

## مدیریت نظام سلامت و سزارین انتخابی در ایران: یک مطالعه کیفی

راضیه لطفی<sup>۱</sup>، فهیمه رمضانی تهرانی<sup>۲\*</sup>، فرحتناز ترکستانی<sup>۳</sup>، مرضیه رستمی<sup>۴</sup>، مهراندخت عابدینی<sup>۳</sup>، سیما ساجدی نژاد<sup>۴</sup>

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل، تهران، ایران
۳. اداره سلامت مادران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۴. دفتر سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

نشریه پاپشن

سال چهاردهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۳ صص ۷۱-۵۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۶ آذر ۹۳]

### چکیده

آمار سزارین انتخابی در اغلب کشورهای دنیا از جمله در ایران به طور چشمگیری در حال افزایش است و افزایش بی رویه‌ی آن به معضلی برای مسئولان سلامت بخش های بهداشت و درمان تبدیل شده است. از آنجایی که هنور نه تنها مطالعات منتشر شده ای که بهبود پیامدها را برای مادر و یا نوزاد را به روش سزارین انتخابی گزارش نماید وجود ندارد، بلکه نشان داده شده است که نسبت به زایمان به شیوه واژینال با پیامدهای ناگوار بیشتری همراه است. از سوی دیگر با تغییر سیاستهای جمعیتی از تحديد موالید به سوی موالید، سزارین های تکراری که عمدۀ دلیل سزارین های انتخابی محسوب می شوند با خطرات و پیامدهای بیشتری همراه خواهند بود. از این رو با توجه به هزینه هایی که به صورت های مختلف به نظام سلامت تحمیل می گردد، امری خیر اخلاقی تلقی می شود. با وجود برنامه های ترویجی متعددی که اداره سلامت مادران وزارت بهداشت در سال های گذشته تاکنون به منظور کاهش سزارین طراحی و اجرا نموده است، هنوز راهکار مناسبی که بتوان از آن برای کاهش میزان سزارین انتخابی بهره گرفت مورد بحث است. از این رو هدف مطالعه حاضر بررسی چالش ها و راهکارهای مرتبط با حوزه مدیریت نظام سلامت از دیدگاه صاحب نظران برای کاهش میزان سزارین بوده است که به شیوه کیفی طراحی گردید. یازده مصاحبه عمیق فردی مبتنی بر هدف بر اساس راهنمای مصاحبه با ماما، متخصص زنان و متخصص جامعه شناسی در حوزه های مختلف شغلی انجام شد. جهت افزایش صحت و استحکام داده ها قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، قابلیت تایید و قابلیت انتقال داده ها مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده های کیفی منجر به تولید چهار مفهوم "استانداردسازی"، "آموزش"، "اصلاح و وضع قوانین و مقررات" و "ناظارت بر عملکرد" گردید. هرگونه کاهش در میزان آمار سزارین ضمن این که به هماهنگی های بین بخشی نیاز مند است، وابسته به مداخله جدی مجموعه مدیریتی نظام سلامت است.

**کلیدواژه:** سزارین انتخابی، نظام سلامت، مطالعه کیفی

\* نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه چمران، خیابان یمن، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم  
تلفن: ۰۲۶۴۳۲۵۰۰

Email: ramezani@endoctorine@ac.ir

## مقدمه

های اورژانسی ایمن‌تر می‌دانند که این امر غالباً سبب تشویق مادران به انتخاب سازارین می‌گردد. اما به هر حال این انتخاب بروز عوارض مادری را کاهش نمی‌دهد<sup>[۸]</sup>. روابط پیچیده بین مادر، جامعه، ارائه دهنده‌گان خدمات بهداشتی، عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی از عوامل مهم افزایش سازارین در کشورهای مختلف محسوب می‌شوند. اما به هر حال گاهی روش جراحی سازارین به تقاضای مادر و بدون دلیل طبی، و گاهی نیز به پیشنهاد ارائه دهنده خدمت و عمدهاً متخصصان صورت می‌گیرد. اداره سلامت مادران وزارت بهداشت برنامه‌های ترویجی متعددی را در سال‌های گذشته تاکنون به منظور کاهش سازارین طراحی و اجرا نموده است از جمله؛ طراحی و راه اندازی بیمارستان‌های دوستدار مادر، تدوین پروتکل‌های استاندارد زایمان طبیعی با روش‌های کاهش درد، برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای مادران، ... اما با توجه به این که عوامل مسبب افزایش سازارین اغلب چند وجهی و چند عاملی می‌باشد، بدون همکاری‌های بین بخشی این امر میسر نخواهد بود. هرچند مطالعات فراوانی در سراسر دنیا به منظور درک علل واقعی افزایش بی رویه سازارین انتخابی و مداخلاتی به منظور کاهش میزان آن انجام شده است، اما هنوز راهکار مناسبی که بتوان از آن برای کاهش میزان سازارین انتخابی بهره گرفت مورد بحث است. از سوی دیگر با تغییر سیاست‌های جمعیتی از تحديد موالید به سوی تشویق موالید، سازارین‌های تکراری که عمدۀ دلیل سازارین‌های انتخابی محسوب می‌شوند<sup>[۹]</sup>، با خطرات و پیامدهای بیشتری همراه خواهند بود. از این رو هدف مطالعه حاضر بررسی چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با حوزه مدیریت نظام سلامت برای کاهش میزان سازارین بوده است.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر به روش کیفی و از نوع تحلیل محتوای قراردادی بوده است. در این نوع از روش تحلیل محتوا کدگذاری‌ها به طور مستقیم از متن داده‌ها منشا می‌گیرند<sup>[۱۰]</sup>. مطالعه کیفی حاضر برای بررسی عمیق تجارب، رفتارها و عقاید مشارکت‌کنندگان انجام گردید. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر مصاحبه عمیق فردی بود و در مدت ۴ ماه از مهر تا پایان دی ۱۳۹۱ صورت گرفت. ضمن این که متن صور تجلیسات پنج سال اخیر مربوط به راهکارهای کاهش سازارین که توسط اداره سلامت مادران وزارت بهداشت با همکاری دانشگاهها و سازمان‌های مرتبط همچون بیمه،

سازارین به عنوان یک جراحی نجات بخش برای مادر و جنین، چنانچه بیشتر و یا کمتر از حد مطلوب و یا معیار‌های استاندارد باشد، می‌تواند با پیامدها و هزینه‌های بسیاری همراه گردد<sup>[۱]</sup>. امروزه با آمار گسترده و رو به رشد سازارین در اغلب کشورهای دنیا روبرو هستیم. همچون اغلب کشورهای دنیا، میزان زایمان به روش سازارین در ایران نیز روند رو به رشدی دارد. مطالعه DHS که در سال ۲۰۰۰ در ایران صورت گرفت، نرخ سازارین در ایران را ۴۳۵ درصد گزارش نمود<sup>[۲]</sup>؛ و این میزان در سال ۲۰۰۵ به ۴۰/۷ درصد رسید. بیش از نیمی از این میزان سازارین در تهران (۵۲ درصد) انجام می‌شود. و از این ۵۲ درصد نیز ۶۴ درصد آن در بیمارستانهای خصوصی صورت می‌گیرد<sup>[۳]</sup>. سلامت جهان میزان مورد انتظار سازارین را سالانه ۱۰ درصد و این میزان را در کشورهای در حال توسعه ۱۵ درصد بر آورد نموده است. هر چند آمار دقیقی از میزان سازارین انتخابی در کشور وجود ندارد، اما تقریباً همگان بر این موضوع واقنده که بخش عمدۀ ای از آمار سازارین در ایران وابسته به سازارین‌های انتخابی است. با وجود گسترش میزان سازارین انتخابی، نه تنها تحقیق منتشر شده‌ای که به طور چشمگیری بهبود پیامدها را برای مادر و یا نوزاد گزارش نماید وجود ندارد، بلکه نسبت به زایمان به شیوه واژینال با پیامدهای ناگوار بیشتری همراه است<sup>[۴]</sup>. تلاش در جهت کاهش میزان سازارین انتخابی یکی از موارد مورد بحث دنیای امروز پزشکی است؛ بطوریکه فدراسیون بین المللی زنان و مامایی (FIGO) انجام سازارین بدون دلایل پزشکی را عملی غیر اخلاقی می‌داند<sup>[۵]</sup>.

