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

راضیه لطفی[1]، فهیمه رمضانی تهرانی[2*]، فرحناز ترکستانی[3]، مرضیه رستمی[2]، مهراندخت عابدینی[3]، سیما ساجدی نژاد[4]

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 پایش
سال چهاردهم شماره اول بهمن ـ اسفند ۱۳۹۳ صص ۷۱-۵۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۴
[انتشار 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 بی‌رویه‌ی 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 تحدید موالید به سوی تشویق موالید، سزارین‌های تکراری که عمده دلیل سزارین های انتخابی محسوب می‌شوند با خطرات و پیامدهای بیشتری همراه خواهند بود. از این رو با توجه به هزینه‌هایی که به صورت‌های مختلف به نظام سلامت تحمیل می‌گردد، امری خیراخلاقی تلقی می‌شود. با وجود برنامه‌های ترویجی متعددی که اداره سلامت مادران وزارت بهداشت در سال‌های 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 چالش‌ها و راهکارهای مرتبط با حوزه مدیریت نظام سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران 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 جامعه‌شناسی در حوزه‌های مختلف شغلی انجام شد. جهت افزایش صحت و استحکام داده‌ها قابلیت پذیرش، قابلیت اعتماد، قابلیت تایید و قابلیت انتقال داده ها مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌های کیفی منجر به تولید چهار مفهوم "استانداردسازی"، "آموزش"، "اصلاح و وضع قوانین و مقررات" و "نظارت بر عملکرد" گردید. هرگونه کاهش در میزان آمار سزارین ضمن این که به هماهنگی‌های 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: ۲۲۴۳۲۵۰۰
Email: ramezani@endoctorine@ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

مقدمه

سزارین به عنوان یک جراحی نجات بخش برای مادر و جنین، چنانچه بیشتر و یا کمتر از حد مطلوب و یا معیار های استاندارد باشد، می‌تواند با پیامدها و هزینه‌های بسیاری همراه گردد[۱]. امروزه با آمار گسترده و رو به رشد سزارین در اغلب کشورهای دنیا روبرو هستیم. همچون اغلب کشورهای دنیا، میزان زایمان به روش سزارین در ایران نیز روند رو به رشدی دارد. مطالعه DHS که در سال ۲۰۰۰ در ایران صورت گرفت، نرخ سزارین در ایران را ۳۵درصد گزارش نمود[۲]؛ و این میزان در سال ۲۰۰۵ به ۴۰/۷ درصد رسید. بیش از نیمی از این میزان سزارین در تهران (۵۲ درصد) انجام می‌شود. و از این ۵۲ درصد نیز ۶۴ درصد آن در بیمارستانهای خصوصی صورت می‌گیرد[۳]. سلامت جهان میزان مورد انتظار سزارین را سالانه ۱۰درصد و این میزان را در کشورهای در حال توسعه ۱۵درصد بر آورد نموده است. هر چند آمار دقیقی از میزان سزارین انتخابی در کشور وجود ندارد، اما تقریباً همگان بر این موضوع واقفند که بخش عمده ای از آمار سزارین در ایران وابسته به سزارین های انتخابی است. با وجود گسترش میزان سزارین 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[۴]. تلاش در جهت کاهش میزان سزارین انتخابی یکی از موارد مورد بحث دنیای امروز پزشکی است؛ بطوریکه فدراسیون بین المللی زنان و مامایی (FIGO) انجام سزارین بدون دلایل پزشکی را عملی غیر اخلاقی می‌داند[۵].

افزایش بی‌رویه سزارین به معضلی برای مسئولان سلامت بخش های بهداشت و درمان تبدیل شده است. سزارین انتخابی در مطالعه ای در ایران از ۶/۹ درصد در سال ۱۹۹۹ به ۱۱/۸ درصد در سال ۲۰۰۳ رسیده است[۶]. مطالعه‌ای کیفی در ایران نشان داد که علت درخواست سزارین توسط مادران یک موضوع چندعاملی بوده و به دلایلی 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 عمده دلایلی بود که مادران را در درخواست زایمان به روش سزارین ترغیب می‌نمود[۷]. غالبا در هنگام مشاوره بیماران با پزشکان در انتخاب نوع زایمان پزشکان از کاهش عوارض نوزادی در روش سزارین انتخابی نام می برند و آن را در مقایسه با سزارین های اورژانسی ایمن‌تر می‌دانند که این امر غالبا سبب تشویق مادران به انتخاب سزارین می‌گردد. اما به هر حال این انتخاب بروز عوارض مادری را کاهش نمی‌دهد[۸]. روابط پیچیده بین مادر، جامعه، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی از عوامل مهم افزایش سزارین در کشورهای مختلف محسوب می شوند. اما به هر حال گاهی روش جراحی سزارین به تقاضای مادر و بدون دلیل طبی، و گاهی نیز به پیشنهاد ارائه دهنده خدمت و عمدتاً متخصصان صورت می‌گیرد. اداره سلامت مادران وزارت بهداشت برنامه‌های ترویجی متعددی را در سال های گذشته تاکنون به منظور کاهش سزارین طراحی و اجرا نموده است از جمله؛ طراحی و راه اندازی بیمارستان های دوستدار مادر، تدوین پروتکل های استاندارد زایمان طبیعی با روش‌های کاهش درد، برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای مادران، ... اما با توجه به این که عوامل مسبب افزایش سزارین 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 سزارین انتخابی و مداخلاتی به منظور کاهش میزان آن انجام شده است، اما هنوز راهکار مناسبی که بتوان از آن برای کاهش میزان سزارین انتخابی بهره گرفت مورد بحث است. از سوی دیگر با تغییر سیاست‌های جمعیتی از تحدید موالید به سوی تشویق موالید، سزارین‌های تکراری که عمده دلیل سزارین‌های انتخابی محسوب می‌شوند[۹]، 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 سزارین 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 کدگذاری ها به طور مستقیم از متن داده ها منشا می‌گیرند[۱۰]. 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 صورتجلسات پنج سال اخیر مربوط به راهکارهای کاهش سزارین که توسط اداره سلامت مادران وزارت بهداشت با همکاری دانشگاه‌ها و سازمان‌های مرتبط همچون بیمه،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

