



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

فرآیندهای سیاست سلامت در ویتنام : مقایسه سه مورد مطالعات موردی بهداشت

مادران

چکیده

روشها: مطالعه چندمرحله ای، مقایسه سه مورد مطالعه قبلی در مورد مادران - فرایندهای سیاست های بهداشتی - آموزش مهارت ها در زمینه تولد، بهداشت باروری نوجوانان و خشونت خانگی. این بر اساس داده های کیفی اولیه و اطلاعات ثانویه است. چارچوب مفهومی زیربنایی مطالعه با عناصر کلیدی فرایندهای سیاست توصیف شده است. یافته ها: این مطالعه تفاوت معنی داری بین فرآیندهای سیاست مربوط به مطالعات موردی مختلف نشان داد. عوامل مختلف بر این فرآیندها تاثیر می گذارد. بحران در میان اینها ماهیت سیاست است. زمینه تغییر ملی، فرصت های بیشتری را برای جامعه مدنی در ارتباط با فرایندهای سیاست باز می کند.

نتیجه گیری: شناخت ماهیت فرآیندهای سیاست به ویژه در یک محیط در حال تغییر، ضروری است تا آنها را تقویت کند، پتانسیل بررسی پروسس های سیاست دولتی وجود دارد که در دوره قبل Doi Moi توسعه یافته است تا منعکس کننده ترکیبات در حال تغییر جامعه مدنی باشد.

اهداف: توصیف و تجزیه و تحلیل فرایندهای سیاست مربوط به سلامت مادران در ویتنام.

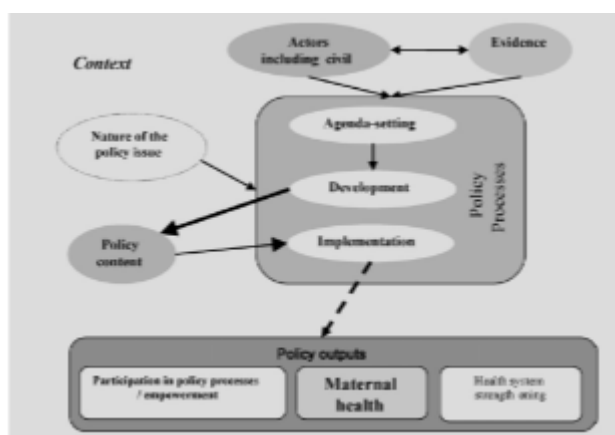
1. مقدمه

در حوزه سلامت باروری، دولت ویتنام استراتژی های کشور را توسعه داده و فعالیت هایی را برای تقویت سلامت باروری انجام داده است. به ویژه وزارت بهداشت (MOH) استراتژی بهداشت باروری (2001-2010) را توسعه داده است که برای اولین بار مسئله بهداشت باروری نوجوانان و برابری جنسیتی را مورد توجه قرار داد. این منجر به طرح ملی مادران سالم برای دوره 2003-2010 برای مقابله با نرخ بالای مرگ و میر مادران و همچنین طرح جامع ملی اقدام (2006-2010) و چشم انداز (تا سال 2020) برای نوجوانان و جوانان برای رسیدگی به مسئله بهداشت باروری نوجوانان شد.

دولت همچنین، با مشارکت فعال وزارت بهداشت، در مورد پیشگیری و کنترل خشونت خانگی قانونی را در سال 2008 توسعه داده است.

چنین سیاستی برای هدایت فعالیت ها در نظام سلامت بسیار مهم است، اما فرایندهایی که چنین سیاست هایی را توسعه و پیاده سازی می کنند، به ویژه در جامعه و اقتصاد نوظهور مانند ویتنام مورد بررسی دقیق نیستند. به طور کلی فرآیندهای سیاست های بهداشتی توسط دولت رهبری می شود هرچند به طور فزاینده، دخالت عوامل در خارج از بخش دولتی و نظام سلامت وجود دارد و مهم است.

B.T.T. ها و همکاران / سیاست بهداشت 98 (2010) 178-185



شکل 1: چارچوب مفهومی HEPVIC

در سال های اخیر تحت تأثیر عوامل مانند جهانی سازی، اصلاحات بخش سلامت، تمرکززدایی و توسعه مشارکت عمومی و خصوصی، فرایندهای سیاست های بهداشتی به سمت بالا رشد داشته و بیشترین گفتگوها، برای عوامل و شبکه های بیشتر و با در نظر گرفتن درک افراد، ارزش ها و باورها بوده است [1و2]. اگر تناسب و استحکام چنین سیاست هایی افزایش یابد درک درستی از سیاست ها، توسعه و پیاده سازی شده است. این مقاله بر روی تحقیقات انجام شده در ویتنام در زمینه چنین فرآیندهای سیاستی گزارش می شود. این تحقیق بخشی از یک پروژه گسترده تر بود که هدف آن ارتقاء فرایندهای سیاست گذاری سلامت از طریق مطالعه تطبیقی سه کشور آسیایی - ویتنام، هند و چین - با استفاده از یک مطالعه موردی در زمینه سلامت مادران (HEPVIC) بود. سیاست های که در ویتنام مورد بررسی قرار گرفت مربوط به مراقبت از تولد ایمن (SBA)، سلامت باروری نوجوانان (ARH) و خشونت خانگی (DV) بود.