افزایش بی رویه سازارین به معضلی برای مسئولان سلامت بخش‌های بهداشت و درمان تبدیل شده است. سازارین انتخابی در مطالعه ای در ایران از ۶/۹ درصد در سال ۱۹۹۹ به ۱۱/۸ درصد در سال ۲۰۰۳ رسیده است<sup>[۶]</sup>. مطالعه‌ای کیفی در ایران نشان داد که علت درخواست سازارین توسط مادران یک موضوع چندعاملي بوده و به دلایل نظیر: ترس از ناشناخته‌ها، درد شدید در زایمان طبیعی، تجارب نامطلوب از زایمان واژینال، نگرانی مادران از عوارض به دنبال زایمان واژینال، ارتباط نامناسب کادر درمانی هنگام زایمان واژینال از عمدۀ دلایلی بود که مادران را در درخواست زایمان به روش سازارین ترغیب می‌نمود<sup>[۷]</sup>. غالباً در هنگام مشاوره بیماران با پزشکان در انتخاب نوع زایمان پزشکان از کاهش عوارض نوزادی در روش سازارین انتخابی نام می‌برند و آن را در مقایسه با سازارین

پژوهشى مصوب وزارت بهداشت، اداره سلامت مادران و سازمان سلامت جهان بوده است و توسط کميته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون ريز و متابوليسم (كد ۲۱۹) مورد تاييد قرار گرفته است.

#### يافته‌ها

مشاركت‌کنندگان، افراد صاحب نظر در اين زمينه با سابقه مديريتى، آموزشي، نظارتى و امر درمان بودند. پنج نفر از مشاركت‌کنندگان متخصص زنان و زايمان بودند و چهار نفر از اعضای هيات علمي دانشگاهها، شاغل در بخش‌های دولتى و خصوصى بوده، كه برخى از آنان از سياستگذاران بودند. چهار نفر با مدارك كارشناسى، كارشناسى ارشد و دكترا در زمينه مامایي يا بهداشت بارورى شاغل در مراكز خصوصى، دولتى، هيأت علمي دانشگاهها بودند. يك نفر جامعه‌شناس با تجربه در زمينه بهداشت بارورى نيز از ديگر مشاركت‌کنندگان بود. مشخصات مشاركت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. تحليل داده‌های كيفي نشان داد هيچ تغييري در روند رو به رشد آمار سازارين در كشور بدون اراده، انگيزه و جديت وزارت بهداشت ميسير نخواهد بود، لذا نقش مديريت نظام سلامت در ارتباط با كاهش سازارين بيش از هر بخش ديگر مورد تاكيد قرار گرفت. تحليل‌ها منجر به ظهر ۴ مفهوم استانداردسازى، آموزش، اصلاح و وضع قوانين و مقررات، و نظارت بر عملکرد گريدي. مفاهيم و كدهای مربوطه در جدول ۲ نشان داده شده است.

#### استانداردسازي

مشاركت‌کنندگان در مطالعه حاضر توجه به استانداردها در سه زمينه از نظر نيروى انساني و تامين كافي ماما، و تهييه دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت برای ترويج زايمان طبيعى و كاهش ميزان سازارين مهم تلقى نمودند:

- استاندارد تجهيزات و فضای فيزيكى: "اتاقاي زايمان ما استاندارد رو رعایت نمی‌کنن مثلاً چه از نظر متراژى چه از نظر وسایل و تجهيزاتی كه دارن. مثلاً همین روش‌های كاهش درد وجود نداره. توی بيمارستان يا اصلاً بلد نیستن که بخوان کار کنن با اين روش ها. يه سرى از روش‌های بى‌دردی داريم که خب امکانات می‌خود باید فضاش باشه، باید اون که ارائه خدمت می‌ده بلد باشه که خب استانداردي اصلاً در کار نبود."

- استانداردهای مراقبت از نظر نيروى انساني: "وقتی تعداد زايمان زياد می‌شه و نيروى انساني کم باشه شروع می‌کنن به اينکه می‌خوان زودتر خالي کنن اتاق رو حالا به هر نحوی شده يا زودتر زايمانو تمومش کنن يا ببرن سازارين."

پژوهشى قانونى و... برگزار مى‌گرديد مورد توجه و تحليل قرار گرفت. در مجموع ۱۱ مصاحبه عميق فردی با ۱۰ مشاركت‌کننده انجام شد. مشاركت‌کنندگان به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از نظر موقعیت شغلی و سابقه انتخاب شدند. قبل از انجام مصاحبه طبق هماهنگی‌های قبلی پژوهشگر با معرفی خود و بيان اهداف مطالعه، مشاركت‌کنندگان را برای شركت در مصاحبه دعوت مى‌كرد. پيش از انجام هر مصاحبه از مشاركت‌کنندگان رضایت شفاهاي گرفته شده. به طور متوسط هر مصاحبه ۴۵ دقيقه (۳۰ تا ۴۵) به طول انجاميد. ابزار گرداوري داده‌ها در اين بخش، راهنمای سوالات نيمه ساختار يافته بوده است. تحليل محتواي كيفي داده‌ها به صورت كدگذاري باز و محوري انجام شد. جمع‌آوري و تجزие و تحليل داده‌ها بصورت دستي به طور همزمان و با استفاده از روش "تحلييل مقاييس‌های مستمر" انجام شد. در مطالعه حاضر موارد زير جهت افزایش دقت داده‌ها اقداماتي به كار گرفته شد؛ اختصاص زمان كافي برای جمع‌آوري داده‌ها و نيز مشاركت فعال ساير اعضای تيم پژوهش در تمامي مراحل جمع‌آوري، تجزие و تحليل و تفسير داده‌ها، علاوه بر پژوهشگر اصلی، كمك به مقبوليت داده‌ها نمود. همچنین، از تلقيق روش گرداوري داده‌ها (مصاحبه عميق فردی، مشاهده) و نيز تلقيق منابع داده‌ها [۱۰] و حداکثر تنوع استفاده گريدي. از تحليل موارد منفي نيز برای افزایش اعتبار داده‌ها بهره گرفته شد [۱۱]. برای ارزيايي قabilite اعتماد داده‌ها پژوهشگر متن چند مصاحبه را به فاصله چند روز خوانده و دوباره كدگذاري نمود و نتایج با اولين كدگذاري مقايise شد. به اين ترتيب با دست‌يابي به كدهای مشترک، قabilite اعتماد داده‌ها تاييد شد. همچنین علاوه بر اعضای تيم پژوهش از دو نفر صاحب نظر در پژوهش كيفي خواسته شد تا اقدام به كدگذاري متن مصاحبه نمایند. سپس توافق بين كدهای داده شده مورد بررسى قرار گرفت. در ضمن چند مصاحبه اوليه بعد از كدگذاري در اختيار چند نفر از پژوهشگران كيفي قرار گرفت تا در مورد نحوه پرسيدن سوالات و روند كدگذاري اظهارنظر نمایند. بدین ترتيب پيشنهادات ارائه شده در مصاحبه‌های بعدی لحظه گريدي. جهت افزایش قabilite انتقال كليه فرایند پژوهش و كارهای انجام شده در مسیر مطالعه بصورت واضح و دقيق و مكتوب تهييه شد تا امكان پيگيري مسیر پژوهش و خصوصيت جمعیت مورد مطالعه را برای ديگران فراهم کند. برای اطمینان از قabilite تاييد يافته‌ها، كليه مراحل پژوهش، شامل جمع‌آوري و تجزيء و تحليل داده‌ها، بازنگري ناظرين و روند پژوهش به صورت منظم مستند گريدي [۱۰]. مقاله حاضر بخشی از يافته‌های حاصل طرح

انگلیس، امریکا هم همین کارو کردن وقتی زیر ۴۵۰۰ زایمان در سال داشته باشه نمی‌تونه آموزشی باشه. برن ببینن کدوم سانتر ما آموزشیه رزیدنت باید ۸۰۰ تا ۹۰۰ تا زایمان بکنه، اینجا یه زایمان میشه، ماما و رزیدنت و دانشجوی پزشکی و انترن همه با هم دعواشون می‌شه. رزیدنتم همینطور، رزیدنتم همینجوره. همشون رزیدنتم دستش برای زایمان خالیه. سزارین رو خیلی بهتر از زایمان طبیعی انجام میده. بنابراین ترجیح میده کاری رو که بلده بکنه تا کاری رو که بلد نیست بعد هم استاد باید باشه بالا سر رزیدنت، زایمان رو یادش بده هم به استاد باید پول خوب بدن. استاد هم جای استراحت داشته باشه همه‌چی باید درست بشه. نمی‌شه یه ذره رو بگیری بگی درست می‌شه."