پزشکی قانونی و... برگزار می‌گردید مورد توجه و تحلیل قرار گرفت. در مجموع ۱۱ مصاحبه‌ی عمیق فردی با ۱۰ مشارکت‌کننده انجام شد. مشارکت‌کنندگان 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 بیان اهداف مطالعه، مشارکت‌کنندگان را برای شرکت در مصاحبه دعوت می‌کرد. پیش از انجام هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان رضایت شفاهی گرفته شده. به طور متوسط هر مصاحبه ۴۵ دقیقه (۳۰ تا ۶۵) به طول انجامید. ابزار گردآوری داده‌ها در این بخش، راهنمای سوالات نیمه ساختار یافته بوده است. تحلیل محتوای کیفی داده‌ها به صورت کدگذاری باز و محوری انجام شد. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها بصورت دستی به طور همزمان و با استفاده از روش "تحلیل مقایسه‌ای مستمر" انجام شد. در مطالعه حاضر موارد زیر جهت افزایش دقت داده‌ها اقداماتی به کار گرفته شد؛ اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و نیز مشارکت فعال سایر اعضای تیم پژوهش در تمامی مراحل جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها، علاوه بر پژوهشگر اصلی، کمک به مقبولیت داده‌ها نمود. همچنین، از تلفیق روش گردآوری داده‌ها (مصاحبه عمیق فردی، مشاهده) و نیز تلفیق منابع داده‌ها[۱۰] و حداکثر تنوع استفاده گردید. از تحلیل موارد منفی نیز برای افزایش اعتبار داده‌ها بهره گرفته شد[۱۱]. برای ارزیابی قابلیت اعتماد داده‌ها پژوهشگر متن چند مصاحبه را به فاصله چند روز خوانده و دوباره کدگذاری نمود و نتایج با اولین کدگذاری مقایسه شد. به این ترتیب با دست‌یابی به کدهای مشترک، قابلیت اعتماد داده‌ها تایید شد. همچنین علاوه بر اعضای تیم پژوهش از دو نفر صاحب نظر در پژوهش کیفی خواسته شد تا اقدام به کدگذاری متن مصاحبه نمایند. سپس توافق بین کدهای داده شده مورد بررسی قرار گرفت. در ضمن چند مصاحبه اولیه بعد از کدگذاری در اختیار چند نفر از پژوهشگران کیفی قرار گرفت تا در مورد نحوه‌ی پرسیدن سوالات و روند کدگذاری اظهارنظر نمایند. بدین‌ترتیب پیشنهادات ارائه شده در مصاحبه‌های بعدی لحاظ گردید. جهت افزایش قابلیت انتقال کلیه فرایند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه بصورت واضح و دقیق و مکتوب تهیه شد تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیت جمعیت مورد مطالعه را برای دیگران فراهم کند. برای اطمینان از قابلیت تایید یافته‌ها، کلیه مراحل پژوهش، شامل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازنگری ناظرین و روند پژوهش به صورت منظم مستند گردید[۱۰]. مقاله حاضر بخشی از یافته‌های حاصل طرح پژوهشی مصوب وزارت بهداشت، اداره سلامت مادران و سازمان سلامت جهان بوده است و توسط کمیته اخلاق پژوهشکده علوم غدد درون ریز ومتابولیسم (کد۲۱۹) مورد تایید قرار گرفته است.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان، افراد صاحب نظر در این زمینه با سابقه مدیریتی، آموزشی، نظارتی و امر درمان بودند. پنج نفر از مشارکت‌کنندگان متخصص زنان و زایمان بودند و چهار نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها، شاغل در بخش‌های دولتی و خصوصی بوده، که برخی از آنان از سیاستگذاران بودند. چهار نفر با مدارک کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا در زمینه مامایی یا بهداشت باروری شاغل در مراکز خصوصی، دولتی، هیات علمی دانشگاه‌ها بودند. یک نفر جامعه‌شناس با تجربه در زمینه بهداشت باروری نیز از دیگر مشارکت‌کنندگان بود. مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. تحلیل داده‌های کیفی نشان داد هیچ تغییری در روند رو به رشد آمار سزارین در کشور بدون اراده، انگیزه و جدیت وزارت بهداشت میسر نخواهد بود، لذا نقش مدیریت نظام سلامت در ارتباط با کاهش سزارین بیش از هر بخش دیگر مورد تاکید قرار گرفت. تحلیل‌ها منجر به ظهور ۴ مفهومِ استانداردسازی، آموزش، اصلاح و وضع قوانین و مقررات، و نظارت بر عملکرد گردید. مفاهیم و کدهای مربوطه در جدول ۲ نشان داده شده است.