یک چارچوب مفهومی که بر فرآیندهای سیاست و روابط آنها با عناصر کلیدی تمرکز دارد - محتوای سیاست، زمینه کلی و عوامل درگیر (شکل 1) مورد استفاده قرار گرفته است [3].

این چارچوب بر روی یک روش شناخته شده برای توصیف فرایند سیاست عمومی، مراحل اکتشافی [4،5] ترسیم شده است، که فرایندهای سیاست را به عنوان یک سری مراحل مختلف تحلیل می کند.

در حالی که در عمل، فرایندهای خط مشی پیچیده و تکراری هستند، و چنین مراحل به وضوح مشخص نیستند، این رویکرد اغلب به عنوان یک راه مفید برای تحلیل عناصر مختلف به شمار می رود [6]. در این تحقیق ما بر سه مرحله کلیدی، برنامه ریزی، توسعه و پیاده سازی تمرکز کردیم. این مقاله فرایندهای سیاستگذاری مربوط به سلامت مادران در ویتنام را توصیف و تحلیل می کند و با توجه به تفاوت ها و شباهت های این سه مورد و توضیحات احتمالی آن، با در نظر گرفتن روابط بین عوامل، زمینه، محتوا و فرآیندها، بررسی و تحلیل انجام می شود. چنین فرایندهای سیاستی در برابر شرایط در حال تغییر در ویتنام رخ می دهد. در سال 1986، یک اصلاح سیاسی عمده (Doi Moi) با تمرکز بیشتر بر اقتصاد بازار برقرار شد. با این حال، علیرغم رشد اقتصادی سالانه در سالهای اخیر، [7] بخش بهداشت و درمان از بودجه دولتی کم و پرداخت های غیر مستقیم از طریق خانوارها رنج می برد [8] بخش خصوصی سلامت در ارائه خدمات سرپایی (32٪ کل بازدیدکنندگان) نقش قابل ملاحظه ای ایفا می کند، اما هنوز هم سهم بسیار کمی از خدمات سرپایی را دارد (1.7٪ از بازدیدکنندگان) [9]. تعداد کارمندان واجد شرایط و سطح تحصیلات آنها در سال های اخیر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. با این حال، نرخ سلامت کارگر / جمعیت در مناطق کوهستانی و دور افتاده کم است. تغییر کارکنان بهداشتی از مردم به بخش خصوصی و از استان های فقیر به شهرهای بزرگ تقسیم منابع انسانی را تشدید کرده است. کمبود پزشکان متخصص زنان و زایمان گزارش شده است [10]. وزارت بهداشت در حال تلاش برای معرفی یک سیاست برای توزیع مجدد کارکنان بهداشتی و بهبود استانداردهای ارائه خدمات است. در بقیه این مقاله روش هایی که در این تحقیق به کار رفته اند را پیاده سازی می کنیم و سپس یافته های کلیدی با بحث درباره اهمیت شان دنبال می شوند.

2. مواد و روش ها

در این مطالعه، سلامت مادران به عنوان یک مطالعه موردی از فرایندهای سیاست گسترده تر استفاده می شود. در حوزه سلامت مادران، سه مورد و فرایندهای مربوط به اسناد سیاست های خاص انتخاب شدند:

- سیاست زایمان ماهر - (SBA) مطالعه موردی "غیر متقابل"، تمرکز بر طرح ملی مادران سالم 2010-2003 (NPSM). این به یک تعریف روشن و گسترده از سیاست بین المللی پذیرفته شده مربوط می شود که نیاز به اجرا در سطح کشور دارد.

B.T.T. ها و همکاران /سیاست بهداشت 98 (2010) 178-185

Case studies			
<ul style="list-style-type: none"> • Skilled birth attendance (SBA) • Adolescent reproductive health (ARH) • Domestic violence (DV) 			
Data collection period			
<ul style="list-style-type: none"> • December 2006 – July 2008 			
Data collection methods	SBA	ARH	DV
In-depth interviews with key respondents (policy-makers, managers/planners, researchers, civil societies, international development partners/donors, politicians)	11	11	12
Documents reviewed	37	50	53
Participatory stakeholder workshop			1
Focus group discussion	1	2	

شکل 2 خلاصه روشهای تحقیق.

- سیاست سلامت باروری نوجوانان (ARH) مطالعه موردی "بحث برانگیز" که در آن نظرات مخالف و موافق با این سیاست وجود داشت. این مطالعه موردی بر برنامه جامع ملی نوجوانان و جوانان 2010-2006 (NMPAY) تمرکز داشت.