"ما همیشه یا اینور خط می‌افتیم یا از اون ور خط. اومدن فورسپس و واکیوم رو توی موقعیت‌های بالا گذاشتن یه سری عوارض داد، اومدن اینو modify کردن، گفتن اینو توی موقعیت outlet بذارین، حتی پیشرفت‌های خوبی توی واکیوم شده من یادمه قدیم واکیوم های فلزی بود حلا و واکیوم‌های پلاستیکی اومنه، اگه ما این اندیکاسیون‌ها رو باد بگیریم، واکیوم می‌تونه آمار سزارین رو کاهش بده. الان این بحث instrument نه توی training ما هست یعنی من می‌خوام بگم شما برین از متخصصین زایمان که تازه فارغ التحصیل شدن سوال کنین ببینین چند نفرشون واکیوم رو دیدن؟ وقتی ندیدن نه می‌دونه اندیکاسیونش چیه، و نه جراتشو داره بذاره. چه اتفاقی می‌افته؟ اتفاقی که می‌افته اینه که طرف یعنی من اگه الان ببینم مریض همه چیش خوبه حلا داره یه ذره مشکل پیدا می‌کنه می‌دونم option دیگه ای هم دارم. الان ۲۰ ساله دارم کار می‌کنم و جزو افرادی هستم که اعتقاد به زایمان واژینال دارم ولی واقعاً ممکنه بعضی وقتاً قابل پیش بینی نباشه، چرا که شما فکر می‌کنی خوب زایمان می‌کنه یا کسی که اصلاً فکر نمی‌کنی زایمان می‌کنه می‌بینی پیشرفت خوبی داره. اگه تو بدونی که چه کارهایی می‌شه کرد به مریض فرصت می‌دی ولی اگه من ندونم از ترس اینکه یک سزارین کمپلیکه بخواه انجام بدم بنابراین از خیلی زودتر یعنی این فرصت گرفته می‌شه و دوباره سزارین آمارش میره بالا."

- آگاه سازی و مشارکت جامعه برای زایمان طبیعی: اغلب مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر معتقد بودند بخش مهمی از علل افزایش برویه سزارین در کشور ناگاهی مادران و جامعه در خصوص شیوه زایمان و منافع زایمان طبیعی بوده است.

- تهیه دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت: "بعد اومدیم گفتیم مادران رو آموزش بدیم. ما برای مادران هیچ برنامه‌ای نداشتیم. اومنه مجموعه‌ای رو تدوین کردیم به اسم راهنمای آموزشی برای زایمان محتواش تئوری هست عملی داره. بهش یاد بده کنترل استرس کنه بهش یاد بده روش‌های کاهش درد چیه، کنترل درد کنه وقتی تدوین کردیم بعد یه کلاس برای ماماهای گذاشتیم که ماماهایا به مادران آموزش بدن. ملزم کردیم بیمارستان‌ها رو که باید آموزش رو برای مادرهاشون داشته باشن این قسمت آموزش بود. کارهایی که توی آموزش کردیم تقریباً خیلی زیاد بوده همه بیمارستان‌ها ماماهاشونو در گیر کردیم در آموزش. پشت بند این قضیه ما یه اصطلاحی داشتیم در کشورهای پیشرفته به اسم بیمارستان‌های دوستدار مادر که ۱۰ تا اقدام داشت که وقتی ما این ۱۰ اقدام رو دیدیم، ابلاغ کردیم به دانشگاهها که برای مادران و ماماهایا آموزش رو بذارن این دو تا آیتم بود که ملزم کردیم انجام بدن".

"خب استانداردهای اتاق زایمان نوشته شد توسط وزارت بهداشت استاندارد خدماتش. چون گایدلاینی نداشتیم خدمات استانداردی نداشتیم. همه کشورها برای خودشون گایدلاینی دارن بر اساس اون کار می‌کنن. اگر طبق این گایدلاین کار کردن و مشکلی ایجاد شد خطری متوجه اون عامل زایمان نیست. خب ما نشستیم گایدلاین زایمان طبیعی رو نوشتم گایدلاین زایمان‌ها رو کلاً نوشتم. و همه اینها رو ابلاغ کردیم به دانشگاهها. این توی زمینه استاندارد و اعتباربخشی".

### آموزش

این طبقه دارای دو زیرطبقه شامل آموزش ناکافی متخصصان و ماماهایا، و آگاه سازی و مشارکت جامعه برای زایمان طبیعی بوده است: - آموزش ناکافی متخصصان و ماماهایا: در کنار سایر عوامل، آموزش ناکافی متخصصان و ماماهایا از علل مهم مهارت ناکافی انان برای انجام زایمان طبیعی و تمایل به سزارین بر شمرده شد.

"خوب هم ببیاد آموزش ببینه یادم بگیره خودش انجام بده. منتها از اونورم باید نظام آموزش ماما هم درست باشه. مامای ما تا زمانی که فارغ التحصیل می‌شه فقط ۴ تا زایمان دیده، ۲ تا هم انجام داده، بقیه رو امضا و مهر از ماهها گرفته. خب تو این ماما رو که نمی‌تونی کار بهش بسپاری میاد میگه خانم دکتر ۸ سانته می‌بینی یه فینگره فارغ التحصیل هم شده وقتی case نیست، این یه بستره وقتی پذیرش بیمارستان اومنه پایین ماما نمی‌تونه فارغ التحصیل بشه رزیدنت همینطور، چطور به اینا می‌تونم بگم زایمان کنین! در

عمل و میاد بیرون. یعنی فقط اتاق عمل مدنظره. بعد مادری که درد داره میفته غش میکنه. در صورتی که همچین چیزی نیست. یعنی شورای سیاستگذاری صدا و سیما برای بخش سلامتش یه مشورتی با کسایی که متخصص امر زایمان هستند نمیکنه که بگه خب اینا بدونه که این دردا چجوریه. اگه فیلم خارجی رو نشون میدن تا کسی دردش میگیره فوراً همسایهها تکنیک تنفس رو نشونش میدن، میگن اینطوری کن اینطوری کن، تا برسونه بیمارستان. برای ما نشون میدن همه جیغ و داد و مادر غش میکنه با برانکارد میبرنش. خب بدین اینا از چگی ترس رو ایجاد میکنه. نیاز به خیلی کارا توی جهات مختلف لازم داره.”

”... سومین مسئله که شاید بدترین حالت بوده برای جامعه ماما میکه خودبخود مشکل ایجاد شده به جامعه هم تسری پیدا کرد به مردم هم تسری پیدا کرد، این بود که مهارت‌های ماما می شناخته نشد.“

”برخلاف حرکتی که جهان به طرف طبیعی بودن زایمان و دادن مراقبت‌های بارداری و زایمان به ماما هست بخارط مرقون به صرفه بودن و وقت بیشتری می‌تونست بذاره و مهمتر از همه ۴ سال برای حوزه‌های بارداری و زایمان و غربالگری و اینها تربیت شده بود، دیدن که مرقون به صرفه‌تر و ماهرتر هم هست. اما توی کشور ما خلاف این مسئله شد یه مسئله نقش مدیا و تبلیغاته. ما الان توی شورای سیاستگذاری رسانه ملی مون باز هم می‌بینیم که پزشکان هستن که دارن تصمیم می‌گیرن و گروههای دیگه نیستن. ... ما می‌خوایم هر کسی سرجای خودش باشه و نقش خودش رو ایفا کنه. و نیازهای مردم و کشور رو بدونه. تمام گروههایی که به نحوی برای ارتقای سلامت مردم دارن تحصیل می‌کنن یا آموزش می‌بینن باید بتونن در تصمیم گیری‌های سلامت نقش داشته باشن.“

همه مسائلی که در باره آگاهسازی و مشارکت جامعه مورد بحث قرار گرفت به منظور هدایت مردم در جهت تصمیم گیری آگاهانه مطرح گردید و نقش ارائه آگاهی به جامعه این گونه بیان شد:

”وقتی می‌بینید خانومی دختری ازدواج می‌کنه بعد از یه سال دو سال چند سال تصمیم می‌گیره بچه‌دار بشه. از همون روز اول این ادم خودشو گذاشته برای سازارین پس سازارین انتخاب نیست. پیش فرض و از پیش تعیین شده است. بنابراین ما خیلی فرصت نداریم بگیم اتفاقی می‌افته اینه که مفهوم informed consent اونجوری که در کشورهای پیشرفته اتفاق می‌افته با ما متفاوته. ما این کارو می‌کنیم تا رفتاری رو توجیه بکنیم اطلاعات یه سویه، مشروعیت بدیم. بنابراین در هلند و استرالیا انواع انتخاب دارن. محل زایمان

”خدمت‌گیرندگان ما مادران بودند که به دلیل عدم آگاهی یا راهنمایی اشتباه یا شاید راهنمایی رواز کسایی می‌گرفتن که شاید اسپرت این قضیه نبودند، باعث شده بود که به سمت سازارین پیش بره“ تجربه‌ی شخصی برخی از پرستل در زمینه آموزش و دادن آگاهی مناسب به مادران چنین بیان شد:

”درمانگاهامون ما اتاق آموزش داریم. نمی‌دونم از چه تاریخی ولی فعال شده. بچه‌هایمان هستن خانومای ماما توی درمانگاه، مريضائي که مراجعته می‌کنن، ورزش دوران بارداری، شیردهی، فواید زایمان طبیعی دارن آموزش می‌دن. از زمانی که این آموزش شروع شده دقیقاً ما داریم می‌بینیم که تعداد کسایی که مشتاق زایمان طبیعی هستن بیشتر شده. یعنی اینو به عینه من دارم می‌بینم. مريضائي که درمانگاه ما این آموزشو دیدن دوست دارن زایمان طبیعی کنن. ولی می‌گم! زایمان فیزیولوژیک!“

به بیان برخی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، ایجاد خاطره خواشید برای مادر در زایمان طبیعی با انتقال تجارب به مادران دیگر باعث ترویج زایمان طبیعی می‌گردد.

