پرخطر می‌شود (۶). این استراتژی در بسیاری از کشورهای پیشرفته در سیستم زایمان در حال اجرا است تا از زنان با بارداری پرخطر محافظت کند. با آموزش‌هایی که در منزل ارائه می‌شود، زنان باردار می‌آموزند رفتارهایی را بروز دهند که خطر زایمان زودرس را کاهش می‌دهد. همچنین، آن‌ها می‌آموزند که سبک زندگی خود را اصلاح کنند و تغییر دهند. ارزیابی مادران در خانه به حداقل رساندن تعداد روزهای بستری در بیمارستان را به دنبال دارد (۳). ارائه‌ی این مراقبت می‌تواند به کاهش هزینه‌های زایمان زودرس و بستری در نوزادان کم‌وزن به دلیل بارداری پرخطر منجر شود (۷، ۸). مادرانی که علاوه بر مراقبت‌های معمول قبل از تولد در منزل، از مراقبت‌های خانگی نیز برخوردار بوده‌اند، عوارض کمتری را در بارداری، مانند پارگی زودرس کیسه‌ی آب، زایمان زودرس و فشارخون بالا، نسبت به بیمارانی تجربه می‌کنند که فقط در بیمارستان از آن‌ها مراقبت شده است (۹).

برنامه‌ی مراقبت در منزل به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی این امکان را می‌دهد تا از شخص در محیطی که در آن احساس راحتی می‌کند و در کنار اعضای خانواده مراقبت کنند. علاوه بر این، ارزیابی مادر و جنین، هماهنگی مشکلات با مراکز بهداشتی و آموزش

¹.NAHC

شرایط پرخطر به مادر و پیگیری خدمات لازم برای آنها می‌تواند حاصل شود؛ بنابراین، مشارکت خانواده‌ها در برنامه‌های آموزشی را آسان‌تر می‌کند و نگرش بهتری به عوامل مؤثر در سلامت مادر و کودک به وجود می‌آید. با اجرای این برنامه، حمایت ملموس روان‌شناختی و استفاده‌ی بیشتر از خدمات اجتماعی قابل پیش‌بینی است (۳). بسیاری از پزشکان معتقدند که در صورت کاهش فشارخون در مادران باردار مبتلا به هیپرتانسیون، بستری بیشتر در بیمارستان مجاز نیست؛ بنابراین، بسیاری از زنان مبتلا به هیپرتانسیون خفیف تا متوسط می‌توانند تحت مراقبت مداوم و مدیریت در منزل قرار گیرند (۱۰). در ایران، برنامه‌های مراقبت از بارداری مادران باردار مبتلا به هیپرتانسیون بیشتر معطوف به درمان‌هایی است که در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های تخصصی ارائه می‌شود. به نظر می‌رسد که تداوم این خدمات در برخی موارد نامنظم است و زنان باردار با شرایط شدید به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مراجعه می‌کنند؛ بنابراین، برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و عوارض مادران مبتلا به پره‌اکلامپسی، باید بر ارتقای کیفیت مراقبت با شدت بیشتری تأکید شود (۱۱).

دوره‌ی پس از زایمان از یک ساعت پس از زایمان تا ۴۲ روز بعد را شامل می‌شود و دوره‌ای حیاتی برای سلامت مادران است. زنان در این دوره تغییرات جسمی، روحی و عاطفی مختلفی را تجربه می‌کنند که در برنامه‌ی روزمره‌ی آنها اختلال ایجاد می‌کند و به افت کیفیت زندگی مادران در این دوره‌ی حساس منجر می‌شود. طیف گسترده‌ای از عوارض در این دوره، از جمله مشکلات جسمی، روحی و عاطفی گزارش شده است. سلامت زنان پس از زایمان مهم‌ترین عامل مؤثر بر سلامت فرزندان آنها است. اکثر مادران دانش کافی درباره‌ی مراقبت و عوارض پس از زایمان ندارند. به همین دلیل، مادران نخست‌زا اغلب آمادگی کافی برای انجام این کار را ندارند و به حمایت خانواده، دوستان و کارکنان بهداشتی نیاز دارند. تدارک مراقبت‌های پس از

زایمان مهم‌ترین اقدام برای جلوگیری از عواقب ناخواسته است؛ بنابراین، عملکرد کارکنان بهداشتی و حمایت اجتماعی از مادران نقش مهمی در آماده‌سازی آنها برای کنار آمدن با شرایط جدید دارد (۱۲). مادران باید حمایت شوند تا با وجود این تغییرات ناگهانی و شدید، بتوانند نقش‌ها و مسئولیت‌های خود را عملی کنند (۱۳). مراقبت در منزل پس از زایمان روش مناسبی برای برآوردن نیازهای آموزشی و حمایتی مادران است؛ زیرا اغلب برای آنها دشوار است که در اولین روز پس از زایمان به جایی بروند و بهترین کار این است که به‌راحتی خدمات مراقبت از کودکان آنها در خانه فراهم شود. مراقبت در منزل پس از زایمان به اقدامات انجام‌شده برای جلوگیری از عوارض و ارتقای سلامت مادران در این دوره و بهبود کیفیت تعامل با نوزادان گفته می‌شود و کمک می‌کند تا مادران بهتر با زندگی جدید و پرتنش خود کنار بیایند و با پیگیری از عوارض روحی و روانی، آنها را قادر می‌سازد تا مراقبت از خود و نوزادان را بهتر مدیریت کنند. زنانی که در خانه خدمات مراقبت‌های مامایی دریافت می‌کنند، در مقایسه با کسانی که این خدمات را در بیمارستان دریافت می‌کنند، کیفیت و رضایتمندی بیشتری از خدمات را گزارش می‌دهند (۵). یافته‌های گزارش‌شده نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط معنی‌داری بین استفاده از خدمات مراقبت‌های دوران بارداری و فاصله از امکانات ارائه‌دهنده‌ی این خدمات، نحوه‌ی حمل‌ونقل و زمان انتظار برای دریافت خدمات است. عدم دسترسی به خدمات به‌دلیل مسافت طولانی و مشکلات مربوط به حمل‌ونقل از جمله دلایل اصلی عدم دریافت مراقبت‌های دوران بارداری است (۱۴). با توجه به اهمیت سلامت مادران و کودکان که دوسوم ساختار جمعیت را تشکیل می‌دهند و سلامت جامعه‌ی آینده‌ی هر کشوری به سلامت این دو قشر وابسته است، ضرورت مطالعه‌ای تطبیقی با کشورهای موفق دنیا در امر سلامت مادر و کودک به‌شدت احساس می‌شود. مطالعه درباره‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت در ابعاد دیگر سلامت