- سیاست خشونت خانگی (DV) - مطالعه موردی یک مسئله که در تعدادی از بخش ها برطرف می شود و تمرکز بر قانون پیشگیری و کنترل خشونت خانگی است.

این مطالعه یک مطالعه چند مرحله ای و یک مطالعه گذشته نگر در مورد سه مورد از فرایندهای سیاست های سلامت مادران است. شکل 2 روش های تحقیق را خلاصه می کند.

تیم تحقیقاتی ویتنام، با حمایت شرکای اروپایی، این تحلیل را انجام داد. داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

3. نتایج

3.1 فرآیندهای سیاست

جدول 1، ویژگی های کلیدی فرایندهای سیاست را برای هر مطالعه موردی خلاصه می کند کاراکترها های فرایندهای سیاسی برای هر مورد کاملا متفاوت هستند. اولاً، سه مورد در مراحل مختلف هستند. مورد SBA برنامه ریزی و توسعه را تکمیل کرده است و اکنون در سطح اجراست. مورد ARH تازه شروع عملیات را آغاز کرده است؛ و اجرای قانون DV هنوز آغاز نشده است، با دستورالعمل های اجرایی هنوز در حال آماده سازی است. سرعت فرآیندهای سیاست تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله رهبری سیاست، وجود شواهد، سیاست های بین المللی و پذیرش فرهنگی سیاست است. موقعیت سیاستگذاری و عوامل درگیر طبیعت مسئله سیاست است. توسعه سیاست های NPSM و NMPAY به وضوح مسئولیت بخش سلامت بود و توسط بخش بهداشت باروری وزارت بهداشت و درمان در وزارت بهداشت تایید شده است، در مقابل، توسعه قانون DV شامل عواملی از انواع مختلف وزارتخانه ها شد و توسط کمیته امور اجتماعی مجلس ملی هماهنگ شد. شواهدی از میزان بسیار بالامرگ و میر مادران (MMR)، به ویژه در مناطق کوهستانی، از نظرسنجی مرگ مادران در سال 2001 [11]، توجیه قوی برای NPSM ارائه داد. علاوه بر این، مفاهیم و جنبش های جهانی تأثیر قابل توجهی در توسعه سیاست ها داشتند [12]. وجود یک سیاست بین المللی به خوبی تعریف شده و به طور گسترده ای در SBA که توسط فرایند NPSM تسهیل شده پذیرفته شده، که در نتیجه یک دوره برنامه ریزی و توسعه نسبتاً کوتاه است. در مقایسه، اگر چه حرکت جنبش ARH تحت تاثیر اداره دفتر منطقه ای غرب / سازمان بهداشت جهانی برای توسعه جوانان و نوجوانان بود [13]، حساسیت فرهنگی مشکلات سلامتی باروری نوجوانان در ویتنام منجر به بی میلی بیشتر در عمل شد و منجر به یک برنامه ریزی سیاست گذاری بلندمدت 4 ساله شد. جنبش های بین المللی نیز تحت تاثیر سیاست های DV قرار گرفتند، به ویژه کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان (CEDAW) و ICPD. با این حال ادراک فرهنگی از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل شخصی خانوار به عنوان مهمترین مانع پذیرش توسط سیاست گذاران و جمعیت زیادی که برای این مورد نیاز به قانون نمی دیدند شد. این، همراه با ماهیت چند بخشه ای که نیاز به هماهنگی بین اداری پیچیده ای داشت، منجر به یک دوره بلند مدت برنامه ریزی تقریباً 20 ساله شد.

3.2 محتوای سیاست

محتوای سیاست برای سیاستهای SBA و ARH روی ارائه خدمات بهداشتی متمرکز شده است. در اول، اهداف روشن برای بهبود خدمات موجود، با تمرکز بر تحویل نهادی در اکثر کشور و تحویل خانه با کمک کارکنان آموزش

دیده بهداشت و درمان در مناطق کوهستانی قابل دسترس وجود دارد. بعداً، یک سرویس دوستانه جدید برای نوجوانان و جوانان برای خدمات بهداشتی معرفی شد.

Table 1
Summary of policy processes of three cases.