”وقتی مادر میاد توی اتاق زایمان می‌بینه ۱۰ نفر دارن معاينه‌اش می‌کنن دارن نگاش می‌کنن بهش احترام نمی‌ذارن خود ماماها و متخصصین زنان دلشون نمی‌خواهند زایمان طبیعی کنن. اصولاً باید اتاق زایمان یه جایی مثل خونه‌اش باشه. یه نفر مسئولش باشه ۱۰ نفر نیان بالا سرش بیان و بزن. اگه دوست نداره خدمه مرد بیاد بالا سرش یا دوست داره براش موزیکی بذارن یا مادرش کنارش باشه اینطوری دیگه هیچکی دوست نداره یه عمل الکی مثلاً سازارین براش انجام بدن وقتی می‌دونیم بعد از دو تا سه تا عمل دیگه چهارمی اش دیگه هیچکی حاضر نیست بهش دست بزن. بازاریابی یعنی این. یعنی مادر بره به بیمارستان برگرده بگه این کارا رو انجام دادن واسه من.“

”خب برای همین می‌گم اگه مراقبت خوبی ارائه بده، واسه چی بیاد پول خصوصی بده. مگه بحث می‌لاد مگه نشد؟ وقتی می‌لاد اومد خیلی مريضائي خصوصی کم شد. اگه مراقبت رو خوب بکنید یه بازاریابی می‌شه برای زایمان طبیعی.“

در این میان به نقش رسانه اشاره شد و بسیاری از افراد کلیدی از عملکرد رسانه در تبیین و آگاه سازی جامعه نسبت به شیوه مناسب زایمان انتقاد کردند.

”از طریق رسانه‌ها کار کنیم مشکل ما توی صدا و سیما اینه که فیلمی رو که نشون می‌دن مادر می‌خواهد بزرگ، میره توی اتاق

- اعتباربخشی بیمارستان‌ها ابزاری برای ترویج زایمان طبیعی: تغییر نحوه ارزشیابی بیمارستان‌ها یکی از مواردی بود که به عنوان عامل تاثیرگذار بر رفتار سازمانی در بیمارستان‌ها مطرح گردید. سیاستگذاران ایجاد تغییر در رویکرد بیمارستان‌ها را در امر شیوه زایمان، منوط به در نظر گرفتن بلوك زایمان همچون بخش اورژانس بیمارستان‌ها در ارزشیابی‌ها می‌دانستند و معتقد بودند از ان جایی که تخصیص اعتبار بیمارستان‌ها از طریق سطح بندی بیمارستان‌ها ممکن می‌گردد، این شیوه می‌تواند مفید باشد. ترویج زایمان طبیعی، به حداقل رساندن مداخلات غیر ضرور در امر زایمان و رعایت استانداردهای تعیین شده از نکات مورد توجه بوده‌اند.

"باید هموigor که ارزشیابی بیمارستان‌ها منوط به ارزشیابی اورژانس هاست، ارزشیابی اتاق زایمان هم مثل اورژانس بررسی بشه. یعنی حداقل امتیاز رو باید بیاره تا برن سر ارزشیابی بقیه قسمت‌های بیمارستان. که خودشو برسونه به این سطح"

در راستای اجرای این مفاد این ابلاغیه یکی از مسائل و موضوعاتی که در مطالعه حاضر بسیار بر آن تاکید گردید عدم حمایت‌های قانونی به دلیل نبود سازوکار قانونی آن و بالطبع نگرانی‌های ناشی از پیامدهای زایمان برای مادر و نوزاد و درگیری شدید و طولانی در محاکم بوده است. از این رو متخصصین سازارین را به دلیل قابل کنترل تر بودن نسبت به زایمان طبیعی ترجیح می‌دادند. لذا پشتونه قانونی در شرایط مواجهه با مسائل قانونی از طریق تدوین گایدلاین‌ها و تنظیم بخشنامه‌ها برای مراجع قانونی برای استناد به آن در زمان قضاویت از ضروریات مورد نظر متخصصین و ماماها بوده است.

"مشکل اینجاست که کارشناسه که داره نظر می‌ده و این کارشناسا توجیه نیستن. کارشناسی هیات عالی هیات بدوي توی نظام پژوهشکی آدمای اکسپرت و صاحب نامی هستن توی رشته خودشون. ولی مشکل اینجاست که تجربه خودشونو می‌ذارن و محکوم می‌کنن یه نفر رو. ما میخوایم این تجربه شخصیه نباشه. گایدلاینی باشه بر اون اساس نظر بدن. یکی به جا محکوم می‌شد جای دیگه رد می‌شد و تبرئه می‌شد. ما از این اعمال سلیقه می‌خوایم جلوگیری کنیم."

- توجه به شرح وظیفه و رسمیت دادن به نقش ماما: نادیده گرفتن وظیفه حرفة‌ای ماما و اولویت کسب درآمد از عواملی عنوان شده

است که موجب هدایت متخصص به سازارین گردیده است.

"اگر که ماما می‌یک شرح وظایفی داره، و طبق قانون مصوب شده این شرح وظیفه و می‌تونه در اون چهارچوب کار بکنه، نباید توی فیلد کاری ما شرایطی پیش بیاد که نتونه نقشش رو ایفا بکن. برای

خونه بیمارستان بنابراین واقعاً می‌تونه چی باشه؟ انتخاب وجود دارد. بعد به لحاظ نوع زایمان می‌تونه این کارو بکنه. بعد و اشکال مختلف. و گزینه‌های مختلف دارن ولی اینکه از روز اول به طرف بگن ممکنه کمپلیکیشن ایجاد بشه ما تونیم کاری بکنیم آخرین راه حل سازارینه اونجا! darkest way. یک خانوم ایرانی که هیچ تجربه درد نداره چرا چشم بسته بیاد بره سازارین؟ این طبیعی نیست به نظر من. این نه درسته نه طبیعیه، به یه معنی من می‌گم پشت این یک پروژه است نه پروسه! یعنی این آدم تجربه زیستی درد نداره هیچ وقت اتفاق زایمان نبوده پس داره با تصاویر داره کار می‌کنه."

بنابراین مشارکت‌کنندگان با اذعان به نقش تعیین‌کننده تصمیم مادران در روند آمار سازارین معتقد بودند:

"باید برای مریض وقت بذاری ۵ دقیقه باهاش صحبت کنیم. باید بالاخره از یه جایی شروع کرد کلاس اموزش زایمان بذاریم همراه کنار دستشون بذاریم، زود بستری نکنیم."

تجربه موفق سایر کشورها برای ترویج زایمان طبیعی اینگونه بیان شد: "خیلی هم اونجوری که ما میگیم زایمان بیدرد، فکر زایمان بی‌درد و اینا نبودن‌ها، اصلاً این کلارا رو نمی‌کردن. فشنگ مریض زایمان فیزیولوژیک، به ندرت به مریض مخدر میزدن اپیدورال می‌کردن. آنقدر مریض آمادگی روانی داشت همراهش بود، شوهرش پهلوش بود، اون فکر می‌کرد که خب این روند طبیعی باید طی بشه دیگه."

"واقعیتش اینه که زایمان فیزیولوژیک وقتی داریم که مادری است که در فاز زایمان باشه ما هیچ وقت نمی‌تونیم بگیم مادری نباشه توی فاز زایمان و زایمان فیزیولوژیک بخواهد انجام بشه. هر چقدر ما آموزش هامونو زیاد کنیم وقتی input خرابه به جای اینکه مادری باشه که در فاز زایمان باشه، مادری است که به صورت الکتیو صبح از خونه پا می‌شه میاد به قصد زایمان خب این زایمان فیزیولوژیک نمی‌تونه انجام بشه براش. اگر شما اینداکشن هم بکنین این مریضو میره به سمت سازارین. پس ما اینپوتمنو درست نکردیم. من حسن می‌کنم اینپوتمن برای اصلاحش نیاز به خیلی چیزی داره. هم بر می‌گردد به بیمارا رو اگاه بکنیم به اینکه بچه وقتی رسیده که تو در فاز زایمانی بیفتی و بیای برای زایمان."