در پژوهش‌های مختلف انجام شده است؛ ولی مطالعه‌ای تطبیقی با تمرکز بر مراقبت در منزل مادران و کودکان وجود ندارد. آیا به‌جز روش‌های ارائه‌ی خدماتی که در حال حاضر در کشور ایران وجود دارد، روش‌های دیگری نیز وجود دارند که سطح دسترسی، رضایتمندی و کیفیت خدمات ارائه‌شده را برای مادران افزایش دهند، به‌خصوص در شرایط پاندمی که دنیا درگیر معضلات آن است و حذف مراجعه‌ی حضوری به‌علت ترس از ابتلا در مادران و کودکان بسیار بیشتر دیده می‌شود؟ در این پژوهش، مراقبت در منزل مادر و کودک به‌عنوان یکی از روش‌های ارائه‌ی خدمت در برخی کشورهای توسعه‌یافته‌ی دنیا بررسی شده است تا با بررسی تجارب مثبت آن‌ها در این زمینه، بتوان زیرساخت‌های لازم را برای اجرای این خدمات در ایران فراهم آورد.

روش کار

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی است و با روش توصیفی‌مروری در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. حوزه‌ی پژوهش شامل تسهیلات مربوط به مراقبت در منزل خدمات سلامت مادران و کودکان در کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب است. برای بررسی وضعیت کشورهای منتخب، گزارش‌های رسمی منتشرشده از سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی از سال ۲۰۰۶ میلادی به بعد، وبسایت‌های مرتبط و کتب و مقالات دردسترس مطالعه شده است.

مراحل پژوهش به شرح زیر بوده است:

مرحله‌ی اول: انجام مطالعه‌ی مروری به‌منظور انتخاب کشورهای توسعه‌یافته‌ی دنیا در زمینه‌ی سلامت مادر و کودک با استفاده از شاخص‌های سلامت مادر و کودک^۲ از طریق سایت رسمی سازمان جهانی بهداشت و یونیسف برای شناسایی و مقایسه‌ی شاخص‌های مرتبط در جهان.

مرحله‌ی دوم: مطالعه‌ی مروری برای انتخاب مؤلفه‌ها و ابعاد مورد بررسی در زمینه‌ی مراقبت در منزل خدمات سلامت مادران و کودکان در ۲۰ کشور توسعه‌یافته‌ی جهان (مرگ‌ومیر مادران کمتر از ۱۲ درصد، ۱۰۰۰ تولد زنده و مرگ‌ومیر شیرخواران کمتر از ۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده).

مرحله‌ی سوم: انتخاب کشورهای توسعه‌یافته برای مطالعه (۱۰ کشور) با معیارهای محدودتر از مرحله‌ی دوم (مرگ‌ومیر مادران کمتر از ۱۰ درصد، ۱۰۰۰ تولد زنده و مرگ‌ومیر شیرخواران کمتر از ۳ در ۱۰۰۰ تولد زنده).

مرحله‌ی چهارم: انجام مطالعه‌ی کتابخانه‌ای (مطالعه‌ی کیفی) در کشورهای منتخب در زمینه‌ی مؤلفه‌های انتخاب‌شده در مرحله‌ی دوم و استخراج اطلاعات. مرحله‌ی پنجم: نتیجه‌گیری.

کشورهای مورد مطالعه شامل کشورهای توسعه‌یافته و موفق در زمینه‌ی خدمات سلامت مادر و کودک بوده‌اند. ابتدا، آمار این کشورها بر اساس شاخص‌های بهداشت مربوطه از سایت سازمان جهانی بهداشت گرفته شد. سپس، از ۲۰ کشور پیشرو در این زمینه، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، بر اساس شاخص‌های سلامت برتر و موجود بودن اطلاعات دردسترس، ۱۰ کشور انتخاب شدند. کشورهای منتخب شامل ژاپن، سنگاپور، سوئد، فنلاند، نروژ، ایتالیا، ایسلند، استرالیا، اتریش و بلاروس بوده است. معیارهای ورود کشورها به مطالعه شاخص‌های پایه‌ی سلامت مطلوب و دردسترس بودن اطلاعات بهداشتی در سایت معتبر به زبان انگلیسی بوده است. معیار خروج از مطالعه شاخص‌های بیش از مقادیر ذکرشده برای سلامت مادر و کودک و عدم دسترسی به اطلاعات یا وجود اطلاعات به زبان غیرانگلیسی بوده است. میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک در ایران و کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

^۲ IMR, MMR

در مرحله‌ی بعد، به علت دردسترس نبودن اطلاعات، کشورهای ایتالیا، بلاروس و ایسلند از مطالعه خارج شدند.

دامنه‌ی پژوهش نوع بسته‌ی خدمتی و نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت مادران (در دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان) را در بر می‌گیرد و خدماتی از قبیل خدمات بهداشتی برای مادر و کودک به غیر از دوران بارداری و بیماری غیرمرتبط با بارداری را شامل نمی‌شود. مؤلفه‌های پژوهش پس از بررسی اولیه و همچنین، استناد به پژوهش نینوایی و همکاران (۱۳۹۴) استخراج شد که شامل مراقبت در منزل در بارداری، بعد از زایمان، زایمان در منزل، مراقبت نوزادان در منزل، منابع مالی مراقبت در منزل و کارکنان درمانی است (۱۶). ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل فیش کارت و جدول تطبیقی بوده است.