Processes and policy content	Skilled birth attendance (NPSM)	Adolescent reproductive health (NMPAY)	Domestic violence (DV)
Policy content	The plan sets out strategies for improved service delivery on safe motherhood by 2010 related to availability, accessibility and quality of obstetric and neonatal care at commune health centres and district hospitals	The National Master Plan focuses on delivery of different reproductive and sexual health care services for youth and adolescents through different channels such as health education and training, advocacy and counselling services	The DV law defines types of domestic violence, the rights and reporting obligations of domestic violence victims as well as the responsibilities of the State, organizations and communities to prevent domestic violence and to protect the victims
Level of approval	Ministry of Health	Ministry of Health	Government (National Assembly)
Agenda setting period	2001–2002	1996–2002	Since 1980s
Policy development period	2002–2003	2003–2006	2005–2007
Source of external funding for policy development	Royal Netherlands Embassy (RNE)	Swedish International Development Agency (SIDA) and WHO	Royal Danish embassy, Swiss Embassy, Asian Development Bank, UNFPA and UNICEF
Policy implementation period	2003–2010	2006–2010	Implementation is required by the law by July 2008, however the guideline for implementation is still being drafted
First implementation phase	2003–2006: piloting of intervention plan in 6 districts of 3 provinces	2007–2008: 20 provinces developed the plan of action following the NMPAY	
Source of external funding for 1st phase implementation	RNE	SIDA and WHO	
Second phase	2006–2010: implementation in only 14 highland provinces with high maternal mortality due to lack of funding	2008–2010: provinces with action plans received limited funding from national target programme to conduct training for health workers due to lack of funding	
Funding source for 2nd phase implementation	RNE as the official donor for implementation of NPSM Small fund from national target health programme		

B.T. Ha et al. / Health Policy 98 (2010) 178–185

Table 2
Actor involvement in the policy processes.

Actor	Role and level of engagement in policy development and implementation		
	Skilled birth attendance	Adolescent reproductive health	Domestic violence prevention
Reproductive Health Dept./MOH Legislation Dept./MOH Social Affairs Committee of the National Assembly	Coordinating	Coordinating	Participant Participant Coordinating
Royal Netherlands Embassy Royal Danish Embassy Swedish International Development Agency Swiss Embassy, Switzerland Development Agency	Donor and facilitator	Donor and technical support	Donor Donor
WHO UNFPA	Technical support and co-executing the first phase	Donor and technical support	Advocacy partner consultation
Technical experts Local provincial health departments NGOs	Involved in development Involved in implementation	Involved in development Involved in implementation	Involved in development
Vietnam Women's Union	Involved in the first phase of implementation	Involved in agenda setting and development	Involved in agenda setting and development. Conducted research Formed a network of NGOs Involved in development
Vietnam Youth Union Research institutions	Involved in the second phase of implementation	Involved in development Conducted research	Conducted research

در مقایسه، قانون DV بر مشارکت سازمانها و سازمان های گسترده تر در پیشگیری از DV و حفاظت از قربانیان، و همچنین ارائه خدمات بهداشتی برای قربانیان، تاکید می کند. به استثنای خدمات SBA که در آن جزئیات و مسئولیت ارائه خدمات به خوبی قبول شده است، جزئیات ارائه خدمات به ARH و حتی بیشتر برای قربانیان DV هنوز کاملاً روشن نیست.

3.3. عوامل اصلی

این تحقیق عوامل اصلی با نقش های مختلف در داخل و بین مطالعات موردی (جدول 2) شناسایی شده اند. دو نهاد دولتی نقش هماهنگی ایفا کردند. آنها می توانند تصمیمات در مورد حوزه فعالیت هایی که در طول سال ها انجام می شود را تصمیم گیری کنند.

فرایندها: چه نوع شواهدی باید بدست آورید؟ چه کسی باید مشاوره شود و چگونه شواهد را در طول فرایندهای سیاست انتشار دهیم یا استفاده کنیم؟ در موارد SBA و ARH، بهداشت باروری (RH) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (یک سازمان دولتی اداری) نقش مهمی را به عنوان یک سازمان پیشرو و هماهنگ در هر سه مرحله سیاست گذاری با گرایش به رویکرد متمرکز و بالا به پایین داشته است. یکی از سیاست گذاران فردی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی SBA، به عنوان یک کارآفرین سیاستمدار و به عنوان یک کارگزار بین گروه های مختلف سهامداران (سیاستگذاران و رهبران وزارت بهداشت، و شبکه اهدا کننده) و به عنوان رهبر کلی توسعه و پیاده سازی NPSM ظهور کرد. این نقش مهمی بود؛ بدون مشارکت این سیاست گذار . . . هیچ برنامه ایمنی در ویتنام انجام نشده است. در مورد قانون DV، کمیته امور اجتماعی مجلس ملی (یک سازمان سیاسی) آژانس پیشرو و هماهنگ کننده بود. این در مقررات دولتی وضع شد وقتی یک منطقه قانونی از بخش ها عبور می کند، مجلس ملی باید آژانس هماهنگ کننده باشد. در کنار این عوامل دولتی عوامل دیگری نیز موثر بودند. اهدا کنندگان نقش مهمی در فرایندها داشتند. به عنوان مثال سفارت سوئیس و سفارت دانمارک بودجه برای توسعه قانون DV فراهم کردند، اما به طور مستقیم در روند سیاستگذاری دخیل نبودند. در مقابل، سفارت هلند (RNE) نقش یک تسهیل کننده و همچنین اهدا کننده در طول فرآیند توسعه سیاست برای NPSM را ایفا کرد. RNE همچنین مکانیسم اجرایی برای مراحل اول و دوم اجرا را تعیین کرد. این آژانس ها به دنبال تعهدات خود بودند و از توسعه سیاست ها در زمینه هایی که تخصص آنها را داشتند، حمایت می کردند. همچنین گروهی از (اساسا دولتی) متخصصین فنی وجود داشت. آنها توسط وزارت بهداشت و امنیت ملی و مجلس ملی دعوت شده بودند تا در روند مشورت مشارکت کنند و عمدتاً در مرحله ملی سیاست در سطح ملی شرکت داشتند. بسیاری از تجدید نظرها در اسناد سیاست از نظرات آنها حاصل شده است. سهم کارشناسان در هم آمیخته شده بود: برخی از آنها با توجه به سطح تخصص فنی و درک نهادهای سرشناس درباره تخصصشان سهم قابل توجهی داشتند. ادارات محلی