### اصلاح و وضع قوانین و مقررات

همه مشارکت‌کنندگان به این نکته اذعان داشتند که باید برای تعدل آمار سازارین باید مقررات و قوانین مورد نیاز برای حمایت از زایمان طبیعی وضع گردد:

"توى بحث پوشش بيمه‌اي که حالا خواهم گفت يکي از کارهایي که می‌شه کرد، اين هست که بيمه‌ها مستقيم با کسانی که می‌تونن خدمات رو پوشش بدن قرارداد ببندين، اين مشکل حل خواهد شد." اين در حالی است که بيمه‌ها برای خدمات مامایي که توسط ماماها انجام می‌شود پوشش بيمه‌اي مناسبی ارائه نمي‌کنند.

- اصلاح نظام پرداخت و تعديل تعرفه‌های سازارین و زایمان طبیعی: غيرواقعي بودن تعرفه‌های زایمان طبیعی و سازارین و از طرفی نظام

پرداخت کارانهای عاملی برای افزایش سازارین مطرح شد.  
"مثلاً NHS انگلستان هیچکس رابطه پولی نداره با بیمار، پزشكشم داره پول خوبی می‌گيره. حقوق بگيره. کارانهای نیست. يکي از مشکلات ما که پيش اومند از وقتی بود که per case شد. برگشتن گفتن ۶ تا سازارین داشتی انقدر می‌شه. يعني اين حقوق شما ۱۰ تا سازارین می‌کردي همين بود ۱۰ تا سازارین می‌کردي همين بود."

"خب بینید واقعیتش اینه که نظام پرداختمن خیلی غلطه دیگه. زایمان طبیعی، بيمه‌ها بد پرداخت می‌کنن، دیر و کم پرداخت می‌کنن. حالا همون ۱۷ کا که مشخص شده توسط وزارت‌خونه، بيمه‌دانان بايه زایمان طبیعی ۱۴ کا می‌ده. جالبه کي باید به کجا اعتراض بکنه نمي‌دونم. سیستم پرداختمن ایراد داره."

"شما بینید الان اين بازاری که اينجا هست، اين همه تفاوت قيمت هست، الان ۵، ۶ ساله تعرفه‌هایي که به ما می‌دن ثابته. هیچ تفاوتی نکرده، خب يه نفر هيچی نمي‌گه، دو نفر هيچی نمي‌گه ولی اين می‌خواز زندگی کنه ميره يه جور ديگه جبران می‌کنه. ميره به طور غيرمستقيم همين بازاری ميشه که الان هست، هیچ طوری نمي‌تونی کنترلش کني. نهايت اينکه تو بخش دولتی هم کسی که مريض خوابیده، مي‌گه چيکار دارم که سه تا چهار تا مريض نگه دارم شيفت من زایمان بخواه بکنه يا نکنه يا اتفاقی بيفته يا نيفته از دم ور می‌داره همه رو سازارین می‌کنه. الان طوري شده من داشتم ديروز به بچه‌ها می‌گفتم، که قدیم می‌گشتمن يه سازارینی پیدا می‌کردن الان يه زایمان طبیعی باید گشت و پیدا کرد."

منفعت و سوددهی مالي يکي از اصلی‌ترین دغدغه‌های بخش خصوصی بوده بوده و به لحاظ تخصیص بیشتر به خدمات ارائه شده توسط متخصص نسبت به ماما ترجیح بر مهر و امضای متخصص وجود دارد. اين امر باعث کاستن انگيزه ماما برای انجام زایمان طبیعی و تضییع حق و حقوق آنان می‌گردد.

"مسئله بعدی يکسان‌سازی تعرفه‌های است. بینید هیچ خدمتی رو نمي‌شه بر اساس دهنده خدمت برash تعرفه گذاشت. اگر زایمان ۸

مثال، بیمارستانی می‌گه من بیمارستان فوق تخصصی هستم زایمانم رو باید متخصص انجام بده. اين رو باید جا بندازن در کشور که زایمان و بارداری طبیعی رو ماما باید انجام بده حالا چه توى بیمارستان خصوصی و چه توى بیمارستان دولتی. حالا اگه مريضی هستش که می‌خواه متخصص اينو برash انجام بده باید يه تعریفه چند برابری داشته باشه و بيمه نیاد اينو پوشش بده... بخش خصوصی ما هم خیلی نقش داشته. شاید يکي از عمده‌ترین مشکلی که ما داريم و من يادم رفت که بگم شما می‌تونین بگنجونین توى مسائل مالي، بخش خصوصی بوده؛ هر جا که بخش خصوصی وارد شده می‌بینيم که سازارین خیلی بيشتر افزایش پيدا کرده. بخش خصوصی ما هم باید نقش ماما رو به رسميت بشناسه. و اين وظيفه وزارت بهداشت و ما نمي‌تونيم به تنهائي کاري بكتيم."

"زایمان توسط ماما انجام می‌شد. همه جا! بینید من الان يادم ديسپر فرم سر زایمان ديگه خسته شدم وقتی ميشه يه زایمان نرمال رو يه ماما انجام بده. باید ماما انجام بده (نه متخصص). - نظرات قوي بيمه و عدم پرداخت در موارد سازارين غير ضروري: اظهارات مشارکت‌كنندگان در مطالعه حاضر حاکي از اين بود که نبود نظرات و حساسیت در سازمان‌های بيمه گر بر پرداختها موجب رشد ميزان سازارين گرديده است. آنان معتقد بودند سازمان

های بيمه‌گر نقش نظارتی خود را به خوبی ايفا نمي‌کنند.  
"ولي تا زمانی که مريض زایمان می‌کنه، هیچ بيمه اى نباید قبول کنه سازارين رو بده."

"... تموم پرونده‌های کسور خورد. پرونده‌های من بالاترین آمار رو هم توى بیمارستان دارم. کسور خورد. بعدش به من رئيس بیمارستان گفت چيکار کنم؟ اين همه پرونده هات کسور خورد. گفتم آقای دکتر دروغ نمي‌تونم بنویسم. گفت نه يه کاري بکن. اونا توى تامين اجتماعي بزرگ‌آشون به من گفتن پرونده رو كامل بنویس. منم سر عمل مثلاً يه دفعه می‌بینم اه مكونیوم دفع کرده، يا يه پرومونتوار برجسته داره، مثلاً CPD داره. فقط توى يه برازخ بدی هستم. خودمم دوست ندارم دروغ بنویسم. بارها به بیمارستانم گفتم، گفتم بابا بیاین بيمه مريض رو استفاده نکnim."

"باید جا بندازن در کشور که زایمان و بارداری طبیعی رو ماما باید انجام بده حالا چه توى بیمارستان خصوصی و چه توى بیمارستان دولتی. حالا اگه مريضی هستش که می‌خواه متخصص اينو برash انجام بده باید يه تعریفه چند برابری داشته باشه و بيمه نیاد اينو پوشش بده برای حل مشکل توصیه شد:

میده زایمان رو باید انجام بد، مریض رو هندل کنه ساپرت کنه و ترجیح میده کار کمتری بکنه و وقت کمتری صرف کنه و همون حقوق رو بگیره به جای اون بنابراین ما حتماً نقش ماما و حق ماما رو رو چه توی کنترل زایمان چه در انجام زایمان و چه بعد از زایمان همه رو در نظر بگیریم و تعرفه رو بر اساس ساعتی که صرف می‌کنه بیایم و همه رو حساب بکنیم. بحث بعدی تعرفه خود سازارین هست. ببینید الان سازارین تعرفه بالایی نداره توی بخش دولتی حالا توی بیمارستان خصوصی زیرمیزی می‌گیره. به نظر من مریضی که سازارین می‌شه یه مریض پرخطره عمدتاً و ریسک خطر بالاست و مسائل قانونی هم ممکنه آزار بده تیم مراقبت رو و بنابراین ما تعرفه سازارین رو باید چند برابر افزایش بدیم ولی سازارینی که انتخابی باشه و از کانال ماما ارجاع شده باشه اون سازارین ضریب بهتری بگیره و در زمانی که سازارین الکتیو می‌شه به هیچ وجه بیمه‌ها پول ندن."

#### نظارت بر عملکرد

این طبقه دارای چهار زیرطبقه است:

- ثبت کارنامه متخصص از نظر آمار سازارین: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در حال حاضر برای ایجاد انگیزه در جهت بازدارندگی از سازارین بی‌رویه و نیز تشویق به زایمان طبیعی می‌باشد عملکرد متخصصیان مورد نظرات و بررسی قرار گیرد. در این مطالعه ایجاد سیستم نظارتی قوی از جنبه‌های مختلف مورد تاکید قرار گرفته است و یکی از پیامدهای مهم آن، ثبت دقیق درآمدها برای دریافت بهتر مالیات و دیگری کنترل بر عملکرد متخصصین و ماماها از نظر نوع زایمان عنوان شده است.

"سیستم پرداخت و مالیتیشن خیلی با ما فرق داره. شما توی لنده بخش خصوصی اگه از یه عددی درآمدت بره بالاتر مالیات خیلی بیشتر می‌شه. اما اینجا درآمد کسی ثبت نمی‌شه. ولی چون سیستم نظارتیشن قویه من می‌بینم اگه ۱۰ تا بیشتر کار کنم آنقدر باید مالیات بدم که نمی‌کنم، بعد این چه فایده‌ای داره. اولاً سلامت من تامین می‌شه. دوماً فرصت به پزشکای تازه کار داده می‌شه الان بعضی پزشکا به روزمرگی‌شون هم موندن. پرداخت خوبه و مالیاتیشن قویه. ما سیستم نظارتیمون دقیق نیست هر کسی می‌تونه فرار کنه از قانون."

"اگه سیستم ثبت الکترونیکی پرونده‌ها راه بیفته، خیلی راحت می‌شه این کارو کرد. مثلًا الان می‌گیم یک میلیون و دویست هزار زایمان داریم. داره توسط کی انجام می‌شه؟ اسمشو بزنیم می‌داد. از

ساعت وقت می‌بره و تعرفه ای بهش تعلق می‌گیره این تعرفه باید به زایمان تعلق بگیره نه به عامل زایمان. یعنی اینکه پکیج شده اگر به صورت گلوبال هم می‌بینیم بگیم اگه زایمان ۱۵ کا یا ۱۵ کا هست فرق نکنه بگیم چه کسی این زایمان طبیعی رو انجام داده اگه این حالت پیش بیاد دیگه بیمارستان نمی‌گه پزشک باید انجام بده پزشک باید مهر کنه. اگر ما خدمت رو تعرفه بذاریم به جای دهنده خدمت این مشکل حل می‌شه. یا خدمت رو پوشش بیمه ای بدیم به جای دهنده. ما الان می‌بینیم توی بیمارستان دولتی ماما ۵ کاست و زایمان پزشک ۱۵ تا ۲۰ کاست. خب معلومه بیمارستان خودکفاست باید خرچش رو در بیاره بنابراین ماما انجام داده پزشک باید مهر کنه. این بی‌اخلاقی واقعاً جای سوال داره از نظر شرعی از نظر حقوقی، چیکار باید کرد؟"

از طرفی پیشنهاد گردید با اصلاح سیستم ارجاع زایمان‌های پرخطر از طریق ماماها به پزشک متخصص ارجاع و تعرفه تعلق گرفته به متخصص در این شرایط با ضریب قابل توجه به وی پرداخت گردد. "اول باید به پزشکا بگن زایمان طبیعی مال شما نیست. زایمان طبیعی مال ماما نیست. زایمان طبیعی رو ماما انجام میده با مسئولیت خودش مشکل پیدا کرد، اسفنکتر پاره کرد، به دکتر بگه بیا بدوز. پولش مال خود ماما. تا وقتی دکتر نیومده یک ریال هم بهش تعلق نگیره. که ماما دلش راحت باشه، این مریضو من دارم کنترل می‌کنم مال خودمه ولی پزشکم وقتی او مد مریضی کمپلیکه می‌شه یه پارگی اسفنکتر، یهو حسابی باید بهش بدن نه به اندازه زایمان، دیگه کمپلیکه شده نه به اندازه یه پارگی. چون اسفنکتر رو می‌دوزی مریض بی‌اختیاری مدفعه می‌گیره دوباره میاد سراغت، فیستول می‌شه دوباره میاد سراغت. یعنی نه اینکه بگن یه پارگی درجه سه رو او مده ترمیم کرده کمپلیکیشن رو باید تعرفه حسابی بهش بدن. ولی تا زمانی که مریض زایمان می‌کنه، هیچ بیمه‌ای نباید قبول کنه سازارین رو بده. مریض باید ماما بزانوندش."

"اما اگر که مادر بارداری از کانال ماما به پزشک متخصصی ارجاع داده می‌شه این باید ضریب ۵ بخوره. مثلًا اگر پرخطر شد، ضریبی که بهش تعلق می‌گیره بیشتر باشه که رغبت بکنه بیادهای ریسک رو خدمت بهتر بده از اونور مریض کم خطر رو فقط حمایت کنه و حضور داشته باشه اگر پرخطر شد دخالت کنه. مسئله بعد حق و حقوق ماما هست. به هر حال خود ما ماماها هم بخصوص توی بخش دولتی یا خصوصی نقش داریم توی افزایش سازارین. بای اینکه یک ماما با یه حقوق فیکس و یا کلارنه ناچیز داره خدمات

جدول ۱ مشخصات مشارکت کنندگان

اونور اونظرفي هم می‌شه سرج بشه. الان سیستم بیمارستانها داره همين کارو می‌کنه. معلومه من چند تا زایمان داشتم. سیستم جوري باشه که بیاد اطلاعات اينجا تحليل بشه نمي شهر؛ من بيقاره همه زایمانهای طبیعی رو انجام بدم يکی همه سزارين‌ها رو انجام بده. داشتم فکر می‌کردم حالا که سیستم‌های آنلاین هست، نمی‌خوايم خیلی تغیير بدیم، الان مثلاً متخصصان زنان رو داره بحث ثبت زایمان میشه و ثبت نوزادان، ... بعد یه کارنامه برashon تعريف بشه. هر مریضی که هر جایی زایمان کرد توسط مثلاً من ... یه جایی ثبت بشه. مثلاً میگه سال ۹۰ تو ۵۰ تا زایمان طبیعی داشتی ۱۰۰ تا سزارين. از ۱۰۰ تا سزارين ۵۰ تاش سزارين تکراری بود، آنقدر الکتیو. حالا میگم تو ... سالی دو درصد سزارینتو کم کن. نمی‌خوايد خیلی، یه دفعه خیلی زياد (باشه). مثلاً سزارين‌هاي تکراریتو بكن ۱ درصد، ديگه ۱ درصد که میشه کار کردا یه چیز منطقی. زایمان واژينالت از اين درصد باید برسه به اين درصد. هیچ کار ديگه‌اي هم نکييم ها فقط جهت اطلاع."

- تحليل اطلاعات عملکرد زایمانی: "مثلاً اگر به فرض ما قانون بکنیم که هر خانوم دکتری تعداد زایمان‌ها و سزارینش register بشه و این باید یه نسبتی داشته باشه. در اون صورت این مسائل میاد جزو پیشنهادات خود این دوستان قرار می‌گیره. برای حل مشکلشون مجبور می‌شن این کارو بكن. الان من بیام بیمارستان ۷ تا مریض رو از ۳۷ هفته بخوابونم تا ۳۹ هفته و دو روز می‌خوابون ... این خانوم دکتر واقعاً باید برای زایمان طبیعی اش هم وقت بذاره. ما نمی‌توينم، حالا همين مریض که سزارين می‌شه دو صباح ديگه می‌شه repeat ۳، و جفت اكرتا و مورتاليتی اش توی نظام میاد."

"مثل کشورهای خارجی حالا ۳۰ تا مریض، من دارم زیادشو می‌گم، تا ۱۰ تا ۱۵ تا هی می‌ری بالا، (خوبه یه) درصد (بیشتری) مالیات کم بشه، اما من وجهه پزشكيم برآم حفظ بشه. توی این کشورها توی کشورهای خارجی هر کسی جایگاه خودشو داره اينجا نه، اينجا جامعه پزشكى داره واقعاً سختی می‌کشه. داره رحمت می‌کشه."

اما با اين حال يکی از مشارکت کنندگان به شدت به ناظر بر عملکرد متخصصان واکنش نشان داده و چنین بيان می‌کند:  
"اين ببخشید نامديه بشرطی که عملکرد بساز و بفروش هم ثبت بشه ..."