در مرحله‌ی مطالعه‌ی تطبیقی، داده‌ها از طریق مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، سازمان بهداشت جهانی و وزارتخانه‌های متولی خدمات بهداشت مادر و کودک و رساله‌های دکتری و بهره‌گیری از اینترنت جمع‌آوری شدند و جست‌وجوی مقالات در پایگاه‌های اطلاعات علمی با فیش‌برداری انجام گرفته است. به علاوه، دستورالعمل‌های کشورهای منتخب از سایت وزارت بهداشت کشور مربوطه و آمارهای بهداشتی از سایت WHO گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی: با ذکر نام کامل از منابع مطالعات استفاده شده است. حقوق مؤلفان و منابع حفظ شده و در انتشار و ارائه‌ی مطالب، به‌خوبی به نویسنده یا نویسندگانی که از اطلاعات یا نوشته‌های آن‌ها به‌طور مستقیم استفاده شده، ارجاع داده شده است.

یافته‌ها

پس از بررسی حدود ۲۰۰ مقاله، در نهایت ۵۴ مقاله واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و بقیه از مطالعه خارج شدند. نتایج به‌دست آمده برای مؤلفه‌های مراقبت در منزل در بارداری، بعد از زایمان، زایمان در منزل،

مراقبت نوزادان در منزل، منابع مالی مراقبت در منزل و کارکنان درمانی در جدول‌های شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است. جدول ۲ نوع خدمات در منزل مادر و کودک در دوره‌ی زایمان و پس از زایمان و پوشش بیمه‌ی خدمات و جدول ۳ نوع بسته‌ی خدمات در منزل برای مادر و کودک را نشان می‌دهد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که خدمات مراقبت در منزل مادران در اکثر کشورهای توسعه‌یافته به‌صورت هدفمند و با برنامه‌ریزی در جریان است. یکی از این خدمات وجود بسته‌ی زایمان در منزل به‌عنوان حق انتخابی برای مادرها و خانواده‌ها است. با توجه به حذف عامل استرس مادر و ایجاد آرامش روحی و برخورداری از حمایت اعضای خانواده، به‌خصوص همسر، وجود این گزینه، هرچند به میزان کمتر نسبت به خدمات بیمارستانی، می‌تواند رضایتمندی و سلامت را برای مادران و خانواده به همراه آورد. میزان انجام زایمان در منزل در کشورهای مورد مطالعه از ۰/۲ تا ۳ درصد متغیر است. این میزان بسیار کم است؛ ولی به‌عنوان حق انتخابی برای دریافت خدمات وجود دارد. برای این منظور، ماماها دوره‌ی خاصی می‌گذارند و تعداد مشخصی از آن‌ها برای اشتغال دولتی در این بخش پذیرفته می‌شوند و با حمایت بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و معمولاً بیمه‌ها، این امر را عملی می‌کنند. متأسفانه در ایران خدمات زایمان در منازل به‌عنوان گزینه‌ای انتخابی، در دسترس مادران، به‌خصوص در شهرها، قرار ندارد و اگر در مناطقی انجام شود، خارج از برنامه و پروتکل کشوری یا به‌صورت اورژانسی است. مطالعات نشان داده‌اند که در صورت حمایت بیمه‌ها و استفاده از ماماها‌ی کارآموزده و حمایت مراکز درمانی، این امر در کیفیت خدمات مامایی و رضایتمندی مؤثر خواهد بود. خاوندی‌زاده اقدام و همکاران در پژوهش خود، نتیجه گرفته‌اند که نه‌تنها زایمان در منزل هیچ‌گونه اثر نامطلوبی بر زایمان ندارد، بلکه بسیاری از نتایج

زایمان را نیز بهبود می‌دهد و می‌توان آن را در زایمان‌های طبیعی بدون عارضه، در صورتی که بتوان شرایط بهینه در کشور ایجاد کرد، به کار برد (۳۲) که با نتایج مطالعه‌ی فعلی همسو است. در روستاها، هنوز هم اغلب عامل زایمان در منزل افراد غیرتحصیل کرده و فاقد صلاحیت هستند؛ بنابراین، استخدام و آموزش ماماها بدین منظور از حوادث اجتناب‌ناپذیر زایمان توسط فرد فاقد صلاحیت پیشگیری می‌کند. در ایران، یافته‌های پژوهش فروغی راد و همکاران این مسئله را تأیید می‌کند. مطابق یافته‌های این محققان، بیشترین نتایج نامطلوب مانند خون‌ریزی زودرس پس از زایمان، شلی رحم، عفونت پس از زایمان، انتقال مادر به بیمارستان، پارگی کیسه‌ی آب و...، در مواردی وجود داشته که عامل زایمان مامای محلی دوره‌نندیده بوده است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مامای تحصیل کرده برای زایمان در منزل آموزش داده شود (۳۳). توانمندسازی ماماها از دوران تحصیل بدین منظور اقدام مناسبی خواهد بود که در تمام کشورهای توسعه‌یافته‌ی حاضر در مطالعه‌ی فعلی دیده می‌شود. در این راستا، میر رفیعی و همکاران در پژوهش خود نتیجه گرفتند که باید برای ارتقای سطح آگاهی و تصحیح نگرش‌ها به زایمان در منزل برنامه‌ریزی به عمل آید. این کار باید از طریق برنامه‌های آموزشی و ایجاد انگیزه برای افزایش آگاهی انجام گیرد که در نتیجه، به ارتقای عملکرد نیز منجر خواهد شد. آموزش ماماها تحصیل کرده برای زایمان در منزل و ارائه‌ی واحدهای درسی تئوری و عملی درباره‌ی زایمان در منزل برای دانشجویان کارشناسی به‌منظور افزایش آشنایی آنان و فراهم شدن تمهیدات و امکانات لازم توصیه شده است (۳۴). در پژوهش‌های خارجی نیز تأیید وجود گزینه‌ی زایمان در منزل به چشم می‌خورد. مطالعه‌ی جانسن و همکاران نشان داده است که زایمان در منزل برنامه‌ریزی شده با حضور ماما با میزان بسیار پایین مرگ پرناتال و کاهش میزان مداخلات زنان و زایمان و پیامدهای نامطلوب مادران در مقایسه با زایمان برنامه‌ریزی شده در بیمارستان با حضور

یک ماما یا پزشک همراه است. میزان مرگ سالانه‌ی کمتر از ۱ در هر ۱۰۰۰ تولد می‌تواند معیاری برای سایر کشورها باشد تا برنامه‌های زایمان در منزل را ارزیابی کنند (۳۵). در ایران، به‌علت نبود گزینه‌ی زایمان در منزل در سیستم بهداشت و درمان، انجام مطالعه‌ی مقایسه‌ای درباره‌ی پیامدهای زایمان در بیمارستان و منزل ممکن نیست؛ ولی در مطالعات خارجی این مقایسه انجام شده است.