در فرآیند ها از طریق کارگاه ها و کنفرانس ها شرکت داشتند، اما مشارکت آنها منفعل بود. نقش اصلی آنها به عنوان پیاده سازی فعالیت های مجموعه بود. در ویتنام، اصطلاح "سازمان جامعه مدنی (CSO)" به سه نوع مختلف سازمان تعبیر می شود:

(1) سازمان های توده ای (مانند اتحادیه جوانان ویتنام و اتحادیه زنان)

(2) انجمن های حرفه ای (مانند انجمن بهداشت عمومی ویتنام) و

(3) سازمان های غیر دولتی ویتنامی و بین المللی [14،15]

در ویتنام بزرگترین کارگزار، CSO در فرآیندهای سیاست است. با این حال در سالهای اخیر سازمان های غیر دولتی مستقل (گروه سوم) ظهور کرده اند و اگر چه نقش آنها بزرگ نیست جالب است که به توسعه فزاینده این گروه، و تاثیرات گاه به گاه آنها در فرایند سیاست توجه کنید. برخی از سازمان های جامعه مدنی در طول توسعه قانون DV و NMPAY دیدگاه های خود را به طور قابل ملاحظه ای بیان کردند. در مورد قانون DV، شبکه ای از NGOs ویتنامی برای حمایت از قانون ظاهر شد. این شبکه ناشی از سازمان های جامعه مدنی موجود است که در حوزه وسیعی از موضوعات مرتبط مانند جنسیت، بهداشت و تحقیقات مشغول به کار هستند. آنها موفق به ارائه شواهدی از میزان بالای خشونت خانگی شدند که به متقاعد ساختن سیاست گذاران به نیاز به قانون DV کمک کرد. در مورد NMPAY، اتحادیه جوانان ویتنامی (VYU) با حمایت (Care International) یک سازمان غیردولتی بین المللی، یک طرفدار تاثیرگذار برای گنجاندن یک هدف اضافی در سیاست مربوط به جوانان و نوجوانان محروم بود. قدرتی که آنها از تجربیات قبلی با پروژه ARH به دست آورده بودند، به آنها صدای قویتری در این فرآیند داد. اتحادیه اروپا UNFPA / پروژه بهداشت سلامت نوجوانان (RHIYA) شواهدی را در مورد رویکرد مشارکتی ارائه داد، و حداقل در آن زمان [2006-2003] مورد توجه بسیاری قرار گرفت. همچنین نشان داده شد که در هنگام ادغام سه حوزه، حمایت از سیاست، تغییر ارتباط رفتاری و خدمات دوستانه جوانان، امکان دستیابی به نتایج خوب برای بهبود سلامت باروری نوجوانان فراهم بود... فقط پس از RHIYA گروه ما قادر به ارائه اسناد برای راهنمایی سیاست حمایت از سلامت باروری نوجوانان بود. من فکر می کنم برنامه RHIYA نقش مهمی داشته است. این نشان دهنده اهمیت حمایت مقامات دولتی، سایر ذینفعان و درک سیاست گذاران و کمک به ایجاد یک محیط مناسب برای سیاست و برنامه های بهداشت باروری نوجوانان است. در هر سه مورد، عوامل

مختلفی بودند که "گمشده" بودند. برای مثال: در پرونده SBA، صدای سرویس دهندگان سنتی زایمان شنیده نشد. و در هیچ یک از سه فرایند سیاست، زنان صدای مستقیم ندارند. نمایندگان بخش خصوصی در حال رشد در زمینه مراقبت های بهداشتی نیز غایب بودند. این عوامل می توانند در زمینه های منابع انسانی، مالی، سیستم های بهداشتی و نقش بخش خصوصی به اهداف مهم دست یابند. با نادیده گرفتن این عوامل این دیدگاه ها در اسناد سیاست های نهایی کاملاً ناقص بود.