استانداردسازی

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر توجه به استانداردها در سه زمینه از نظر نیروی انسانی و تامین کافی ماما، و تهیه دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت برای ترویج زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین مهم تلقی نمودند:

- استاندارد تجهیزات و فضای فیزیکی: "اتاقای زایمان ما استاندارد رو رعایت نمی‌کنن مثلاً چه از نظر متراژی چه از نظر وسایل و تجهیزاتی که دارن. مثلاً همین روش‌های کاهش درد وجود نداره. توی بیمارستان یا اصلاً بلد نیستن که بخوان کار کنن با این روش ها. یه سری از روش‌های بی‌دردی داریم که خب امکانات می‌خواد باید فضاش باشه، باید اون که ارائه خدمت می‌ده بلد باشه که خب استانداردی اصلاً در کار نبود."

- استانداردهای مراقبت از نظر نیروی انسانی: "وقتی تعداد زایمان زیاد می‌شه و نیروی انسانی کم باشه شروع می‌کنن به اینکه می خوان زودتر خالی کنن اتاق رو حالا به هر نحوی شده یا زودتر زایمانو تمومش کنن یا ببرن سزارین."

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

- تهیه دستورالعمل‌های استاندارد مراقبت: "بعد اومدیم گفتیم مادران رو آموزش بدیم. ما برای مادران هیچ برنامه‌ای نداشتیم. اومدیم 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 ماماها گذاشتیم که ماماها 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 درگیر 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 ماماها اموزش 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 نوشتیم گایدلاین زایمان‌ها رو کلاً نوشتیم. 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 ماماها، و آگاه سازی و مشارکت جامعه برای زایمان طبیعی بوده است:

- آموزش ناکافی متخصصین و ماماها: در کنار سایر عوامل، آموزش ناکافی متخصصان و ماماها از علل مهم مهارت ناکافی انان برای انجام زایمان طبیعی و تمایل به سزارین بر شمرده شد.

"خوب هم بیاد 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 ماها 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 اومده پایین ماما نمی‌تونه فارغ التحصیل بشه رزیدنت همینطور، چطور به اینا می‌تونم بگم زایمان کنین! در 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 حالا واکیوم‌های پلاستیکی اومده، اگه ما این اندیکاسیون ها رو یاد بگیریم، واکیوم می تونه 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 می افته؟ اتفاقی که می افته اینه که طرف یعنی من اگه الان ببینم مریض همه چیش خوبه حالا 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 وقتا قابل پیش بینی نباشه، چرا که شما فکر می کنی خوب زایمان می‌کنه یا کسی که اصلاً فکر نمی کنی زایمان می‌کنه می‌بینی پیشرفت خوبی داره. اگه تو بدونی که چه کارهایی می‌شه کرد به مریض فرصت می دی ولی اگه من ندونم از ترس اینکه یک سزارین کمپلیکه بخوام 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 مطالعه‌ی حاضر معتقد بودند بخش مهمی از علل افزایش بی‌رویه سزارین در کشور ناآگاهی مادران و جامعه در خصوص شیوه زایمان و منافع زایمان طبیعی بوده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

"خدمت‌گیرندگان ما مادران بودند که به دلیل عدم آگاهی یا راهنمایی اشتباه یا شاید راهنمایی رو از کسایی می‌گرفتن که شایداکسپرت این قضیه نبودند، باعث شده بود که به سمت سزارین پیش بره."

تجربه‌ی شخصی برخی از پرسنل در زمینه آموزش و دادن آگاهی مناسب به مادران چنین بیان شد:

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

به بیان برخی مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، ایجاد خاطره خوشایند 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 معاینه‌اش می‌کنن دارن نگاش می‌کنن بهش احترام نمی‌ذارن خود ماماها و متخصصین زنان دلشون نمی‌خواد زایمان طبیعی کنن. اصولاً باید اتاق زایمان یه جایی مثل خونه‌اش باشه. یه نفر مسئولش باشه ۱۰ نفر نیان بالا سرش بیان و برن. 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 سزارین براش انجام بدن وقتی می‌دونیم بعد از دو تا سه تا عمل دیگه چهارمی اش دیگه هیچکی حاضر نیست بهش دست بزنه. 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 بدید، واسه چی بیاد پول خصوصی بده. مگه بحث میلاد مگه نشد؟ وقتی میلاد اومد خیلی مریضای 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 اگاه 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 می‌خواد بره بزاد، میره توی اتاق عمل و میاد بیرون. یعنی فقط اتاق عمل مد نظره. 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 می دن 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 می کنه با برانکارد می‌برنش. خب دبدن اینا از بچگی ترس رو ایجاد می‌کنه. نیاز به خیلی کارا توی جهات مختلف لازم داره."