مثلاً نتایج مطالعه‌ی رایستما و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که زنان کم‌خطر با زایمان در منزل، مداخلات هنگام تولد و نتایج نامطلوب مادری را کمتر تجربه کرده‌اند. این یافته‌ها همراه با پیامد خوب نوزادان، خانواده‌ها، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاران را از ایمن بودن زایمان در منزل آگاه می‌کند (۳۶).

هوتون و همکاران زایمان در منزل و در بیمارستان را در زنان کم‌خطر با هم مقایسه کردند و دریافتند که افراد با زایمان در منزل کمتر احتمال تجربه‌ی مداخلات (سزارین، زایمان واژینال با ابزار، بی‌حسی اپیدورال، اپیزیوتومی و اکسی‌توسین) داشته‌اند و همچنین، کمتر دچار پارگی پرینه‌ی درجه‌ی ۳ یا ۴، عفونت مادر یا خون‌ریزی پس از زایمان شده‌اند. هیچ موردی از مرگ‌ومیر مادران در هیچ‌یک از گروه‌های مطالعه گزارش نشده است. محققان در این مطالعه شاهد هیچ مشکلی در حجم نمونه که شامل حدود یک‌میلیون مادر بود، نبوده‌اند (۳۷). در مطالعات داخلی و خارجی، تأثیر وجود گزینه‌ی زایمان در منزل بر شاخص مرگ‌ومیر مادر و کودک بررسی نشده است؛ ولی بدیهی است که وجود این گزینه در دسترسی به خدمات و تسهیلات بهداشتی و کارکنان ماهر عامل زایمان قطعاً مؤثر است، ضمن اینکه نیازهای گروهی از مادران به راحتی و احساس آرامش و امنیت و حمایت از طرف خانواده، به‌خصوص همسر، برآورده خواهد شد. در هیچ‌یک از مطالعات داخلی و خارجی، نتیجه‌گیری مخالف با زایمان در منزل برنامه‌ریزی شده وجود نداشت، ضمن اینکه تأثیر مراقبت در منزل به‌عنوان گزینه‌ای موجود در

خدمات مادر و کودک بر شاخص‌های بهداشتی مادر و کودک مقایسه و برآورد نشده است.

گزینه‌ی دوم که در پژوهش حاضر دیده می‌شود، این است که در کشورهای منتخب توسعه‌یافته و موفق در زمینه‌ی سلامت مادر و کودک، مراقبت در منزل از زمان ترخیص از بیمارستان شروع می‌شود (سه روز تا یک هفته بعد) و به‌صورت دوره‌ای و منظم، کارکنان بهداشتی آموزش‌دیده آن را ادامه می‌دهند (حداقل تا دوماهگی و حداکثر تا هفت‌سالگی کودک). طبق گزارش WHO، مراقبت در منزل می‌تواند از ۳۰ تا ۶۰ درصد مرگ‌ومیر کودکان در کشورها پیشگیری کند (۱۵). درصد استفاده‌ی مادران از مراقبت در منزل در کشورهای مورد مطالعه در مناطق یا ایالات مختلف متفاوت است و به ویژگی‌های جمعیتی بستگی دارد. بسیاری از مادران مراجعه به مراکز بهداشتی برای کنترل خود و نوزاد را پس از زایمان به‌دلایل مختلف به تعویق می‌اندازند. لذا در کشورهای مورد مطالعه، پیگیری مراکز بهداشتی توسط کارکنان آموزش‌دیده به‌صورت مراقبت در منازل صورت می‌گیرد در کشورهای توسعه‌یافته با پوشش خدمات بیمه‌ای و رایگان تا بعضی موارد سال‌ها پیش‌بینی‌شده است. مطالعات محققان ایرانی نیز این مطلب را تأیید می‌کند. در مطالعه‌ی میرمولایی و همکاران، نتیجه گرفته شده است که ارائه‌ی مراقبت‌های پس از زایمان در منزل تأثیر مثبتی بر عملکرد مادران در نگهداری از نوزاد دارد؛ بنابراین، این نوع از ارائه‌ی مراقبت‌ها را به مسئولان بهداشتی پیشنهاد کرده‌اند (۳۸). باقر زاد و همکاران نشان داده‌اند که ارائه‌ی خدمات مراقبت پس از زایمان در منزل موجب افزایش سلامت مادران و کاهش مواردی از قبیل درد شکم، پهلوی، ساق و ران، پستان، دندان و مشکلات محل ایپی‌زیاتومی و بهبود فرایند شیردهی و افزایش رضایت‌مندی می‌شود (۳۹). در پژوهش عزیززاده و همکاران نیز نتیجه گرفته شده است که شناسایی نیازهای والدین هنگام ویزیت در منزل این امکان را فراهم می‌آورد که در فرایند

ترخیص نوزاد، تمرکز کادر درمانی بر برآورد کردن آن نیازها باشد، به‌خصوص نیاز به اطمینان به‌طوری که با برطرف کردن نیازها، خطر بستری شدن مجدد نوزاد در بخش کاهش پیدا می‌کند. از طرف دیگر، ارائه‌ی خدمات مراقبت پس از زایمان در منزل به والدین در افزایش اعتمادبه‌نفس در مراقبت از نوزادان نارس در خانه کمک می‌کند (۴۰). در مطالعه‌ی مختاری و همکاران، نشان داده شده است که انجام مراقبت در منزل پس از زایمان به‌عنوان روشی جدید و مفید در سیستم بهداشتی ایران می‌تواند دانش مادران را درباره‌ی سلامت خود و فرزندانشان و توانایی آن‌ها را برای سازگاری با دوره‌ی پس از زایمان افزایش دهد و سطح سلامت جمعیت آسیب‌پذیر را بهبود بخشد (۴۱).