3.4 تاثیر شرایط در فرایندهای سیاست

فرایندهای سیاست نیز تحت تاثیر شرایط گسترده تر، از جمله رویدادهای مهم ملی و بین المللی است. این موارد در جدول 3 خلاصه شده است. خانه ها در جدول به تجزیه و تحلیل ما از تاثیر رویدادهای کلیدی در برنامه ریزی و توسعه سیاست ها اشاره دارد. تعداد خانه ها نشان دهنده سطح تاثیر شرایط در فرایندهای سیاست است. خانه های بیشتر به معنی نفوذ بیشتر است شرایط بین المللی نفوذ قابل توجهی داشت. 1994 CPD به عنوان یک پلت فرم عمل کرد که نگرش سیاستگذاران و مدیران بهداشت را تغییر داد و برنامه بهداشت باروری را به سمت رویکرد جامعتری هدایت کرد. این رویداد به عنوان رویداد کلیدی توسط پاسخ دهندگان در همه موارد ذکر شده است. تعهد برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره همچنین یک عامل سیاسی قوی بود که دستور کار SBA و DV را در زمینه محلی شکل داد. سیاست WPRO / WHO در مورد نوجوانان و جوانان تاثیر مستقیمی بر ARH در ویتنام داشت و برنامه جامع ملی نوجوانان و جوانان بسیار متناسب با سیاست WPRO / WHO بود. در سطح ملی، استراتژی ملی مراقبت های بهداشت باروری (RHC) سند سیاست پس زمینه هدایت توسعه تمام این سه سیاست بود. علاوه بر این رویدادهای کلیدی و سیاست های کلیدی، مسائل خاصی نیز وجود دارد که به توسعه سیاست ها کمک می کند. در SBA جنبش جهانی مهارت های تولد ترویج می کند که تاثیر مستقیمی بر سیاست های مادرانه ایمن ویتنام داشت. بخشی از اصطلاح "کارمند بهداشتی آموزش دیده" به شاخص های بهداشت رسمی در سال 2000 منعکس شده است. در DV، تعریف ویتنامی از خشونت خانگی متفاوت از سایر کشورها است؛ در سطح بین المللی، DV معمولاً فقط به زنان اشاره می کند، اما قانون ویتنام به طور خاص شامل سایر اعضای خانواده، هر دو مرد و زن است.

Table 3
Effect of the wider context on the policy processes.

Key events	Skilled attendance at birth	Adolescent reproductive health	Domestic violence law
International			
CEDAW 1979			+
ICPD 1994	+++	+++	+++
Millennium Summit (MDGs)	++		+
Skilled attendance at birth global concept	+++		
WPRO/WHO policy on adolescents and youth		++	
National			
National Strategy on Reproductive Health Care (RHC) for the period 2001-2010	+++	+++	+++
National standards and guidelines for reproductive health care services	++	++	++
National guidelines on monitoring and evaluation for reproductive health care services	+	+	

به عنوان یک شریک توسعه بین المللی بیان می کنیم که: یک موفقیت از تلاش های ما در ارائه مشاوره به مجمع ملی این بود که هدف از قانون خشونت خانگی را از اعضای خانواده صرفا بر اساس روابط خون یا ازدواج تغییر دهد و مواردی از جمله طلاق یا زندگی مشترک با یکدیگر به عنوان همسر و همسر بدون ثبت ازدواج را نیز شامل شود. در عمل، با این حال، بسیاری از پاسخ دهندگان اشاره کردند که قانون DV فقط برای قربانیان زن اعمال می شود و دستورالعمل های به روز شده برای خدمات RH شامل قربانیان زنی می شود که از خدمات بهداشتی درمانی بهره مند هستند.

4. بحث

این فرآیندها شامل عوامل مختلف بود و تحت تأثیر عوامل زمینه ای، بین المللی و ملی قرار داشتند. Kingdon سه جریان مهم برای سیاستگذاری را شناسایی کرد- مشکل، سیاست ها و جریانات سیاسی - که ادغام آن فرصتی برای عمل فراهم می کند [16]. در مورد SBA، آنها تقریبا به طور همزمان ظاهر شدند: جریان مشکل MMR) بالا در ویتنام؛ جریان سیاسی (سازگاری منافع MOH و شرکای توسعه) و جریان سیاست (توسعه یک سیاست برای کاهش MMR برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره). برای ARH، جریان مشکل در دهه 90 ظاهر شد: یک جمعیت جوان با بسیاری از مشکلات سلامتی باروری، از جمله سقط جنین و HIV / AIDS / STDS. با این حال، این جریان پیش از سیاست های سیاسی و واکنش سیاست های بالقوه پیش رفت. سیاستمداران در ابتدا درباره اهمیت مسائل ARH شک و تردید داشتند، بنابراین برنامه ریزی بلند مدت زمان زیادی طول کشید. توسعه سیاست در سال 2003 آغاز شد، زمانی که سیاستمداران ARH را به عنوان یک مشکل پذیرفتند، تحت تاثیر فشارهای بین المللی قرار گرفتند و سه جریان در نهایت ادغام شدند. مورد DV دوباره متفاوت بود.