نمایشگر	عنوان	شرح
مددوهات	ارائه پسخواراند به تیم مراقبت	تحليل اطلاعات عملکرد زایمانی
همكاران	محدود کردن متخصصان برای انجام سزارين زیاد	نظارت بر عملکرد
همكاران	تعمیم اجرایي کاهاش سزارين هر زایمان طبیعی	ثبت کارنامه متخصص از نظر آمار سزارين
همكاران	مدحدهات وقت متخصص برای زایمان طبیعی	تشکيل پروonde الکترونیکی بیمار
همكاران	ارائه پسخواراند به تیم مراقبت	از نظر تخفیف مصالح
همكاران	محدود کردن متخصصان برای انجام سزارين هر زایمان طبیعی	از نظر مصالح
همكاران	تعمیم اجرایي کاهاش سزارين هر زایمان طبیعی	از نظر تخفیف مصالح
همكاران	مدحدهات وقت متخصص برای زایمان طبیعی	از نظر تخفیف مصالح
همكاران	ارائه پسخواراند به تیم مراقبت	از نظر تخفیف مصالح
همكاران	محدود کردن متخصصان برای انجام سزارين هر زایمان طبیعی	از نظر تخفیف مصالح

متخصص برای سازارین می بیان شده است، اما اعداء از متخصصیان به وضوح، به اطمینان خاطر ناشی از شیوه سازارین در مورد سلامت مادر و اینمی نوزاد یا به عبارتی تحت کنترل بودن شرایط زایمان در سازارین اشاره داشته‌اند. چنانچه در مطالعه هوانگ و شن نیز که به صورت کیفی و برای درک فرآیند تصمیم‌گیری مادران باردار در مورد نحوه زایمان صورت گرفت، یکی از دلایل تمایل بیشتر مادران نخست‌زا به سازاری، نگرانی از آسیب رسیدن به نوزاد مطرح شده است [۱۲]. این نکته که تا پژشك متخصص اراده نکند، سازارین در جامعه کاهش پیدا نخواهد کرد، جمله کلیدی از یافته‌های پژوهش حاضر است. حدود ۱۵ سال قبل در مطالعه‌ای که در امریکا برای کاهش سازارین انجام شد، نیز به این مسئله تاکید گردید که متخصصان به عنوان مهم‌ترین کلید حل مشکل افزایش سازارین مطرح هستند [۱۳]. بنابراین برای دستیابی به موفقیت در زمینه کاهش سازارین باید بر راهکارها و سیاست‌هایی تاکید گردد که پژشك متخصص را در محوریت قرار دهد. پژشك متخصص در برخی موارد مدعی بودند قادر به اطمینان به ماماها برای انجام زایمان نبوده و لذا ترجیح می‌دادند روش سازارین را برگزینند تا از درگیر شدن در مسائل قانونی و قضایی خود را دور سازند. نگرانی از درگیر شدن در پیامدهای ناگوار زایمانی در مطالعه‌ی کیفی دیگری نیز مورد اشاره قرار گرفته است [۱۴]. اما به نظر می‌رسد این رویکرد شیوه نامناسبی برای حل مسئله باشد؛ چراکه طبق شرح وظیفه مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پژشكی، ماماها برای انجام زایمان طبیعی تربیت می‌شوند. مطالعات نشان داده است که بالا بردن شایستگی‌ها و کفايت حرفة‌ای و نیز بهره‌گیری از نظر افراد با تجربه در کاهش میزان سازارین نقش داشته است [۱۵]. لذا مسلماً با این کار نه تنها می‌توان زایمان طبیعی را به ماماها سپرد بلکه با توجه به فرستی که ماماها در اختیار دارند، حتی مطابق با تجربه کشورهای موفق در ترویج زایمان طبیعی، می‌توان از ماماهای با تجربه در امر زایمان برای آموزش دانشجویان پژشكی و رزیدنت‌ها بهره گرفت. ضمن اینکه انگیزه و رضایت شغلی را در آنان افزایش می‌دهد. بنابراین توصیه می‌شود این راهکار به طور جدی در سطح کشور دنبال شود. به طور قطع بخشی از سازارین‌های غیرضروری به دلیل عدم اطمینان و مرد بودن پژشك نسبت به امکان پذیر بودن زایمان طبیعی صورت می‌گیرد. در این شرایط می‌توان انتظار داشت با بهره‌گیری از نظر فرد باتجربه در امر زایمان می‌توان سازارین را بدون ایجاد پیامدهای ناگوار کاهش داد. این موضوع یعنی استفاده

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که هیچ تغییری در روند رو به رشد آمار سازارین در کشور بدون اراده، انگیزه و جدیت وزارت بهداشت میسر نخواهد بود، لذا نقش مدیریت نظام سلامت در ارتباط با کاهش سازارین بیش از هر بخش دیگر مورد تاکید قرار گرفت. تحلیل داده های کیفی منجر به ظهور ۴ مفهوم نظرات بر عملکرد، استانداردسازی، اصلاح و وضع قوانین و مقررات، و آموزش گردید، که توجه به آنها جهت ارائه راهکارهای عملی به منظور کاهش سازارین ضرورت دارد. افزایش سازارین روندی است که در طی سی سال گذشته در ایران ۶ برابر افزایش نشان داده است [۹] با وجود مطرح شدن عوامل متعدد به عنوان متغیرهای تاثیرگذار بر پدیده کاهش سازارین، نتیجه مطالعه حاضر نشان داد، تغییر رفتار گستردۀ در سطوح مختلف لازم است صورت گیرد تا بتوان انتظار کنترل رشد فزاینده سازارین و به دنبال آن کاهش سازارین را در جامعه داشت. تدوین دستورالعمل‌ها برای ارائه خدمات با کیفیت بالاتر از دیگر راهکارهای ارائه شده در مطالعه حاضر بوده است. تلاش‌های بسیار خوبی در این زمینه توسط اداره سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پژشكی انجام شده و به عنوان یکی از کتب مرجع برای دانشجویان مامایی و رزیدنت‌های زنان معرفی گردید. علاوه بر این به مراجع قضایی و قانونی نیز جهت سندی برای تصمیم‌گیری و قضاویت ارائه گردید تا دغدغه‌ها و نگرانی متخصصان و ماماها تا حدی نسبت به سردرگمی نسبت به این قضیه کاهش یابد. تلاش‌ها در این راستا بسیار مطلوب و اثربخش خواهد بود. آنچه بسیار حیاتی است خواست و اراده پژشك متخصص در اهتمام به کاهش میزان سازارین است. اما بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر برخی از افراد کلیدی و تاثیرگذار بر این شاخص، اعتقاد و انگیزه قوی برای ترویج زایمان طبیعی ندارند. بنابراین ابتدا باید نگرش متخصصان به سازارین و زایمان طبیعی واقع بینانه باشد تا بتوان انعکاس آن را در رفتار آنان مشاهده نمود. بویژه هنگامی که سیاست‌های جمعیتی در شرایط کتونی به سوی تشویق به زاد و ولد بوده و بارداری‌های متعدد در شرایط سازارین تکراری مشکلات و پیامدهای خاص خود را به همراه خواهد داشت. شکل‌گیری نگرش منفی در متخصصان زنان نسبت به زایمان طبیعی مسئله جدی است و هر دلیلی که داشته باشد باید اصلاح گردد. همانطور که پژوهش حاضر نشان داد، هرچند مسئله مالی بخش مهمی از شکل‌گیری رفتار ترغیب مادران از سوی پژشك

بهداشتی، سازارین را روشی بسیار بی خطر و راحت می دانند و نسبت به عوارض آن آگاه نیستند، از این رو آگاه سازی مادران و سایر افراد جامعه که به نحوی بر روند تصمیم‌گیری مادر در انتخاب شیوه زایمان تاثیر گذار می‌باشند ضروری است. در این میان تعامل بین سیاستگذاران و رسانه ملی و ایجاد فضایی روش‌نگرانه و در جهت تشویق جامعه به زایمان طبیعی می‌تواند نقش موثری داشته باشد. در همین راستا مطالعات نشان داده است بیان فواید زایمان طبیعی و آماده سازی مادر قبل از زایمان در پذیرش بهتر زایمان واژینال موثر بوده است<sup>[۲۱]</sup>. از دیگر موارد مطرح شده در مطالعه حاضر توسط مصاحبه‌شوندگان، اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهایی برای ایجاد سیستم نظارت بر عملکرد متخصصان برای ارائه بازخورد و کنترل میزان بی رویه سازارین انتخابی بوده است. کسب اطلاعات مربوط به شیوه زایمان و پایش و ارزیابی آن و به دنبال آن، دادن بازخورد به پرسنل بیمارستان‌ها می‌تواند در کاهش سازارین نقش داشته باشد<sup>[۲۲]</sup>. در این زمینه می‌توان با ایجاد سیستم اطلاعات مدیریتی یکپارچه در مورد زنان باردار و زایمان آنان در سراسر کشور و کسب به موقع اطلاعات دقیق راجع به پرونده کترونیک آنان، عملکرد متخصصان در خصوص میزان سازارین‌های انجام شده را مورد ارزیابی قرار داد. در صورتی که در مدت مقرر در کارنامه پزشک، کاهش سازارین در حد معین صورت گرفته باشد، تشویق گردد. در عین حال طبیعی است که مراکز درمانی سطح سوم که ارجاعی محسوب می‌شوند شاخص‌های متفاوتی خواهد داشت. به نظر می‌رسد که افزایش سازارین به دلایل عدیده‌ای رخ داده، لذا کاهش آن موضوعی چندبعدی، سخت و پیچیده می‌باشد. ارائه راهکارهای عملی منوط به درنظر گرفتن کلیه عوامل فوق است و بدون اراده، انگیزه و جدیت و مدیریت نظام سلامت میسر نخواهد بود.

### سهم نویسنده‌گان

فهیمه رمضانی تهرانی: مجری اصلی طرح، نظارت و راهنمایی، ویرایش  
راضیه لطفی: طراحی، اجرا، جمع آوری و تحلیل داده‌ها، نگارش  
فرحناز ترکستانی: مشاور اجرایی طرح  
مرضیه رستمی: همکاری در تهیه مقاله و مرور متنون  
مهراندخت عابدی‌نی: مشاور اجرایی طرح  
سیما ساجدی: مشاور اجرایی طرح  
**تشکر و قدردانی**

بدینوسیله مراتب سپاس را از کلیه شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، مسئولان و کارشناسان محترم اداره سلامت مادران معاونت سلامت

از نظر افراد صاحب نظر در زایمان در مطالعه آلب و همکاران که در مجله لنست به چاپ رسید به خوبی نشان داده شد که در کاهش میزان سازارین نقش داشته است<sup>[۱۵]</sup>. در حال حاضر یکی از برنامه هایی که با هدف کاهش مرگ و میر مادران توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردیده است، طرح استاد معین است. در این طرح از پزشکان عضو هیات علمی با تجربه در شرایط پیچیده جهت مشاوره کمک گرفته می‌شود تا بهترین تصمیم برای مادر گرفته شود. همین طرح را می‌توان برای تصمیم‌گیری مناسب شیوه زایمان در شرایط حد مرزی اجرا نمود تا مناسب ترین شیوه با کمترین عوارض برای مادر و نوزاد به کار گرفته شود. طبیعی است که مادران نیز بخش مهمی از فرآیند پیچیده انتخاب شیوه زایمان هستند<sup>[۱۶]</sup>، و در بسیاری از مطالعات دلیل اصلی سازارین انتخابی درخواست نا‌آگاهانه مادر است<sup>[۱۷]</sup>. پس می‌توان با شیوه‌های مختلف انتخاب آگاهانه آنان را به صورت فعال در تصمیم‌گیری مناسب هدایت نمود. دغدغه و نگرانی مادر در خصوص درد زایمان آنچه که در بسیاری از مطالعات به آن اشاره شده است<sup>[۱۴، ۱۸]</sup> بر کسی پوشیده نیست و توسط مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر مورد تأکید قرار گرفت. آنان اشاره به این داشته‌اند که بسیاری از دانش آموختگان مامایی و تخصص زنان و زایمان مهارتی در این زمینه نداشته و یا کمبوعد امکانات و فضای استاندارد، کمبوعد نیروی انسانی برای ارائه مراقبت در اتاق لیبر امکان خدمات مطلوب تخفیف درد زایمان را غیرممکن می‌سازد. لذا به عنوان یک راهبرد وارد کردن مباحثت کاهش در در برنامه آموزشی مامایی و تخصص زنان و زایمان به عنوان شیوه‌ای موثر برای کاهش تمایل مادران به سازارین مطرح شد. ضمن اینکه ارائه توضیحات کافی درباره فیزیولوژی درد و لیبر و آگاهی مادران تا حدی ترس را در آنان کاهش می‌دهد و استرس را از آنان دور می‌سازد<sup>[۱۹]</sup>. علاوه بر آگاهسازی مادران از روند زایمان طبیعی، ایجاد خاطره خوشایند زایمان چه در خود فرد و چه در اطرافیان از ترس ناشی از زایمان کاسته و تجارب ناخوشایند زایمان‌های قبلی در تمایل بسیار شدید مادران به سازارین در مطالعات دیگر نشان داده شده است<sup>[۲۰]</sup>. داشتن فضای مناسب و استاندارد که حریم خصوصی مادر در آن حفظ شده و امکان حضور همراه که می‌تواند مامای همراه باشد، قطعاً از نکاتی است که راحتی و آسایش را برای مادر فراهم می‌سازد. از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بسیاری از افراد جامعه از جمله مادران و حتی ارائه دهنده‌گان خدمات

سلامت جهان و در قالب پروژه تحقیقاتی مصوب این سازمان اجرا شده است.

وزارت بهداشت، درمان و اموزش پزشکی و دفتر سازمان سلامت جهان اعلام می‌داریم، این طرح با حمایت مالی سازمان

## منابع

1. Belizan JM, Althabe F, Cafferata ML. Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* 2007; 18:485-6
2. Ahmadnia S, Delavar B, Einizinab H, Kazemipour S, Mehryar AH, M. N. Caezarean section in the Islamic Republic of Iran. Prevalence and some sociodemographic correlates. *Eastern Mediteranean Health Journal* 2009;15:1389-98
3. Sepanlou SG, Akbarian AR. Growing Rate of Cesarean Section in Iran: Dimensions and Concerns. *Archives of Iranian Medicine* 2012; 15:2 - 3
4. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010; 375:490-9
5. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007; 34:53-64
6. Moini, A, et al. Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003. *East Mediterr Health Journal* 2007; 13:457-60
7. Jamshidmanesh M, Oskouie SF, Jouybary L, A. S. The process of women's decision making for selection of cesarean delivery. *Iran Journal of Nursing* 2009; 21:55-67
8. Nwobodo EI, Isah AY, Panti A. Elective caesarean section in a tertiary hospital in Sokoto, north western Nigeria. *Niger Med Journal* 2011; 52:263-5
9. Badakhsh MH, Seifoddin M, Khodakarami N, Gholami R, Moghimi S. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran, Iran. *Archives of Iranian Medicine* 2012; 15:4-7
10. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 1<sup>st</sup> Edition, Thousand Oaks, CA: Sage, 2007
11. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. 1<sup>st</sup> Editon, Newbury Park, CA: Sage publication, 1985
12. Huang SY, Sheu SJ, Tai CJ, Chiang CP, Chien LY. Decision-Making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *Matern Child Health Journal* 2013; 17:842-51
13. Poma PA. Effect of departmental policies on cesarean delivery rates: a community hospital experience. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 91:1013-8
14. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R .Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Service Research* 2011; 11:159
15. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 363:1934-40
16. Wu JM, Viswanathan M, Ivy JS. A conceptual framework for future research on mode of delivery. *Matern Child Health Journal* 2012; 16:1447-54
- 17.Qin C, Zhou M, Callaghan WM, Posner SF, Zhang J, Berg CJ, et al. Clinical indications and determinants of the rise of cesarean section in three hospitals in rural China. *Matern Child Health Journal* 2012; 16:1484-90
18. Storksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetricia ET Gynecologica Scandinavica* 2013; 92:318-24
19. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial .*British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 119:1483-92
20. Pawelec M, Pietras J, Karmowski A, Palczynski B, Karmowski M, Nowak T. [Fear-driven cesarean section on request]. *Polski merkuriusz lekarski* 2012; 33:86-9
21. Tully KP ,Ball HL. Misrecognition of need: women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science and Medicine* 2013; 85:103-11
22. Main EK. Reducing cesarean birth rates with data-driven quality improvement activities. *Pediatrics* 1999; 103:374-83

**ABSTRACT****Health system management and strategies to decrease elective cesarean section: a qualitative study**

Razieh Lotfi<sup>1</sup> Fahimeh Ramezani Tehrani<sup>2\*</sup>, Farahnaz Torkestani<sup>3</sup>, Marzieh Rostami Dovom<sup>2</sup>, Mehrandokht Abedini<sup>3</sup>, Sima Sajedinejad<sup>4</sup>

1. Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
2. Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Maternal Office, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
4. World Health Organization Office, Tehran, Iran

Payesh 2015; 1: 59-71

Accepted for publication: 25 November 2014  
[EPub a head of print-24 December 2014]

**Objective (s):** Elective caesarean sections in most countries including Iran has increased dramatically and became a serious problem for the health system. This study aimed to assess challenges and strategies to decrease elective cesarean section as faced by health system management using a qualitative approach.

**Methods:** Eleven semi-structured interviews conducted with midwives, obstetricians and sociologist. They were asked to elaborate on issues that health system is facing with. Data were analyzed in a conventional fashion.

**Results:** Four concepts emerged from the qualitative data analysis including: ‘performance supervision’, ‘standardization’, ‘regulations’, and ‘education’.

**Conclusion:** Any decrease in caesarean sections requires integrative coordination and can be achieved only by substantial interventions by health system management.

**Key Words:** Cesarean delivery, Health system, qualitative study

\* Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences  
Tel: 22432500  
E-mail: ramezani@endocrine.ac.ir