میلانی و همکاران در پژوهش خود، نتیجه گرفتند که انجام مراقبت در منزل پس از زایمان می‌تواند بر افسردگی پس از زایمان تأثیر مثبت بگذارد و سلامت مادران و نوزادان را بهبود بخشد (۴۲).

نتایج قاضی و همکاران نیز نشان داد که برنامه‌ی بازدید از منزل بر اساس ادامه‌ی مراقبت کانگرووی در افزایش تاب‌آوری مادران و رشد نوزادان نارس مؤثر است (۴۳). در هیچ‌یک از مطالعات داخلی نتیجه‌گیری مخالفی با مراقبت در منزل وجود نداشت. در مطالعات خارجی نیز بر اهمیت مراقبت در منزل برای مادران تأکید شده است. تمام پژوهش‌های زیر همسو با نتایج پژوهش فعلی هستند.

در پژوهش توخی و همکاران، نتیجه‌گیری شده است که مداخلات بهداشتی نظیر مراقبت در منزل که مشارکت مردان در مراقبت را به دنبال دارند، می‌توانند بهداشت مادر و نوزاد را افزایش دهند و از برقراری ارتباط و تصمیم‌گیری زوجین برای سلامت مادر و نوزاد حمایت کنند. این یافته‌ها از مداخله‌ی مردان در مراقبت به‌عنوان استراتژی ارتقای سلامت حمایت می‌کنند. البته، یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخلات برای افزایش مشارکت مردان باید به‌دقت طراحی و

اجرا شوند تا اثر منفی بر روابط زن و شوهر نداشته باشند (۴۴).

وانسا و همکاران نشان دادند که مراقبت‌های خانواده‌محور مستلزم وجود نقش بستگان و سایر اعضای زندگی اجتماعی زنان به‌عنوان راهنمای روند مراقبت‌های بهداشتی است. به همین ترتیب، شناخت شرایط اقتصادی اجتماعی زنان مستلزم انطباق خدمات بهداشتی با نیازهای زنان و خانواده‌های آن‌ها برای جلوگیری از نابرابری‌های اجتماعی است (۴۵).

یافته‌های مطالعات کیرکوود و همکاران نیز نشان می‌دهد که ویزیت در منزل به کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و بهبود احساس خانواده کمک می‌کند (۴۶). کالدرا و همکاران نشان دادند که ویزیت در منزل نتایج مثبتی برای مادر و نوزاد به همراه دارد، رضایت مادر را افزایش می‌دهد، در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌کند و یک استراتژی ترجیحی برای سلامت و رشد نوزادان شناخته می‌شود (۴۷).

راموس و همکاران نتیجه گرفتند که تقویت گروه پرستاری برای مراقبت متمرکز از خانواده مورد نیاز است و مادران باید آمادگی بیشتری برای انتقال از بیمارستان به خانه داشته باشند. به‌منظور کاهش وابستگی این جمعیت به بیمارستان‌ها و کمک به گسترش شبکه‌ی اجتماعی برای نیازهای مراقبتی سلامت ویژه، شبکه‌ی بهداشت باید با گنجانیدن نیازهای مراقبتی در شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه در منازل سازمان‌دهی مجدد شود (۴۸). نتایج پژوهش بویوک کاراسی نیز حاکی از آن است که مراقبت در منزل برای زنان سزارینی پس از ترخیص از بیمارستان در برنامه‌ریزی انجام‌شده توسط پرستاران وجود دارد و بر سلامت مادر تأثیر مثبت می‌گذارد (۴۹). در مطالعه‌ی تمسرن، درصد استفاده از خدمات بهداشتی مادران کم بوده است. مشخص شد که تحصیلات مادر، فاصله از مراکز بهداشتی، درآمد ماهانه، ترس از عفونت COVID-19، اجازه‌ی همسر برای رفتن به مرکز بهداشتی و اقدامات پیشگیری از COVID-19 به‌طور

قابل توجهی با استفاده از خدمات بهداشتی مادر ارتباط دارند (۵۰)؛ بنابراین، با توجه به شیوع بیماری کرونا در حال حاضر و ترس از بیماری برای مادر و نوزاد، بهترین اقدام برای پیگیری خانواده‌ها ایجاد برنامه‌ی مراقبت در منزل است. ترنر نشان داده است که برنامه‌های مراقبت در منزل توانایی بهبود سلامت مادر و کودک را به همراه دارند، ضمن اینکه برنامه‌های مراقبت در منزل باید انعطاف‌پذیر باشند تا پذیرفته شوند. بازاریابی و اطلاع‌رسانی باید بر این انعطاف‌پذیری تأکید کند (۵۱). تالامانکا و همکاران یکی از دلایل مهم مرگ‌ومیر مادران را تأخیر در درمان عوارض زایمان دانسته‌اند. برخی از کشورهای درحال توسعه با انتقال زنان در معرض خطر به خانه‌های انتظار بارداری (چند ساعت قبل از تولد)، واقع در نزدیکی بیمارستان، در تلاش‌اند تأخیر در درمان را کاهش دهند، اما این امر به درجه‌ی بالایی از هماهنگی بین خدمات مراقبت‌های دوران بارداری محیطی و امکانات مراقبت‌های بهداشتی سطح دوم و سوم نیاز دارد (۵۲). وجود کتابچه‌ی راهنما و آموزشی بومی‌سازی‌شده برای مادران به زبان‌های رایج و ساده و قرار دادن آن‌ها در اختیار مادران از بدو بارداری قطعاً تأثیر مثبتی بر ارتقای سطح آگاهی مادران و خانواده‌ها و سلامت کودکان خواهد داشت. این امر در مطالعات یانایگساوا و آیگا و همکاران تأیید شده است (۵۴ - ۵۳).

نتیجه گیری

با توجه به مقالات متعدد داخلی و خارجی و نتایج پژوهش حاضر، مراقبت در منزل مادران می‌تواند کمیت و کیفیت خدمات مامایی را افزایش دهد. در این مطالعه، گزینه‌ی زایمان در منزل، مراقبت مادر و کودک در منزل، بسته‌ی حمایتی مادران، کتابچه‌ی راهنمای مادران، به‌کارگیری قسمتی از کادر درمان برای مراقبت در منزل، پوشش بیمه‌ای مناسب خدمات در منزل و ارائه‌ی این خدمات با بودجه‌ی دولتی در کشورهای

توسعه‌یافته‌ی منتخب وجود داشت. با وجود اینکه تأثیر مراقبت و زایمان در منزل بر بهبود شاخص‌های مادر و کودک اندازه‌گیری و تخمین زده نشده است، قطعاً بدون تأثیر مثبت نخواهد بود؛ زیرا در مطالعات بی‌شمار خارجی و داخلی، تأثیر آن بر افزایش کیفیت خدمات و رضایتمندی تأیید شده است. ایران نیز برای ارتقای کیفیت سلامت مادران و کودکان خود به گنجاندن این برنامه در نظام مراقبت‌های کشوری نیازمند است. ممکن است این امر در حال حاضر غیرممکن یا بسیار دور از واقعیت به نظر برسد؛ ولی مطمئناً در آینده‌ی گریزی از این برنامه‌ی مهم نخواهد بود. برای تحقق این امر مهم ابتدا باید آموزش و فرهنگ‌سازی خانواده‌ها و کادر درمان را عملی ساخت. باید برای دانشجویان مامایی و رشته‌های مرتبط، آموزش خدمات در منزل برای مادر و کودک را در برنامه‌ی آموزشی پیش‌بینی کرد و خانواده‌ها را با این امر آشنا ساخت. سپس، تعدادی ماما را با پشتیبانی کامل بیمه و بیمارستان‌ها برای زایمان و مراقبت در منزل در شهر و روستا به کار گرفت. برنامه‌ی مرتب مراقبت در منزل پس از زایمان در بیمارستان‌ها جزو برنامه‌های مدون وزارت بهداشت است و این امر به فواصل مشخص و پس از ترخیص مادر از بیمارستان، به‌صورت رایگان یا با پوشش بیمه‌ای انجام می‌شود. بازدید از منزل باید از بدو بارداری برای ارزیابی مشکلات و نیازهای خانواده شروع شود و به‌صورت مرتب تداوم یابد و برنامه‌ای برای رفع مشکلات ایمنی و بهداشتی و عاطفی برآوردشده در این بازدیدها پیش‌بینی شود. با انجام طرح مراقبت در منزل، پوشش خدمات مراقبت سلامت افزایش می‌یابد و برای فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط کارآفرینی می‌شود و رضایت خانواده و در نهایت سطح مراقبت از مادران و کودکان و سلامت این قشر ارتقا می‌یابد. در ایران، هم‌اکنون مراقبت در منزل در حوزه‌های سالمندان و بیماری‌ها وجود دارد؛ ولی برای مادران و کودکان که درصد زیادی از جامعه را به خود اختصاص داده‌اند، تدبیری اندیشیده نشده است. بسته‌ی تولد که در برخی از کشورهای توسعه‌یافته در اختیار

مادران قرار می‌گیرد، در کشور ایران نیز باید تهیه شود که شامل لوازم مصرفی نوزاد و مادر است. با این روش، تا حدی به اقتصاد مادران در امر فرزندآوری کمک می‌شود. در شرایطی که در ایران، یکی از موانع تمایل به فرزندآوری هزینه‌هاست، پوشش بیمه‌ای خدمات و بسته‌ها بسیار در دریافت خدمات و تمایل به بارداری مؤثر خواهد بود. تهیه‌ی کتابچه‌ی آموزش مادران و توزیع بین خانواده‌ها به زبان‌های متداول در کشور و بومی‌سازی‌شده نیز بسیار در افزایش کیفیت خدمات مؤثر است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، مراقبت بعد از زایمان در منزل و طراحی کتابچه‌ی راهنمای مادران و خانواده‌ها و زایمان در منزل به‌صورت نمونه‌های مقایسه‌ای با مراقبت در مراکز بهداشتی انجام و میزان تأثیر و رضایتمندی مادران گزارش شود.

جدول شماره ۱: مقایسه‌ی میزان مرگ‌ومیر مادر و کودک در ایران و کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب (۲۰۱۷) (۱۵)											
کشور	سوئد	نروژ	سنگاپور	فنلاند	ایتالیا	ایسلند	ژاپن	استرالیا	اتریش	بلاروس	ایران
شاخص											
(مرگ مادران) MMR	۴	۵	۱۰	۳	۴	۳	۵	۶	۴	۴	۲۵
میانگین در صد هزار تولد زنده											
(مرگ IMR											
شیرخواران) میانگین در هزار تولد زنده	۲/۳	۲/۱	۲/۲	۱/۹	۲/۹	۱/۶	۱/۹	۳	۲/۹	۲/۸	۱۲/۸

جدول شماره ۲: ماتریس مراقبت در منزل خدمات سلامت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب و ایران (۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰ و ۳۱ و ۳۲)										
کشور	نروژ (۱۹ و ۲۰)	ژاپن (۲۱ و ۲۲)	استرالیا (۲۵)	اتریش (۲۸ و ۲۹)	سنگاپور (۲۴ و ۲۳)	فنلاند (۲۶ و ۲۷)	سوئد (۱۷ و ۱۸)	ایران (۳۰)	نوع مراقبت	
زایمان در منزل برنامه‌ریزی شده	۳٪	۲٪	۳٪	۲٪	۲٪	۲٪	۲٪	–		
مراقبت کننده در منزل	public / health nurse	public / health nurse	public / health nurse	public / health nurse	public / health nurse	public / health nurse	public / health nurse	–		
ترخیص از بیمارستان پس از زایمان طبیعی	۸ تا ۴۸ ساعت	۷–۴ روز	۴–۲ روز	۴ روز	۳–۲ روز	۳ روز	۶ ساعت	۱–۲ روز		
شروع مراقبت در منزل پس از زایمان بعد از ترخیص	۳ روز بعد	۷–۱۰ روز	۴–۷ روز	۴–۷ روز	۳–۷ روز	۳–۷ روز	۳ روز	۳ روز		
انتهای مراقبت در منزل بعد از زایمان	تا یک سالگی	تا سه سالگی	تا چهار سالگی	تا دوماهیگی	تا پنج سالگی	تا هفت سالگی	تا دوسالگی	–		
پوشش بیمه در منزل	–	+	+	–	+	–	–	–		
پوشش بیمه در مراقبت در منزل	+	+	+	+	+	+	+	–		
مراقبت کودک در منزل	+	+	+	+	+	+	+	–		

جدول شماره ۳: نوع خدمات مراقبت مادر و کودک در کشورهای مورد مطالعه (۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ و ۲۱ و ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰ و ۳۱ و ۳۲)										
کشور	نروژ (۱۹ و ۲۰)	ژاپن (۲۱ و ۲۲)	استرالیا (۲۵)	اتریش (۲۸ و ۲۹)	سنگاپور (۲۴ و ۲۳)	فنلاند (۲۶ و ۲۷)	سوئد (۱۷ و ۱۸)	ایران (۳۰)	بسته‌ی خدمات در منزل	
زایمان طبیعی	+	+	+	+	+	+	+	–		
هندبوک سلامت مادر و کودک به چند زبان	+	+	+	+	+	+	+	–		
معاینات دوره‌ای مادران پس از زایمان	+	+	+	+	+	+	+	–		
مشاوره‌ی مادران در بارداری زایمان و پس از آن	+	+	+	+	+	+	+	–		
کنترل نوزادان و کودکان	+	+	+	+	+	+	+	–		
ارزیابی مشکلات خانوادگی، عاطفی، جسمانی و تغذیه‌ای	+	+	+	+	+	+	+	–		
بازدید ایمنی خانه برای کودکان	+	+	+	+	+	+	+	–		
بسته‌ی رایگان مایحتاج نوزادان و کودکان	+	–	+	–	–	+	+	–		

References

- Sharma B.B, Jones L, Loxton D.J. et al. Systematic review of community participation interventions to improve maternal health outcomes in rural South Asia. *BMC Pregnancy Childbirth*.2018; 18(327):1-16.
- Elmusharaf K, Byrne E , O'Donovan D. Strategies to increase demand for maternal health services in resource-limited settings: challenges to be addressed. *BMC Public Health*.2015; 15(870):1-10.
- Rastegari Z, Yarmohammadian MH, Mohammadi F, Kohan S. A comprehensive home-care program for health promotion of mothers with preeclampsia: protocol for a mixed method study. *Reprod Health*. 2019;16(1):32.
- Rouhi M, Heravi-karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S , Shojaee M. Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity. *J Health Prom Manag*. 2012; 1(4):51-60.
- Shamshiri Milani H, Amiri P, Heidarnia MA, Abachizadeh K, Abadi A, Malekkhahi A. The Effects of Postpartum Home Care on Constipation and Hemorrhoids at Sixty Days Postpartum. *J Babol Univ Med Sci* 2015; 17(12):26-32.
- Hadian T, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Nahaeii J, Meedya S. The Effect of Prenatal Home visiting for Adolescent Mothers on Maternal and Neonatal outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Pediatr*. 2018; 6(1):6945–62.
- Ichikawa K, Fujiwara T, Nakayama T. Effectiveness of home visits in pregnancy as a public health measure to improve birth outcomes. *PLoS One*. 2015;10(9):e0137307.
- Irion J, Irion GL, Lewis K , Giglio M. Current Trends of Physical Therapy Interventions for High-Risk Pregnancies. *J Women's Health Phys Ther*.2012; 36(3):143–57.
- Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A and Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*. 2006; 118(1):e107–14.
- Cunnigham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL. Williams Obstetrics. 24th.New York: McGraw- Hill education; 2018: 768–70.
- Tabrizi JS, Gholipour K, Alipour R, Farahbakhsh M, Asghari-Jafarabadi M, Haghaei M. Service Quality of maternity care from the perspective of pregnant women in Tabriz Health Centers and Health Posts-2010-2011. *hospital*. 2014;12(4):9-19.
- Milani HS, Amiri P, Mohseny M, Abadi A, Vaziri SM, Vejdani M. Postpartum homecare and its effects on mothers' health: A clinical trial. *J Res Med Sci*.2017; 22(1):96.
- Slomian J, Reginster JY, Emonts P, Bruyère O. Identifying maternal needs following childbirth: comparison between pregnant women and recent mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):405.
- Hajizadeh S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Farzadfar F. Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *Journal of Midwifery and reproductive Health*. 2016;4(1):544-57.
- World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. World Health Organization.2019.
- Neinavaie M, Nasiripour AA, Tabibi SJ and Raessie P. A comparative study of maternal and child health services management in selected developed countries and designing a model for Iran.*jmcir*. 2016; 33 (4): 297-309.
- Öhrn U, Parment H, Hildingsson I. Quality improvement in postnatal care: Findings from two cohorts of women in Sweden. *Eur J Midwifery*. 2020;4:45.
- Johansson K, Aarts C , Darj E. First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Ups J Med Sci*. 2010;115(2):131-137.
- Aune I, Dahlberg U and Haugan G. Health-promoting influences among Norwegian women following early postnatal home visit by a midwife. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2018; 38(4):177-186.
- Preis H, Benyamini Y, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Childbirth preferences and related fears-comparison between Norway and Israel.*BMC Pregnancy Childbirth*.2018; 18(362):1-9.
- Tachibana Y, Koizumi N, Akanuma C, Tarui H, Ishii E, Hoshina T. Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the

- findings from the Suzaka trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(58):1-11.
22. Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. *JMAJ*. 2010; 53(4):259-265.
 23. Shorey S, Chan SW, Chong YS, He HG. Maternal parental self-efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: a correlational study. *J Clin Nurs*. 2014; 23(15-16):2272-2282.
 24. Clinical Practice Guidelines: Pregnancy care. Department of Health (2018) Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Canberra: Australian Government Department of Health. 2018.
 25. Tasa J, Holmberg V, Sainio S, Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. Maternal health care utilization and the obstetric outcomes of undocumented women in Finland – a retrospective register-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(191):1-9.
 26. Homanen R. Making valuable mothers in Finland: Assessing parenthood in publicly provided maternity healthcare. *The Sociological Review*. 2017; 65(2):353-368. doi: 10.1177/0038026116672814
 27. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home Care across Europe. The European Observatory on Health Systems and Policies who. 2013.
 28. Campbell-Voytal K, Fry McComish J, Visger JM, Rowland CA, Kelleher J. Postpartum doulas: motivations and perceptions of practice. *Midwifery*. 2011; 27(6):214-221. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.006
 29. Iran Ministry of Health and Medical Education. 2024.
 30. Neinavaie M, Nasrollahi S and Moghimi Hanjani S. Study of Modern Midwifery-Maternal Health Services Management in Japan and Determine its Important Components. *aumj*. 2018; 7 (3-supple):31-40.
 31. Neinavaie M, Nasiripour A, Tabibi S, Raeissi P. Designing the maternal and child health services package based on comparative study of developed countries models. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 19(17): 1-12.
 32. Khavandizadeh Aghdam S, Abedi P. A comparative study of home and hospital delivery in first trimester women. *Medical journal of Hormozgan university*. 2008; 12(1):61-67.
 33. Foroghi Rad P, Abbasi Marani F, Safavi SH and Haghani H. The Reasons of Home Delivery in Koohdasht City. *IJN*. 2006; 44 (18):23-29.
 34. Mirrafiei S, Azizi Z, Asadi A, Fazel N, tabarayi Y. Evaluating the Viewpoint of Midwifery Students in Sabzevar University of Medical Sciences and Sabzevar Midwiferies Among Giving Birth at Home in 2011. *Beyhagh*. 2015; 17(1):1-6.
 35. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009; 181:377-383.
 36. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal Outcomes and Birth Interventions among Women Who Begin Labour Intending to Give Birth at Home Compared to Women of Low Obstetrical Risk Who Intend to Give Birth in Hospital: A Systematic Review and Meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020; 21 ;21:100319.
 37. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2019; 14:59-70.
 38. Mirmolaei T, AmelValizadeh M, Mahmoodi M, Tavakol Z. The effect of postpartum home care on maternal practices in infant care. *Nurs Midwifery J*. 2012; 10(3):440-448.
 39. Baghersad Z, Mokhtari F, Bahadoran P. Effect of postpartum home care on mothers' health. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2020; 23(4):45-53.
 40. Azzizadeh foruzi M, Mirjalili M, Sabzevari S, Haghdost A and Heydarzadeh A. Assessment of discharge needs of mothers in neonatal intensive care units. *JPEN*. 2015; 1 (2):40-48.
 41. Mokhtari F, Bahadoran P, Baghersad Z. Effectiveness of postpartum home care program as a new method on mothers' knowledge about the health of the mother and the infant. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2018; 23:316-321.
 42. Milani HS, Amiri P, Mohsey M, Monfared ED, Vaziri SM, Malekkehahi A, Salmani F. Effect of health care as the "home visiting" on postpartum depression: A controlled clinical trial. *Int J Prev Med*. 2017; 8:20.
 43. Ghazi M, Zare M, Ramezani M, Heidarzadeh M, Behnam Vashani H. The Effect of Home

- Visit Program Based on the Continued Kangaroo Mother Care on Maternal Resiliency and Development of Premature Infant: A Randomized Clinical Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2021;9(1):64-75.
44. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191620.
45. Giraldo-Gartner V, Muñoz-Rondón C, Buitrago-Echverri MT, Abadía-Barrero CE. Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio entre mujeres que viven en condiciones socioeconómicas adversas que asisten a una clínica de maternidad en Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2016;44(3):224-229.
46. Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, Soremekun S, Weobong B, Gyan T, et al. Effect of the new hints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: a cluster randomized controlled trial. *The Lancet*. 2013; 381(9884):2184-2192.
47. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse Negl*. 2007;31(8):829-52.
48. Ramos LDC, Moraes JRMM, Silva LF and Goés FGB. Maternal care at home for children with special needs. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(3):492-499.
49. Büyükkayacı Duman N , Karatas N. *Journal of Nursing Education and Practice*. The effect of home care services on maternal health after cesarean delivery in Turkey. 2012; 4(2):124-133.
50. Temesgen K, Wakgari N, Debelo BT, Tafa B, Alemu G, Wondimu F, et al. Maternal health care services utilization amidst COVID-19 pandemic in West Shoa zone, central Ethiopia. *PLoS One*. 2021;16(3):1-14.
51. Wolfe Turner M, Cabello-De la Garza A, Kazouh A, Zolotor AJ, Klika JB, Wolfe C, Lanier P. Intention to Engage in Maternal and Child Health Home Visiting. *Social Work in Public Health*. 2020;35(4):197-212.
52. IreneFiga'-Talamanca. Maternal mortality and the problem of accessibility to obstetric care; the strategy of maternity waiting homes. *Social Science & Medicine*. 1996; 42(10):1381-1390.
53. Yanagisawa S, Soyano A, Igarashi H, Ura M, Nakamura Y. Effect of a maternal and child health handbook on maternal knowledge and behaviour: a community-based controlled trial in rural Cambodia. *Health Policy Plan*. 2015;30(9):1184-92.
54. Aiga H, Nguyen VD, Nguyen CD, Nguyen TT, Nguyen LT. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. *BMC Public Health*. 2015;16:1.