در حالی که جریان سیاسی با امضای CEDAW در دهه 1980 ظاهر شد، در حالی که جریان سیاسی با امضای CEDAW در دهه 1980 ظاهر شد، این مشکل فقط در سال 2005 هنگامی رخ داد که شواهدی در مورد خشونت خانگی منتشر شد. توسعه سیاست در سال 2005 به طور موثر آغاز شد و این سه جریان در کنار هم قرار گرفتند. تفاوت بین موارد در مرحله برنامه ریزی، به ویژه از نظر طول زمان روند به شدت تحت تأثیر ماهیت مسئله سیاست و ادراک اثربخشی پاسخ های احتمالی قرار گرفت.

این امر به وضوح در مورد SBA دیده شد، جایی که مداخله غیر قابل بحث بود (تحويل نهادی توسط کارکنان ماهر)، با کاربرد اصلاح شده در شرایط ویتنامی (تحويل نهادی در مناطق سرزمین اصلی و تحويل خانه توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده در مناطق کوهستانی در مقایسه، سیاست ARH، به دلیل ماهیت حساس خود در شرایط ویتنام همیشه روشن و سازگار نبود. علاوه بر این، راه حل مشکلات ARH، مانند آموزش جنسی و تربیتی باروری، به طور یکسان پذیرفته نشد از طرف بعضی از والدین و سیاست گذاران به عنوان مداخلات غیر قابل اثبات توصیف شده اند. سیاست ARH مفهوم و خدمات جدیدی (سرویس خدمات به جوانان) را به وزارت بهداشت ارائه داد که نیاز به سرمایه گذاری بیشتر از نظر ساختار سازمانی، انسانی دارد. به طور مشابه، همانطور که مشاهده کردیم، مفهوم DV در ابتدا توسط سیاستگذاران پشتیبانی نمی شد، زیرا این موضوع به عنوان یک مسئله داخلی در نظر گرفته شد؛ علاوه بر این، قانون DV نیز یک مفهوم کاملاً جدید و نامشخص با الزامات ارائه خدمات ناخوشایند ارائه کرد. این باعث شد که یک استراتژی پیاده سازی به وجود آید. خشونت خانوادگی و سلامت باروری نوجوانان به طور سنتی بخشی از سیاست های بهداشت جهانی یا ملی نبوده و یا تحويل خدمات، به این ترتیب، زمانی که دستور کار جهانی به طور خاص به شرایط کشور محدود نمی شد، و مسئله سیاست مورد بحث قرار گرفت، مرحله اجرایی طولانی تر شد. کمبود مشخصه و وضوح ایده سیاست (علل مشکل، مداخلات موثر، مسائل فنی) به برنامه ریزی، تکمیل و اجرای برنامه به تاخیر افتاده کمک کرده است. و منجر به چالش هایی در نظارت بر اجرای سیاست های ارتقاء و نظارت بر DV شد. هیچ یک از این سیاست ها نمی تواند به صورت برنامه ریزی شده یا در دامنه یا جدول زمانی اجرا شود. این موضوع سوالات مربوط به پاسخگویی و مسئولیت ذینفعان مرتبط را در تضمین اجرای سیاست دارد. وزارت بهداشت روش های استاندارد یا خط می های مربوط به مشارکت فعالین در فرآیندهای سیاست را ندارد. یکی از عواقب آ» این است که هر یک از فرآیندهای سیاستی که در حال بررسی است نشان

دهنده دخالت مختلف عوامل مختلف است. در مورد قانون DV، مشارکت عوامل خارجی در این فرایند با روشهای یا دستورالعمل های استاندارد تعریف نشده است و این باعث ایجاد مشکلات در هماهنگ کردن فعالیت ها شد و ممکن است روند پیاده سازی را به تأخیر اندازد. در هر دو مورد، DV و ARH مشارکت قوی گروه های مدنی را در مرحله برنامه ریزی دارند. سازمان های کمتر، پروسه پیاده سازی را ساده تر می کند. شرکای توسعه بین المللی در این رابطه تاثیر مهمی داشته اند (تامین مالی و پشتیبانی فنی). علاوه بر این، آزادی رو به رشد مطبوعات و رسانه ها نیز افزایش می یابد و به ویژه در مورد DV، نقش مجمع اجازه ظهور یک بحث باز در اطراف مسئله سیاست متضاد DV را فراهم کرد.