" ... سومین مسئله که شاید بدترین حالت بوده برای جامعه مامایی که خودبخود مشکل ایجاد شده به جامعه هم تسری پیدا کرد به مردم هم تسری پیدا کرد، این بود که مهارت‌های مامایی شناخته نشد ."

"برخلاف حرکتی که جهان به طرف طبیعی بودن زایمان و دادن مراقبت‌های بارداری و زایمان به ماما هست بخاطر 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 صرفه‌تره 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 می خوایم 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 می بینن 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 تصمیم‌گیری 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 سزارین پس سزارین انتخاب نیست. پیش فرض و از پیش تعیین‌شده 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

خونه بیمارستان بنابراین واقعاً می‌تونه چی باشه؟ انتخاب وجود داره. 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 نتونیم کاری بکنیم آخرین راه حل سزارینه اونجا darkest way! . یک خانوم ایرانی که هیچ تجربه درد نداره چرا چشم بسته بیاد بره سزارین؟ 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 هیچوقت اتاق زایمان نبوده پس داره با تصاویر داره کار می‌کنه."

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

" باید برای مریض وقت بذاری ۵ دقیقه ۱۰ 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 کارا رو نمی‌کردن. قشنگ مریض زایمان فیزیولوژیک، به ندرت به مریض مخدر میزدن اپیدورال می‌کردن. آنقدر مریض آمادگی روانی داشت همراهش 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 هیچوقت نمی‌تونیم بگیم مادری نباشه توی فاز زایمان و زایمان فیزیولوژیک بخواد 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 سزارین. پس ما اینپوتمونو درست نکردیم. من حس می‌کنم اینپوتمون برای اصلاحش نیاز به خیلی چیزا داره. هم بر می گرده 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 تعدیل آمار سزارین باید مقررات و قوانین مورد نیاز برای حمایت از زایمان طبیعی وضع گردد:

- 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 بلوک 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 همونجور 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 سزارین را به دلیل قابل کنترل تر بودن نسبت به زایمان طبیعی ترجیح می‌دادند. لذا پشتوانه قانونی در شرایط مواجهه با مسائل قانونی از طریق تدوین گایدلاین‌ها و تنظیم بخشنامه‌ها برای مراجع قانونی برای استناد به آن در زمان قضاوت از ضروریات مورد نظر متخصصین و ماماها بوده است.

"مشکل اینجاست که کارشناسه که داره نظر می‌ده و این کارشناسا توجیه نیستن. کارشناسای هیات عالی هیات بدوی توی نظام پزشکی آدمای اکسپرت و صاحب نامی هستن توی رشته خودشون. ولی مشکل اینجاست که تجربه خودشونو می‌ذارن و محکوم می کنن یه نفر رو. ما میخوایم این تجربه شخصیه نباشه. گایدلاینی باشه بر اون اساس نظر بدن. یکی یه 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 حرفه‌ای ماما و اولویت کسب درآمد از عواملی عنوان شده است که موجب هدایت متخصص به سزارین گردیده است.

"اگر که مامایی یک 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 بکنن. برای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

مثال، بیمارستانی می‌گه من بیمارستان فوق تخصصی هستم زایمانم رو باید متخصص انجام بده. این رو باید جا بندازن در کشور که زایمان و بارداری طبیعی رو ماما باید انجام بده حالا چه توی بیمارستان خصوصی و چه توی بیمارستان دولتی. حالا اگه مریضی هستش که می‌خواد متخصص اینو براش انجام بده باید یه تعرفه چند برابری داشته باشه و بیمه نیاد اینو پوشش بده. ... بخش خصوصی ما هم خیلی نقش داشته. شاید یکی از عمده‌ترین مشکلی که ما داریم و من یادم رفت که بگم شما می‌تونین بگنجونین توی مسائل مالی، بخش خصوصی بوده؛ هر جا که بخش خصوصی وارد شده می‌بینینم که سزارین خیلی بیشتر افزایش پیدا کرده. بخش خصوصی ما هم باید نقش ماما رو به رسمیت بشناسه. و این وظیفه وزارت بهداشته و ما نمی‌تونیم به تنهایی کاری بکنیم."

" زایمان توسط ماما انجام می‌شد. همه جا! ببینید من الان یادم میاد دیشب رفتم سر زایمان دیگه خسته شدم. وقتی میشه یه زایمان نرمال رو یه ماما انجام بده. باید ماما انجام بده (نه متخصص). -

"نظارت قوی بیمه و عدم پرداخت در موارد سزارین غیر ضروری: اظهارات مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر حاکی از این بود که نبود نظارت و حساسیت در سازمان‌های بیمه گر بر پرداخت‌ها موجب رشد میزان سزارین گردیده است. آنان معتقد بودند سازمان های بیمه‌گر نقش نظارتی خود را به خوبی ایفا نمی‌کنند.

"ولی تا زمانی که مریض زایمان می‌کنه، هیچ بیمه ای نباید قبول کنه سزارین رو بده."

"... تموم پرونده‌هام کسور خورد. پرونده‌های من بالاترین آمار رو هم توی بیمارستان دارم. کسور خورد. بعدش به من رییس بیمارستان گفت چیکار کنم؟ این همه پرونده هات کسور خورد. گفتم آقای دکتر دروغ نمی تونم بنویسم. گفت نه یه کاری بکن. اونا توی تامین اجتماعی بزرگاشون به من گفتن پرونده رو کامل بنویس. منم سر عمل مثلاً یه دفعه می‌بینم اه مکونیوم دفع کرده، یا یه پرومونتوار برجسته داره، مثلاً CPD داره. فقط توی یه برزخ بدی هستم. خودمم دوست ندارم دروغ بنویسم. بارها به بیمارستانم گفتم. گفتم بابا بیاین بیمه مریض رو استفاده نکنیم."

" باید جا بندازن در کشور که زایمان و بارداری طبیعی رو ماما باید انجام بده حالا چه توی بیمارستان خصوصی و چه توی بیمارستان دولتی. حالا اگه مریضی هستش که می‌خواد متخصص اینو براش انجام بده باید یه تعرفه چند برابری داشته باشه و بیمه نیاد اینو پوشش بده."

برای حل مشکل توصیه شد:

"توی بحث پوشش بیمه‌ای که حالا خواهم گفت یکی از کارهایی که می‌شه کرد، این هست که بیمه‌ها مستقیم با کسانی که می‌تونن خدمات رو پوشش بدن قرارداد ببندن، این مشکل حل خواهد شد."

این در حالی است که بیمه‌ها برای خدمات مامایی که توسط ماماها انجام می‌شود پوشش بیمه‌ای مناسبی ارائه نمی‌کنند.

- اصلاح نظام پرداخت و تعدیل تعرفه‌های سزارین و زایمان طبیعی: غیرواقعی بودن تعرفه‌های زایمان طبیعی و سزارین و از طرفی نظام پرداخت کارانه‌ای عاملی برای افزایش سزارین مطرح شد.

"مثلاً NHS انگلستان هیچکس رابطه پولی نداره با بیمار، پزشکشم داره پول خوبی می‌گیره.حقوق بگیره. کارانه‌ای نیست. یکی از مشکلات ما که پیش اومد از وقتی بود که per case شد. برگشتن گفتن ۶ تا سزارین داشتی انقدر می‌شه.یعنی این حقوق شما ۱۰ تا سزارین می‌کردی همین بود ۱۰ تا سزارین می کردی همین بود.

"خب ببینید واقعیتش اینه که نظام پرداختمون خیلی غلطه دیگه. زایمان طبیعی، بیمه ها بد پرداخت می‌کنن، دیر و کم پرداخت می‌کنن. حالا همون ۱۷ کا که مشخص شده توسط وزارتخونه، بیمه دانا بایه زایمان طبیعی۱۴ کا می ده. جالبه کی باید به کجا اعتراض بکنه نمی دونم. سیستم پرداختمون ایراد داره."

"شما ببینید الان این بازاری که اینجا هست، این همه تفاوت قیمت هست، الان۵، ۶ ساله تعرفه هایی که به ما می‌دن ثابته. هیچ تفاوتی نکرده، خب یه نفر هیچی نمی‌گه، دو نفر هیچی نمی‌گه. ولی این می خواد زندگی کنه میره یه جور دیگه جبران می‌کنه. میره به طور غیرمستقیم همین بازاری میشه که الان هست، هیچ طوری نمی‌تونی کنترلش کنی. نهایت اینکه تو بخش دولتی هم کسی که مریض خوابیده، میگه چیکار دارم که سه تا چهار تا مریض نگه دارم شیفت من زایمان بخواد بکنه یا نکنه یا اتفاقی بیفته یا نیفته از دم ور می‌داره همه رو سزارین می‌کنه. الان طوری شده من داشتم دیروز به بچه‌ها می‌گفتم، که قدیم می‌گشتن یه سزارینی پیدا می‌کردن الان یه زایمان طبیعی باید گشت و پیدا کرد."

منفعت و سوددهی مالی یکی از اصلی‌ترین دغدغه های 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. این امر باعث کاستن انگیزه ماما برای انجام زایمان طبیعی و تضییع حق و حقوق آنان می‌گردد.

"مسئله بعدی یکسان‌سازی تعرفه‌هاست. ببینید هیچ خدمتی رو نمی‌شه بر اساس دهنده خدمت براش تعرفه گذاشت. اگر زایمان ۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

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 ۱۰کا 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 می بینیم توی بیمارستان دولتی ماما ۵ کاست و زایمان پزشک ۱۵ تا ۲۰ کاست. خب معلومه بیمارستان خودکفاست باید خرجش رو در بیاره بنابراین ماما انجام داده پزشک باید مهر کنه. این بی اخلاقی 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 ماماست. زایمان طبیعی رو ماما انجام میده با مسئولیت خودش مشکل پیدا کرد، اسفنکتر پاره کرد، به دکتر بگه بیا بدوز. پولشم 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 اومد 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 مدفوع می‌گیره دوباره میاد سراغت، فیستول میشه دوباره میاد سراغت. یعنی نه اینکه بگن یه پارگی درجه سه رو اومده ترمیم کرده کمپلیکیشن رو باید تعرفه حسابی بهش بدن. ولی تا زمانی که مریض زایمان می‌کنه، هیچ بیمه‌ای نباید قبول کنه سزارین رو بده. مریض باید ماما بزائوندش."

"اما اگر که مادر بارداری از کانال ماما به پزشک متخصصی ارجاع داده می‌شه این باید ضریب ۵ بخوره. مثلاً اگر پرخطر شد، ضریبی که بهش تعلق می‌گیره بیشتر باشه که رغبت بکنه بیادهای ریسک روخدمت بهتر بده از اونور مریض کم‌خطر 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 سزارین. بای اینکه یک ماما با یه حقوق فیکس و یا کارانه نا چیز داره خدمات میده زایمان رو باید انجام بده، 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 سزارین هست. ببینید الان سزارین تعرفه بالایی نداره توی بخش دولتی حالا توی بیمارستان خصوصی زیرمیزی می‌گیره. به نظر من مریضی که سزارین می‌شه یه مریض پرخطره عمدتاً و ریسک خطر بالاست و مسائل قانونی هم ممکنه آزار بده تیم مراقبت رو و بنابراین ما تعرفه سزارین رو باید چند برابر افزایش بدیم ولی سزارینی که انتخابی نباشه و از کانال ماما ارجاع شده باشه اون سزارین ضریب بهتری بگیره و در زمانی که سزارین الکتیو می‌شه به هیچ وجه بیمه‌ها پول ندن."

نظارت بر عملکرد

این طبقه دارای چهار زیرطبقه است:

- ثبت کارنامه متخصص از نظر آمار سزارین: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در حال حاضر برای ایجاد انگیزه در جهت بازدارندگی از سزارین بی‌رویه و نیز تشویق به زایمان طبیعی می‌بایست عملکرد متخصصیان مورد نظارت 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 مالیلتیشون خیلی با ما فرق داره. شما توی لندن بخش خصوصی اگه از یه عددی درآمدت بره بالاتر مالیاتت خیلی بیشتر می‌شه. اما اینجا درآمد کسی ثبت نمی‌شه. ولی چون سیستم نظارتیشون 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 مالیاتیشون قویه. ما سیستم نظارتیمون دقیق نیست هر کسی می تونه فرار کنه از قانون."

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

اونور اونطرفی هم می‌شه سرچ بشه. الان سیستم بیمارستانها داره همین کارو می کنه. معلومه من چند تا زایمان داشتم. سیستم جوری باشه که بیاد اطلاعات اینجا تحلیل بشه نمی شهر؛ من بیچاره همه زایمان‌های طبیعی رو انجام بدم یکی همه سزارین‌ها رو انجام بده. داشتم فکر می‌کردم حالا که سیستم‌های آنلاین هست، نمی‌خوایم خیلی تغییر بدیم، الان مثلاً متخصصان زنان رو داره بحث ثبت زایمان میشه و ثبت نوزادان، ... بعد یه کارنامه براشون تعریف 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 سزارین. از ۱۰۰ تا سزارین ۵۰ تاش سزارین تکراری بود، آنقدر الکتیو. حالا میگم تو ... سالی دو درصد سزارینتو کم کن. نمی‌خواد خیلی، یه دفعه خیلی زیاد (باشه). مثلاً سزارین‌های تکراریتو بکن ۱ درصد، دیگه ۱ درصد که میشه کار کرد! یه چیز منطقی. زایمان واژینالت از این درصد باید برسه به این درصد. هیچ کار دیگه‌ای هم نکنیم ها فقط جهت اطلاع."

- تحلیل اطلاعات عملکرد زایمانی: "مثلاً اگر به فرض ما قانون بکنیم که هر خانوم دکتری تعداد زایمان ها 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 بکنن. الان من بیام بیمارستان ۷ تا مریض رو از ۳۷ هفته بخوابونم تا ۳۹ هفته. ۳۷ هفته و دو روز می‌خوابونن ... این خانوم دکتر واقعاً باید برای زایمان طبیعی اش هم وقت بذاره. ما نمی‌توینم، حالا همین مریض که سزارین می‌شه دو صباح دیگه می‌شه repeat ۳، و جفت اکرتا و مورتالیتی 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 پزشکیم برام حفظ بشه. توی این کشورها توی کشورهای خارجی هر کسی جایگاه خودشو داره اینجا نه. اینجا جامعه پزشکی داره واقعاً سختی می‌کشه. داره زحمت می‌کشه."

اما با این حال یکی از مشارکت‌کنندگان به شدت به نظارت بر عملکرد متخصصان واکنش نشان داده و چنین بیان می‌کند:

" این ببخشید نامردیه بشرطی که عملکرد بساز و بفروش هم ثبت بشه ... "

جدول ۱ مشخصات مشارکت کنندگان

	سابقه کار	تخصص	سمت
۱	۱۶	زنان و زایمان	سیاستگذار و عضو هیات علمی
۲	۱۶	زنان و زایمان	شاغل در بخش خصوصی
۳	۲۵	زنان و زایمان	عضو هیات علمی
۴	۲۶	زنان و زایمان	عضو هیات علمی
۵	۱۵	زنان و زایمان	سیاستگذار
۶	۱۷	جامعه شناسی	عضو هیات علمی
۷	۳۰	دکترای مامایی	عضو هیات علمی
۸	۲۱	کارشناسی ارشد مامایی	سیاستگذار
۹	۱۳	کارشناسی ارشد مامایی	بخش خصوصی
۱۰	۱۷	کارشناسی مامایی	بخش خصوصی

جدول ۲: مفاهیم و کدهای راهکارهای کاهش سزارین

طبقات	زیرطبقات
استاندارد سازی	
استاندارد های مراقبت	مراقبت یک به یک مهارت زایمان کم درد یا بی‌درد
استاندارد تجهیزات و فضای فیزیکی	استانداردهای محیط آموزشی
	فضای مناسب
	حفظ حریم خصوصی
	لوازم مورد نیاز
دستورالعمل های استاندارد مراقبت	مشخص نبودن استاندارد مراقبت
	یکسان سازی قضاوت ها در محاکم
	تدوین گایدلاین ها و رفع نگرانی ها از مسائل قضایی
آموزش	
آموزش ناکافی متخصصان و ماماها	تبحر ناکافی متخصصان
	اموزش ناکارآمد رزیدنتی
	کیفیت دوره های بارآموزی
	بازنگری برنامه آموزشی
	خالی بودن دست رزیدنت برای اداره شرایط پرخطر زایمان
آگاه سازی و مشارکت جامعه	بازاریابی برای زایمان طبیعی
	انتخاب آگاهانه
	بیان عوارض سزارین
اصلاح و وضع قوانین و مقررات	
اعتباربخشی بیمارستان ها	حدنصاب امتیاز بلوک زایمان
ابزاری برای ترویج زایمان طبیعی	اجباری کردن کلاس های آمادگی زایمان برای مادران
توجه به شرح وظیفه و رسمیت دادن به نقش ماما	زایمان وظیفه قانونی ماما
	تعریف نشدن ماما در بیمارستان خصوصی
	تقویت نقش ماما در جامعه
نظارت قوی بیمه	ارزیابی دقیق پرونده ها
	پوشش بیمه ای خدمات مامایی
	تنوع در پرداخت بیمه
اصلاح نظام پرداخت و تعدیل تعرفه	عدم پرداخت مناسب و کافی
	بازار تجارت پزشکی
	غیرواقعی بودن تعرفه سزارین نسبت به زایمان طبیعی
نظارت بر عملکرد	
ثبت کارنامه متخصص از نظر آمار سزارین	تشکیل پرونده الکترونیکی بیمار
	محدودیت وقت متخصص برای زایمان طبیعی
	تعیین اجباری کاهش میزان سزارین هر پزشک
تحلیل اطلاعات عملکرد زایمانی	ارائه پسخوراند به تیم مراقبت
	محدود کردن متخصصان برای انجام سزارین زیاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که هیچ تغییری در روند رو به رشد آمار سزارین در کشور بدون اراده، انگیزه و جدیت وزارت بهداشت میسر نخواهد بود، لذا نقش مدیریت نظام سلامت در ارتباط با کاهش سزارین بیش از هر بخش دیگر مورد تاکید قرار گرفت. تحلیل داده های کیفی منجر به ظهور ۴ مفهومِ نظارت بر عملکرد، استانداردسازی، اصلاح و وضع قوانین و مقررات، و آموزش گردید، که توجه به آنها جهت ارائه راهکارهای عملی به منظور کاهش سزارین ضرورت دارد. افزایش سزارین 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 سزارین، نتیجه مطالعه حاضر نشان داد، تغییر رفتار گسترده در سطوح مختلف لازم است صورت گیرد تا بتوان انتظار کنترل رشد فزاینده سزارین و به دنبال آن کاهش سزارین 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 پزشکی 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 قضاوت 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 پزشک متخصص در اهتمام به کاهش میزان سزارین است. اما بر اساس یافته های 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 سزارین و زایمان طبیعی واقع بینانه باشد تا بتوان انعکاس آن را در رفتار آنان مشاهده نمود. بویژه هنگامی که سیاست‌های جمعیتی در شرایط کنونی به سوی تشویق به زاد و ولد بوده و بارداری‌های متعدد در شرایط سزارین تکراری مشکلات و پیامدهای خاص خود را به‌همراه 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 پزشک متخصص برای سزارین می بیان شده است، اما عده‌ای از متخصصیان به وضوح، به اطمینان خاطر ناشی از شیوه سزارین در مورد سلامت مادر و ایمنی نوزاد یا به عبارتی تحت کنترل بودن شرایط زایمان در سزارین اشاره داشته‌اند. چنانچه در مطالعه هوآنگ و شن نیز که به صورت کیفی و برای درک فرآیند تصمیم گیری مادران باردار در مورد نحوه زایمان صورت گرفت، یکی از دلایل تمایل بیشتر مادران نخستزا به سزاری، نگرانی از آسیب رسیدن به نوزاد مطرح شده است[۱۲]. این نکته که تا پزشک متخصص اراده نکند، سزارین در جامعه کاهش پیدا نخواهد کرد، جمله کلیدی از یافته‌های پژوهش حاضر است. حدود ۱۵ سال قبل در مطالعه‌ای که در امریکا برای کاهش سزارین انجام شد، نیز به این مسئله تاکید گردید که متخصصان به عنوان مهم‌ترین کلید حل مشکل افزایش سزارین مطرح هستند[۱۳]. بنابراین برای دستیابی به موفقیت در زمینه کاهش سزارین باید بر راهکارها و سیاست‌هایی تاکید گردد که پزشک متخصص را در محوریت قرار دهد. پزشکان متخصص در برخی موارد مدعی بودند قادر به اطمینان به ماماها برای انجام زایمان نبوده و لذا ترجیح می‌دادند روش سزارین را برگزینند تا از درگیر شدن در مسائل قانونی و قضایی خود را دور سازند. نگرانی از درگیر شدن در پیامدهای ناگوار زایمانی در مطالعه ی 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 پزشکی، ماماها برای انجام زایمان طبیعی تربیت می‌شوند. مطالعات نشان داده‌است که بالا بردن شایستگی‌ها و کفایت حرفه‌ای و نیز بهره‌گیری از نظر افراد با تجربه در کاهش میزان سزارین نقش داشته است[۱۵]. لذا مسلماً با این کار نه تنها می‌توان زایمان طبیعی را به ماماها سپرد بلکه با توجه به فرصتی 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 پزشکی 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 سزارین های غیرضروری به دلیل عدم اطمینان و مردد بودن پزشک 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 سزارین را بدون ایجاد پیامدهای ناگوار کاهش داد. این موضوع یعنی استفاده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

از نظر افراد صاحب نظر در زایمان در مطالعه آلتب و همکاران که در مجله لنست به چاپ رسید به خوبی نشان داده شد که در کاهش میزان سزارین نقش داشته است[۱۵]. 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 می شود تا بهترین تصمیم برای مادر گرفته شود. همین طرح را می توان 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[۱۶]، و در بسیاری از مطالعات دلیل اصلی سزارین انتخابی درخواست ناآگاهانه مادر است [۱۷]، پس می توان 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[۱۴،۱۸]، بر کسی پوشیده نیست و توسط مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر مورد تاکید قرار گرفت. آنان اشاره به این داشتند که بسیاری از دانش آموختگان مامایی و تخصص زنان و زایمان مهارتی در این زمینه نداشته و یا کمبود امکانات و فضای استاندارد، کمبود نیروی انسانی برای ارائه مراقبت در اتاق لیبر امکان خدمات مطلوب تخفیف درد زایمان را غیرممکن می‌سازد. لذا به عنوان یک راهبرد، وارد کردن مباحث کاهش درد در برنامه آموزشی مامایی و تخصص زنان و زایمان به عنوان شیوه‌ای موثر برای کاهش تمایل مادران به سزارین 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 انان دور می‌سازد[۱۹]. 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 زایمان های قبلی در تمایل بسیار شدید مادران به سزارین در مطالعات دیگر نشان داده شده است[۲۰]. 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 دهندگان خدمات بهداشتی، سزارین را روشی بسیار بی‌خطر و راحت می‌دانند 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 می تواند 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[۲۱]. 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 سزارین 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 سزارین نقش داشته باشد[۲۲]. 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 الکترونیک آنان، عملکرد متخصصان در خصوص میزان سزارین‌های انجام شده را مورد ارزیابی قرار داد. در صورتی که در مدت مقرر در کارنامه پزشک، کاهش سزارین در حد معین صورت گرفته باشد، تشویق گردد. در عین حال طبیعی است که مراکز درمانی سطح سوم که ارجاعی محسوب می‌شوند شاخص‌های متفاوتی خواهند داشت. به نظر می‌رسد که افزایش سزارین 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 نویسندگان

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 متون
مهراندخت عابدینی: مشاور اجرایی طرح
سیما ساجدی: مشاور اجرایی طرح

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

وزارت بهداشت، درمان و اموزش پزشکی و دفتر سازمان سلامت جهان اعلام می‌داریم. این طرح با حمایت مالی سازمان سلامت جهان و در قالب پروژه تحقیقاتی مصوب این سازمان اجرا شده است.

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 sociodemographiv 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. 1st Edition, Thousand Oaks, CA: Sage, 2007

11. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. 1st 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 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 Obstetricica 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

ABSTRACT

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

Razieh Lotfi [1] Fahimeh Ramezani Tehrani [2]*, Farahnaz Torkestani [3], Marzieh Rostami Dovom [2], Mehrandokht Abedini [3], Sima Sajedinejad [4]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.14.1.5.4]

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