چارچوب قانونی کنونی به طور کامل وابستگی به جامعه مدنی را به وجود نمی آورد و این مسئله همچنان با حساسیت سیاسی مواجه است [17]. با این اوصاف، از موارد DV و ARH می توان دید که محدوده وسیعی برای تسهیل حرکت سازمان های جامعه مدنی از حاشیه ها به جریان اصلی اقدامات توسعه و افزایش تاثیر آنها در روند سیاست گذاری وجود دارد. با این حال، برای اینکه فرایندهای سیاسی بیشتر دموکراتیک و پاسخگو باشند، و به نیازها و حقوق مردم خدمت کنند، روش های شفاف تر برای سیاست گذاری لازم است که مشخص شود چه افرادی باید درگیر شوند و چطور. نقش "سیاست کارآفرین" به وضوح در NPSM ظاهر شد، در حالی که این در موارد ARH و DV خیلی روشن نیست. در مورد NPSM، این به تسریع مراحل برنامه ریزی و توسعه کمک کرد. با این حال، بحث بالا نشان می دهد که مسئله سیاست و دستور کار جهانی در این روند بسیار تاثیرگذار است. موارد ARH و DV نشان می دهد که چگونه بوروکرات ها هنوز در تصمیم گیری برای حمایت از سیاست بسیار قدرت دارند و این موضوع توضیح داد که چرا دستور کار این دو سیاست تا مدت زیادی طول کشید. با این اوصاف، تحت فشار شرکای بین المللی و جامعه مدنی محلی آنها مجبور بودند در مورد "جنسیت" و "سلامت جنسی" در تعریف ARH، و همچنین بررسی جوانان آسیب پذیر در سیاست ARH و نیز پذیرش توسعه قانون DV در پاسخ به مسائل DV به روش صریح مصالحه کنند. این مطالعه نشان داد که چگونه عوامل بین المللی و ملی تاثیر مستقیمی در تنظیم برنامه داشت. اصلاحات Doi Moi با گرایش بازار و باز کردن تبادل جهانی، فرصتی برای کشور برای پاسخ دادن به رویدادهای بین المللی به ارمغان آورد از زمان کنفرانس قاهره، برنامه عملی ملی و دستور کار بین المللی بهداشت باروری، همراه با اهداف توسعه هزاره، یک محیط مطلوب تر برای ایجاد سیاست در سه

حوزه ایجاد کرده است. با این حال، اثر شرایط ملی، مانند ادراک فرهنگی از مسائل ARH و DV، و همچنین در دسترس بودن رهبری مناسب، در تفاوت های فرآیندهای سیاست در هر سه مورد منعکس شده است.

5. نتیجه گیری

این مقاله فرایندهای سیاست مربوط به اسناد و مدارک بهداشتی مادر ویتنامی را توصیف و تحلیل می کند. یافته ها نشان می دهند که فرایندهای سیاست در سه مورد با تعدادی از عوامل موثر بر این پروسه ها متفاوت است. بحران در میان اینها ماهیت سیاست است. درک این فرایندها برای سیاست گذاران دولتی مهم است تا اطمینان حاصل شود که این سیاست به شواهد و دیدگاه های مختلف در مورد یک موضوع خاص پاسخ می دهد و به موقع در توسعه و پیاده سازی است. این نشان می دهد که نیاز به بازنگری در فرایندهای سیاست های دولتی است که در دوره پیشین Doi Moi توسعه یافته بود تا منعکس کننده تغییرات جامعه مدنی باشد. درک این فرایندها نیز برای افزایش شمار سازمان های جامعه مدنی که مایل به شنیدن صدای خود در عرصه سیاست هستند، مهم است. تحقیقات ما قادر به پاسخگویی به چندین سوال نیستند. تحقیقات بیشتری برای بررسی نتایج این سیاست ها با توجه به سلامت مادران و اثرات گسترده تر بر روی سیستم بهداشتی مورد نیاز است. برای مثال سهم NPSM در افزایش پوشش و کیفیت خدمات و تأثیر آن بر منابع انسانی، سیستم های اطلاعاتی، تجهیزات و ارتقاء امکانات چقدر است؟ سؤالات مشابهی می تواند برای دو سیاست دیگر پرسیده شود. پژوهش های آینده نگر در مورد فرایندهایی که دولت می تواند برای هدایت و هماهنگ کردن مشارکت عوامل مختلف استفاده کرده و مفید باشد. سرانجام، این تحقیق در هیچ یک از ابعاد سیاست های فردی نظیر مکانیزم های نظارتی یا تخصیصی در سه اسناد سیاستی، به نظر نمی رسد. چنین تحقیقاتی لازم است تا اطمینان حاصل شود که سیاست به عنوان طراحی پیاده سازی شده است.

سپاسگزاریها

نویسندگان می خواهند از همکاران دانشکده بهداشت عمومی هانوی و همکاران HEPVIC برای کمک در پروژه HEPVIC تشکر کنند. تحقیقاتی که در این مقاله انجام شده است توسط EC تحت حمایت FP6 پشتیبانی شد.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی