Volume 20, Issue 4 (July- August 2021)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

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

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

Health Transformation Plan in birth departments in Iranian hospitals: A rapid review

Minoor Lamyian[1], Katayoun Jalali-Aria[2], Masoomeh Alijanpoor[1], Roza Hoorsan[3], Zahra Daneshfar[4], Mahboobeh Rasoulzadeh Bidgoli[5*]

1. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Counseling and Reproductive Health Research Centre, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Imam Sajad hospital in Ramsar, Mazandaran University Medical Sciences, Iran
5. Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Received: 14 April 2021
Accepted for publication: 31 July 2021
[EPub a head of print-14 August 2021]
Payesh: 2021; 20 (4): 439- 449

Abstract

Objective (s): The Iranian Health System Transformation Plan was implemented on May 6 (2014) and consisted of 8 service packages. As such a program was to promote Normal Vaginal Delivery. This article aimed to critically review the implementation of this service package.

Methods: Several databases including Google Scholar, ISD, and PubMed were search for relevant papers. Keywords included Health Transformation Plan, Childbirth, Health care, and Labour. Out of 83 research articles on the Health Transformation Plan, 9 related articles and 3 reports were retrieved and reviewed.

Results: Based on the results, the costs paid by patients and the rate of cesarean delivery reduced. This prevalence reduction was in hospitals that affiliated to medical universities. However, the reduction was still far from global standards. However, midwives were dissatisfied with the implementation of the plan due to the injustice of the payment system.

Conclusion: One of the most important factors driving women to Natural Vaginal Delivery and public hospitals, in addition to financial benefits, were the role midwives who did not receive appropriate gain form the project. In view of the above, it is necessary to revise the health transformation plan to ensure that all parties gain benefit from this service package.

Key words: Health Transformation Plan, Normal Vaginal Delivery, Cesarean section

* Corresponding author: Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
E-mail: rasoulzadeh.mah@gmail.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

یک مرور سریع بر اجرای طرح تحول سلامت در بخش‌های زایمان بیمارستان‌های ایران

مینور لمیعیان[۱]، کتایون جلالی آریا[۲]، معصومه علیجان پور[۱]، رزا هورسان[۳]، زهرا دانشفر[۴]، محبوبه رسول زاده بیدگلی[۵*]

۱. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشاوره در مامایی،دانشگاه علوم پزشکی گلستان،گرگان،ایران
۳. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. بیمارستان امام سجاد رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
۵. مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۳ مرداد ۱۴۰۰]
نشریه پایش: ۴۴۹- ۴۳۹: (۴)۲۰ ؛۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: اصلاحات نظام سلامت یکی از راهبردی‌ترین مباحث در سراسر دنیا و مورد توجه همه دولت‌ها بوده است که در بردارنده اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، برابری و اثربخشی در بخش سلامت است. در ایران طرح تحول نظام سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با ۸ بسته خدمتی که یکی از آنها برنامه ترویج زایمان طبیعی بود، اجرا شد. این مقاله مروری نقدی بر اجرای این بخش از بسته خدمتی بود.

مواد و روش کار: ابتدا با جستجو در پایگاه های اطلاعاتی Google، Google Scholar، ISD، PubMed مقالات مربوطه به دست آمد. کلید واژه ها عبارت بودند از: طرح تحول سلامت، زایمان، Health care - Labour. از ۸۳ مقاله پژوهشی در مورد طرح تحول سلامت، ۹ مقاله مرتبط و ۳ گزارش عملکرد مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: بر مبنای نتایج مطالعات مشخص شد که این طرح موجب شده تا از میزان شیوع سزارین در مراکز آموزشی درمانی تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کاسته شود، اما این کاهش هنوز با استانداردهای جهانی فاصله دارد. همچنین نتایج نشانگر افزایش میزان رضایت‌مندی مادران باردار بستری بود. اگر چه پزشکان به دلیل افزایش درآمد بیش از سایرین از اجرای طرح رضایت داشتند، اما در مورد سایر، ناعدالتی در میزان درآمد، مهمترین دلیل عدم رضایت آنها در این طرح بود.

نتیجه گیری: در مطالعات بررسی شده، یکی از مهمترین عوامل سوق دهنده بیماران به سمت زایمان طبیعی و بیمارستانهای دولتی علاوه بر بهره مندی از مزایای مالی طرح، ماماهای شاغل در این مراکز بودند که به عنوان ذینفعان این طرح در نظر گرفته نشده‌اند. هرچند حتی ماماهای شاغل در بیمارستانها نیز به دلیل بی عدالتی نظام پرداخت از اجرای طرح ناراضی هستند. با توجه موارد گفته شده و همچنین مشکلات بیمه سلامت به دلیل کمبود بودجه، لازم است طرح تحول سلامت مورد تجدید نظر قرار گیرد.

کلیدواژه: طرح تحول سلامت، زایمان

* نویسنده پاسخگو: کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات پرستاری تروما
E-mail: rasoulzadeh.mah@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

مقدمه

خدمات بهداشتی درمانی یکی از ضروری‌ترین نیازهای انسانی در همه کشورها است. ارائه این خدمات در سطح مطلوب آن در کنار نظام‌های بازنشستگی از چنان اهمیتی برخوردار است که حتی در کشورهای توسعه یافته به‌عنوان یکی از پارامترهای اساسی در برنامه نامزدهای ریاست جمهوری قرار می‌گیرد. اهمیت این مسئله در سال‌های اخیر به علت گسترش بیماری‌های صعب‌العلاج و پرهزینه چند برابر شده است. به‌طوری که بر اساس گزارشات رسمی، هزینه کمرشکن درمان به‌طور متوسط سالانه ۷ درصد از جمعیت کشور را به خط فقر می‌کشاند. اصلاحات نظام سلامت به‌عنوان یکی از راهبردی‌ترین مباحث در سراسر دنیا مورد توجه همه دولت‌ها بوده است که در بردارنده اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، برابری و اثربخشی در بخش سلامت است. در دهه‌های اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه اصلاحات بسیاری را تجربه کرده‌اند، اگر چه اهداف و اشکال اصلاحات برحسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی، ظاهری متفاوت دارند ولی در حالت کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامت هدف اصلی هر برنامه اصلاحی بوده است [۱]. یکی از مهم‌ترین خدماتی که باعث افزایش هزینه‌های درمان می‌گردد زایمان سزارین است. در کشورهای درحال توسعه آمار و ارقام سزارین روز به روز در حال افزایش است. بر اساس گزارش نخست از دیده‌بانی سلامت کشور، مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت در سال ۱۳۸۹ در ایران نشان داد که ۵۴/۵ درصد زایمان‌ها به‌صورت طبیعی و ۴۵/۵ درصد به‌صورت سزارین بوده است [۲]. در ایران با توجه به ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت از جانب رهبر معظم و توجه ویژه رئیس‌جمهور محترم، طرح تحول نظام سلامت از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ با هشت بسته خدمتی سلامت شامل: ۱) برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۲) برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم، ۳) برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۴) ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۵) برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۶) برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند، ۷) برنامه ترویج زایمان طبیعی و ۸) نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت، ارائه شد. در سال ۱۳۹۳ به‌طور رسمی در کشور و کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف اولیه تکمیل حلقه حفاظتی مردم در مقابل هزینه‌های سلامت شروع به فعالیت کرد [۳]. یکی از مهم‌ترین خدمات در این طرح، ترویج زایمان طبیعی است. طبق قانون برنامه توسعه پنجم، بهبود وضعیت سلامت مادران و نوزادان یکی از برنامه‌های اصلی است که با ارزیابی «بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری» و «کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان» میزان دست‌یابی به این مهم پایش می‌شود. در طرح تحول نظام سلامت، ترویج زایمان طبیعی با هدف کلی ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین دنبال می‌گردد. یکی از برنامه‌ها برای نیل به این هدف، انجام رایگان زایمان طبیعی در بیمارستان‌های وزارت بهداشت است. بر اساس اهداف این طرح قرار بود تا پایان سال ۹۳ میزان عمل‌های سزارین به کمتر از ۱۰ درصد برسد [۲]. اهداف ترویج زایمان طبیعی شامل ارتقای سلامت مادر و نوزاد، فرهنگ سازی ترویج زایمان طبیعی، استمرار باروری، امکان‌پذیری سیاست‌های جمعیتی، حفظ حریم خصوصی مادر باردار، تکریم و رضایت‌مندی مادر باردار، فرهنگ‌سازی در زمینه برنامه ترویج زایمان طبیعی در سطح رسانه‌های ملی و استانی، انتخاب آگاهانه و با رضایت زایمان طبیعی به‌عنوان روش برتر زایمان، فراهم نمودن امکان تداوم ارائه خدمت، برای ارائه‌دهندگان خدمت دارای مطب و دفاتر کار خصوصی در بخش دولتی و ارتقای کیفیت ارائه خدمت زایمان طبیعی مطابق با استانداردهای تدوینی می‌باشد. جهت دسترسی به اهداف فوق، راهکارهای زیر تعیین گردید: فرانشیز رایگان، زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، تعرفه تشویقی برای ارائه‌دهندگان خدمت و بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق زایمان و اختصاص بودجه برای آن. طبق مستندات موجود در سایت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، کاهش میزان سزارین به دنبال اجرای طرح تحول سلامت به ترتیب زیر است (چند نمونه): جم: ۸ درصد، استان کرمانشاه: ۵ درصد، استان خوزستان: ۹ درصد، استان فارس: بیش از ۵ درصد، اراک:۱۲ درصد، مشهد: ۷ درصد، سمنان: ۱۰ درصد، سنندج: ۱۱ درصد، یزد: ۵/۷ درصد، بابل: ۵/۶ درصد [۴]. بر مبنای نتایج مطالعات و شواهد حاضر مشخص می‌شود که طرح تحول سلامت موجب شده است تا از میزان شیوع سزارین در

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

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

مراکز آموزشی درمانی تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی کاسته شود ولی این کاهش هنوز با استانداردهای دنیا در زمینه زایمان سزارین به زایمان طبیعی فاصله داشته و باید اقدامات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. باید عنوان کرد با حمایت بخش دولتی و طرح تحول سلامت از هزینه‌های زایمان طبیعی و رایگان اعلام کردن آن در مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی، کاهش مشاهده شده به دلیل ارزان‌تر شدن خدمات سزارین نبوده است. بلکه تعداد خدمات سزارین کاهش یافته است و این کاهش باعث شده است تا هزینه های مربوط به خدمات سزارین در مجموع کاهش معنادار در تمام ابعاد نشان دهد. باید مدنظر قرار داد که هزینه‌های سزارین به‌صورت هزینه مستقیم در کنار درگیرکردن خانوار، هزینه‌های کلی نظام سلامت را نیز افزایش می‌دهد. به‌ویژه زمانی که این هزینه‌ها اجباری نباشند، موجب می‌گردد تا شاخص‌های مربوط به هزینه‌های سلامت از جمله پرداخت مستقیم از جیب و سهم سلامت از بودجه عمومی، افزایش یابد که نشان از ضعف سیستمی در نظام سلامت است. برخی از مطالعات انجام یافته در حیطه طرح تحول سلامت عنوان می‌کنند که طرح مذکور فرصت مناسبی را جهت منطقی‌تر شدن هزینه‌های نظام سلامت و کاهش پرداخت‌های غیررسمی فراهم می‌آورد. همچنین ترویج زایمان طبیعی از طریق طرح تحول سلامت اهداف علمی کشور و بهبود سلامت زنان و نوزادان و در نتیجه رساندن آمار سزارین به استاندارد جهانی را در پی خواهد داشت [۵].

مواد و روش کار

در ابتدا به مفاد بخش زایمان طبیعی طرح تحول سلامت می‌نگریم و سپس با نگاهی به پژوهش‌های انجام شده در ایران فواید و معایب آن را نقد می‌نماییم. در انتها نیز نیم‌نگاهی بر نظام سلامت در برخی کشورها خواهیم داشت. با توجه به اینکه مدت زمان محدودی از ابلاغ و اجرای طرح تحول سلامت می‌گذرد، لذا پژوهش‌های معدودی در ارتباط با آن صورت گرفته است که در اینجا به کلیه پژوهش‌های مرتبط با بند ۷ طرح که همان ترویج زایمان طبیعی است می‌پردازیم: ابتدا به منظور دسترسی به مقالات مرتبط، به جستجو در پایگاه های اطلاعاتی انگلیسی Google، Google Scholar، Scopus، PubMed, Up to date با استفاده از کلید واژه هایی شامل Childbirth, Normal Vaginal Delivery, Cesarean section – Labour, Health system Reform Plan, Health transformation plan، پرداخته شد. همچنین پایگاههای داده های فارسی زبان magiran IranMed وISD با استفاده از کلیدواژه های طرح تحول سلامت، زایمان طبیعی و سزارین مورد جستجو قرار گرفت. در صورت عدم دسترسی به متن کامل مقالات، مشخص نبودن سابقه علمی و تخصص نویسندگان مطالب، نقدهای موجود در صفحات وب و مجلات علمی ترویجی و یا فصلنامه های دانشجویی فاقد درجه علمی پژوهشی و چکیده همایشهای غیر علمی حذف گردید. در نهایت از ۸۳ مطلب یافت شده در مورد طرح تحول سلامت، ۹ مقاله مرتبط و ۳ گزارش عملکرد مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

زندیان و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر شیوع و هزینه‌های زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان بوعلی اردبیل در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ انجام دادند. در این پژوهش ۴۰۰ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که ۲۰۰ نمونه از اردیبهشت ۹۲ تا اردیبهشت ۹۳ به‌عنوان پرونده‌های قبل از طرح تحول و ۲۰۰ نمونه از اردیبهشت ۹۳ تا اردیبهشت ۹۴ برای بررسی بعد از طرح به‌طور تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد زایمان سزارین قبل از طرح تحول ۶۰/۵٪ بود که پس از طرح میزان آن به ۴۳ درصد کاهش یافت. همچنین زایمان طبیعی نیز از ۳۹/۵٪ به ۵۷٪ افزایش یافت. همچنین کلیه هزینه‌های زایمان طبیعی و سزارین به تفکیک نوع هزینه قبل و بعد از طرح تحول سلامت اختلاف معنادار نشان دادند، به‌طوری‌که هزینه‌ها به نسبت قابل توجهی افزایش داشته است. این در حالی است که هزینه‌های مربوط به کلیه خدمات مرتبط با سزارین پس از طرح تحول سلامت کمتر شده بود [۲]. پیروزی و همکاران نیز مطالعه‌ای مشابه طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۲ در استان کردستان انجام دادند. در این مطالعه ۹ بیمارستان دانشگاهی و ۲ بیمارستان تأمین اجتماعی بررسی شدند. نتایج نشان داد پس از یک سال از اجرای طرح میزان سزارین به ترتیب در بیمارستان‌های دانشگاهی و تأمین اجتماعی به مقدار ۱۰٪ و ۱۵/۷٪ نسبت به قبل کاهش داشته است. همچنین قبل از اجرای طرح میانگین میزان پرداخت از جیب مادر بستری ۱۶/۵٪ درصد بود که پس از اجرای طرح به ۴/۳ درصد رسید. با وجود این هنوز میزان سزارین در استان کردستان بالاتر از استاندارد جهانی است [۶]. در همین راستا افشاری و همکاران، پژوهشی جهت بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر میزان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

سزارین در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام دادند. این پژوهش نشانگر آن بود که اجرای طرح تحول نظام سلامت به‌طور متوسط منجر به کاهش نرخ سزارین به میزان ۱۲/۵ درصد در بیمارستان‌های مذکور شده است. نرخ این تغییرات در بیمارستان‌های مختلف متفاوت بود، طوری که بیشترین تغییرات در بیمارستان الزهرا (س) مشاهده شد که معادل با ۲۳ درصد کاهش نسبت به سال گذشته بود. افشاری می‌نویسد سیاست‌گذاری مناسب و نظارت بر حسن اجرای آن تأثیر قابل توجهی برای رسیدن به اهداف سلامت دارد به‌طوری که اجرای طرح تحول توانسته گام بزرگی در جهت بهبود میزان زایمان طبیعی و کاهش سزارین بردارد [۷]؛ اما مطالعه موردی زارعی و همکاران که در تابستان ۱۳۹۴ در یکی از بیمارستان‌های بزرگ تهران با هدف تعیین میزان دستیابی به اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی طرح تحول سلامت انجام شده بود نشان داد که در سال اول اجرای طرح تعداد زایمان‌ها در این بیمارستان ۴۰٪ افزایش داشته، در حالی که میزان زایمان سزارین تنها ۲٪ کاهش را نشان داده بود که به هدف کاهش میزان ۱۰ درصدی میزان سزارین که جزء اهداف ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول بود دست نیافتند. هدف دوم در برنامه ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول سلامت، افزایش رضایت‌مندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان بود که در بیمارستان مورد مطالعه، میزان رضایت‌مندی مادران باردار در سال پایه (۹۲) ۷۱/۷ درصد و در سال ۹۳ با اجرای طرح به ۶/ ۷۳ درصد رسید. همچنین در رابطه با میزان دستیابی به هدف رایگان شدن زایمان‌های طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، در صورتحساب‌های زایمان طبیعی مشاهده شد که زایمان طبیعی رایگان بوده و بیماران فقط بابت موارد خارج از شمول طرح مانند هزینه همراه، پرداخت انجام داده بودند. همچنین عوارض ناشی از زایمان در همان دوره بستری نیز مشمول طرح بوده و پرداختی بابت آن صورت نگرفته بود [۸]. همچنین بیمارستان ثارالله استان البرز وضعیت زایمان‌های طبیعی خود را قبل و پس از اجرای طرح به‌صورت نمودار شماره ۱ نشان داده است. این نمودار نشان می‌دهد که با اجرای طرح تحول میزان زایمان طبیعی از ۲۵٪ به ۴۸٪ رسیده است. نمودار شماره ۲ بیانگر آن است که میزان سزارین از ۷۵٪ به ۵۲٪ کاهش یافته است. نمودار شماره ۳ افزایش ۱۰ درصدی اشتغال تخت‌های بیمارستان پس از اجرای را نشان می‌دهد [۹]. همان‌طور در همه پژوهش‌های انجام شده ملاحظه می‌گردد پس از اجرای طرح، میزان زایمان طبیعی افزایش و میزان سزارین کاهش داشته است که در برخی از پژوهش‌ها این کاهش با هدف طرح تحول یعنی کاهش ۱۰ درصدی سزارین منطبق بوده و برخی دیگر به این هدف نرسیده‌اند؛ اما مطالعه صیدالی و نمازی که در بیمارستان نظام مافی شوش استان خوزستان انجام گردیده با رویکرد دیگری به این منظر نگریسته است. در این مطالعه اندیکاسیون‌های سزارین قبل و بعد از اجرای طرح مقایسه شده‌اند. طبق نتایج به دست آمده اندیکاسیون‌هایی مانند سزارین قبلی و علل نامعلوم در سال ۹۳ افزایش داشته ($P<۰/۰۵$) و سزارین به علت عدم تطابق سر جنین و لگن، دفع مکونیم، سایر علل و تعداد کل سزارین در سال ۹۳ کاهش داشته است ($P<۰/۰۵$). در سایر اندیکاسیون‌ها تغییرات معنی‌دار آماری دیده نشد (جدول شماره ۱)[۴]. نتایج مطالعه مذکور این ذهنیت را ایجاد می‌کند که اندیکاسیون‌های نسبی سزارین و موارد پرخطری که نیاز به مراقبت و مانیتورینگ بیشتر داشتند و در گذشته سزارین می‌شدند، اکنون مورد نظارت دقیق‌تر قرار گرفته و بلافاصله تصمیم ختم بارداری به‌واسطه سزارین برای آن‌ها گرفته نمی‌شود. در عوض مواردی که به دلیل خواست بیمار و شاید بدون داشتن اندیکاسیون مورد سزارین قرار می‌گیرند به‌عنوان سزارین با علت نامشخص درج می‌گردند [۹]. همچنین گودرزی و همکاران پژوهشی با عنوان طرح تحول نظام سلامت با تأکید بر برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام دادند. در این پژوهش از مجموع ابعاد برنامه ترویج زایمان طبیعی، همه ابعاد مورد بررسی وضعیت نسبتاً مناسبی را داشته‌اند. با توجه به اینکه به‌طور کلی تمام شواهد، گواه بالا بودن زایمان سزارین در ایران نه تنها از متوسط جهانی، بلکه نسبت به خیلی از کشورهای منطقه و در حال توسعه است، با توجه با اینکه دولت و وزارت بهداشت توانستند هزینه‌های زایمانی را رایگان نمایند، اما موفق به افزایش قابل توجهی در آمار تعداد زایمان‌های طبیعی نسبت به قبل از اجرای برنامه‌های تحول نشده‌اند و می‌بایست در این رابطه برنامه‌ریزی بیشتری نماید (۱۰). از بین پژوهش‌های موجود تنها یک مطالعه به بررسی ارزیابی بسته ی ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه ذینفعان در سال ۱۳۹۴ در کردستان پرداخته بود. منظور از ذینفعان، ارائه‌دهندگان خدمت شامل ماماها، متخصصان زنان و زایمان، بیهوشی و گیرندگان خدمت، زنان دارای زایمان

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

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]

[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

طبیعی هستند. ارائه‌دهندگان خدمت شامل ۷۳ نفر و گیرندگان خدمت ۱۰۴ نفر از ۵ بیمارستان در سطح استان انتخاب شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۸۷/۵ درصد مادران از رایگان بودن زایمان در این بیمارستان‌ها مطلع بودند که این اطلاعات توسط پرسنل مراکز بهداشتی درمانی در اختیار آن‌ها قرار داده شده بود. همچنین ۷۷/۷ درصد از این تعداد به دلیل آموزش‌هایی که در مراکز بهداشتی و یا بیمارستان‌ها گرفته بودند زایمان طبیعی را انتخاب کردند. همچنین ۶۰/۶ درصد اظهار داشتند رایگان بودن زایمان طبیعی در انتخاب آن‌ها تأثیر داشته است. در مورد ارائه‌دهندگان خدمت ۴۱/۹ درصد معتقد بودند که نقطه قوت بسته، دیده شدن منافع تمام ذینفعان است و ۲۰/۵ درصد بر این عقیده بودند که نقطه قوتی وجود ندارد. ۳۹/۷ درصد، زیاد شدن عوارض زایمانی به علت تأکید بیش از حد به زایمان طبیعی را از نقاط ضعف طرح ذکر نمودند و ۲/۷ درصد معتقد بودن نقطه ضعفی وجود ندارد. بر اساس نتایج این پژوهش میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمت از بسته، اختلاف معنی‌دار داشت. به‌طوری‌که میزان رضایت از تعرفه‌ها در متخصصان زنان و زایمان نسبت به ماماها بالاتر بود و به دنبال آن میزان انگیزه برای ترغیب به زایمان طبیعی در متخصصان بالاتر از ماماها بود. نویسندگان این مقاله پیشنهاد کرده‌اند با توجه به نقش مهم ماماها در امر زایمان طبیعی و ارتباط بسیار زیاد آن‌ها با مادران، لازم است بیشتر مورد توجه قرار گیرند. تأمین نیازهای مالی ماماها، توجه به کارکنان بهداشتی که در ترغیب مادران به زایمان طبیعی نقش بسزایی دارند و کاهش نرخ سزارین در بازه زمانی طولانی از نکاتی است که در مقاله مد نظر قرار گرفته است [۱۱]. سومین گزارش پیمایش‌های ارزیابی طرح تحول سلامت که در سال ۹۳ انجام شده بود بر مبنای رضایت بیماران، پزشکان و پرستاران بود که در این میان پزشکان بیش از سایرین از اجرای طرح رضایت داشتند که بیشترین دلیل رضایت ایشان افزایش درآمد و مهم‌ترین دلیل عدم رضایتشان بسته شدن مطب‌های آن‌ها بود؛ اما در مورد پرستاران مهم‌ترین دلیل عدم رضایت، میزان درآمد آن‌ها بود [۱۲]. رزم‌آرا فرزقی و همکاران (۱۳۹۴) نیز از نظر تأثیر این طرح در نظام آموزشی نقاط قوت و ضعف طرح را به شرح ذیل مطرح نموده‌اند: نقاط قوت: اجرا این طرح با افزایش رضایت‌مندی از نظام سلامت در بین تمامی اقشار جامعه همراه بوده است که البته علاوه بر آن سایر اجزا نظام سلامت همچون حوزه بهداشت و آموزش پزشکی نیز متأثر شده‌اند. استفاده از نیروی هیات علمی متخصص هم در ابعاد درمانی و هم در ابعاد آموزشی و نتیجه آن توزیع عادلانه‌تر نیروی انسانی و تجهیزات پزشکی در سراسر کشور به‌ویژه نقاط کمتر برخوردار حاصل شده است. نقاط ضعف: درگیری بیش از حد اعضای هیات علمی در فرایند درمان و غفلت از آموزش پزشکی و همچنین متأثر شدن برنامه‌های آموزشی از سیاست‌گذاری در بخش درمان (به‌ویژه هنگامی که بدون در نظر گرفتن جنبه های آموزشی آن اجرا گردند) از مهم‌ترین این موارد هستند. در طرح اولیه وزارت بهداشت در خصوص تأثیرات اجرا این طرح بر فرآیندهای آموزشی نکته مشخصی ذکر نشده است. سیستم آموزش پزشکی از سال‌های قبل با مشکلاتی مواجه بوده است که نیازمند به اصلاحات مشخصی است که از آن جمله می‌توان به قدیمی بودن سیستم آموزشی کشور، درمان محور بودن بیمارستان‌ها به‌جای آموزش محوری، عدم وجود هیئت علمی کافی در بسیاری از شهرهای دارای دانشگاه‌های علوم پزشکی، عدم وجود یک برنامه مدون کشوری مشخص جهت آموزش سراسری و همچنین عدم تطابق آموزش ارائه شده با نیازهای روز بهداشتی کشور را اشاره کرد. از طرفی دیگر با شروع طرح تحول بار کاری حوزه درمانی در بیمارستان‌ها به‌طور قابل ملاحظه افزایش پیدا کرده که این موضوع به شکل غیرمستقیم کار آموزشی بیمارستان‌ها (با توجه به درگیری هرچه بیشتر اعضای هیات علمی در این حیطه) را تحت تأثیر قرار داده است. لذا در ابتدا اجرا طرح با مراجعه حجم بالایی از بیماران جهت استفاده از تسهیلات این طرح مواجه شده که این مهم بی‌شک سطح کیفی آموزش پزشکی را در تمامی ابعاد متأثر کرده است [۳].

مقایسه وضعیت سیستم سلامت در کشور دانمارک و غنا با ایران: در انتها به وضعیت سیستم سلامت در کشور دانمارک و غنا به‌عنوان نمونه و در مقایسه با سیستم بهداشتی کشور نیم‌نگاهی می‌اندازیم. دسترسی همه افراد به مراقبت‌های بهداشتی، اصل اساسی در قانون بهداشت دانمارک است و دولت برای ارتقای سلامت مردم و پیشگیری از بیماری‌ها، رنج‌ها و ناتوانی‌ها مسئول است. اصول دیگر این سیستم‌ها شامل کیفیت بالای مراقبت، دسترسی آسان و برابر به مراقبت‌ها، ادغام خدمات، شفافیت در ارائه خدمات، دسترسی به اطلاعات و انتظار کوتاه مدت برای دریافت مراقبت است. در این قانون مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی بر عهده مناطق و شهرداری‌ها است. دولت ملی چارچوب قانونی برای خدمات بهداشتی را تنظیم می‌کند و مسئول برنامه‌ریزی و نظارت عمومی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

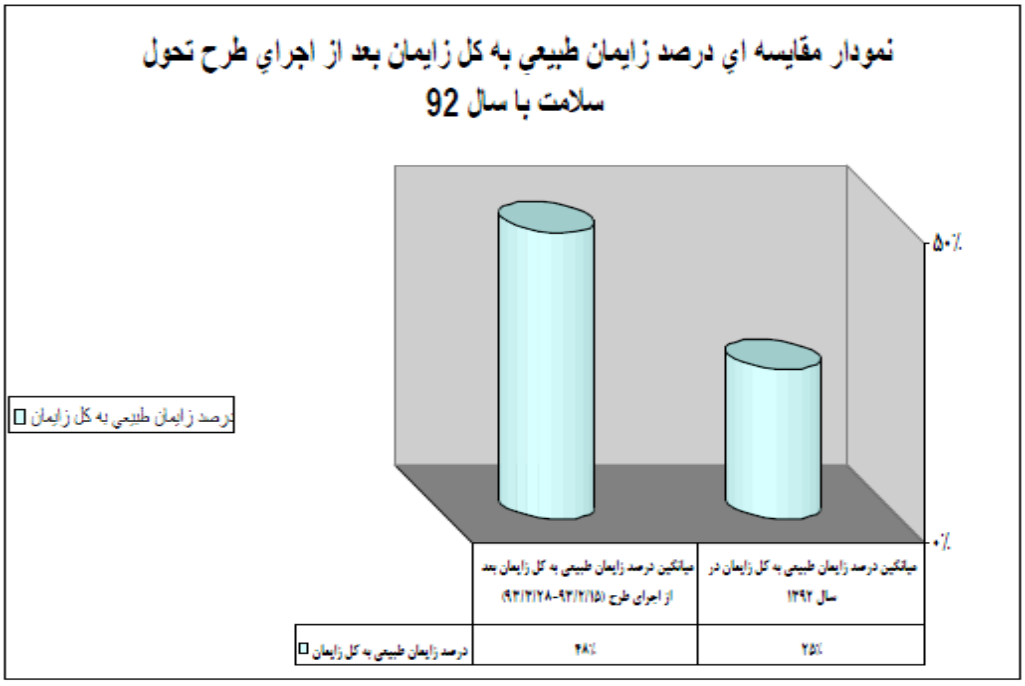
است. پنج ناحیه اداری که توسط شوراهای منتخب دموکراتیک اداره می‌شوند، مسئولیت برنامه ریزی و تحویل خدمات تخصصی، وظایف مربوط به مراقبت و هماهنگی تخصص‌ها را بر عهده دارند. این نواحی امور مالی بیمارستان‌ها را مدیریت می‌کنند و اکثریت خدمات ارائه شده توسط پزشکان عمومی در دفاتر خصوصی، فیزیوتراپیست‌ها، دندانپزشکان و داروسازان را نظارت می‌کنند. شهرداری‌ها مسئول تأمین مالی و ارائه مراقبت‌های پرستاری، پرستاران خانگی، مراقبان بهداشتی، برخی از خدمات دندانپزشکی، خدمات بهداشتی مدرسه، مراقبت در منزل و درمان سوء مصرف مواد مخدر و الکل هستند. شهرداری‌ها همچنین مسئولیت پیشگیری و توانبخشی عمومی را بر عهده دارند. نواحی مسئول توانبخشی تخصصی هستند. همه ساکنان ثبت شده در دانمارک به‌طور خودکار حق بیمه بهداشت عمومی را دارند. در اصل، مهاجران و مراجعان ثبت نشده تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، اما برخی از پزشکان دانمارکی با ابتکار عملی داوطلبانه و خصوصی که توسط صلیب سرخ دانمارک جهت کمک به پناهجویان دانمارک پشتیبانی می‌شود، این جمعیت را برای دسترسی به مراقبت‌ها تحت پوشش قرار می‌دهند. مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش دولت شامل تمام مراقبت‌های اولیه، تخصصی، بیمارستان و مراقبت‌های پیشگیرانه است همچنین خدمات سلامت روانی و مراقبت‌های طولانی مدت از بیماری‌های مزمن را پوشش می‌دهد. خدمات دندانپزشکی به طور کامل برای کودکان زیر ۱۸ سال تحت پوشش قرار می‌گیرند. داروهای تجویزی سرپایی، مراقبت‌های دندانپزشکی بالغان، فیزیوتراپی و خدمات اپتومتری، یارانه می‌گیرند. در صورت نیاز به پرداخت هزینه توسط بیماران، این مبلغ با توجه به میزان درآمد و پس اندازهای افراد تعیین می‌گردد. وایستگان بیماران صعب‌العلاج می‌توانند برای رسیدگی به بیمارشان تا ۹ ماه مرخصی با حقوق از محل کارشان دریافت کنند. مسئولیت مراقبت‌های مزمن بین بیمارستان‌های منطقه‌ای، پزشکان عمومی و ارائه‌دهندگان خدمات شهری و محلی مبتنی بر شهریه است. مراقبت‌های مزمن در بیمارستان بر اساس همان خدمات بیمارستان‌های دیگر تأمین می‌شود. مراقبت دراز مدت در خارج از بیمارستان‌ها مبتنی بر نیاز است و توسط شهرداری‌ها سازمان یافته و تأمین می‌شود. اکثر مراقبت‌های درازمدت در منزل مطابق با یک ابتکار عمل سیاسی است تا افراد بتوانند تا زمانی که ممکن است در خانه باقی بمانند. مراقبت در منزل پس از ارجاع پزشکی به طور کامل تأمین می‌شود. مراقبت در منزل دائمی رایگان است. مراقبت‌های کوتاه مدت در منزل می‌تواند بر اساس درآمد افراد تعیین گردد. دولت دانمارک و مدیریت نواحی موافقت کرده‌اند که یک طرح مدیریت کیفیت جدید برای بیمارستان ها در سال ۲۰۱۷ برای جایگزینی مدل مبتنی بر اعتباربخشی موجود اجرا کنند. طرح جدید شامل مجموعه ای از شاخص های ملی است که سالانه منتشر می‌شود و اجازه می‌دهد که بیشتر مناطق و بیمارستان ها در ایجاد روال و استانداردهای کیفیت داخلی خود، آزادی بیشتری داشته باشند. این مدل جدید، اطلاعات را از متخصصان بهداشت و بیمارستان‌ها می‌گیرد که طرح مبتنی بر اعتباربخشی را بیش از حد سنگین و غیرقابل انعطاف می‌دانند. طرح جدید که قابلیت انعطاف بیشتری دارد بر اساس ایده‌هایی از «فرهنگ بهبود دائمی» و «مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر ارزش» است. طرح مبتنی بر اعتباربخشی موجود برای مراقبت‌های اولیه و شهرداری‌ها ادامه خواهد یافت. بسته‌های ارتقای سلامت اداره بهداشت دانمارک مسئول انتقال اطلاعات به مردم و مقامات در مورد وضعیت سلامت جمعیت دانمارک، عوامل خطرزای مرتبط با سلامتی و جلوگیری از شیوه زندگی ناسالم است. برای این منظور اداره بهداشت دانمارک مواد آموزشی مفصل را توسعه داده است، پویش های اطلاعاتی را راه‌اندازی کرده و راهنمایی‌های فنی در مورد تعدادی از عوامل خطر را ارائه می‌دهد. ۱۱ اصطلاح «بسته های ارتقای سلامت» در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ برای کمک به تصمیم گیرندگان و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در تعیین اولویت‌ها در هنگام برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی تلاش‌های ارتقای سلامتی در سطح محلی منتشر شد. این بسته‌ها حاوی توصیه‌هایی بر اساس دانش علمی برای حمایت از کار پیشگیرانه شهرداری‌ها هستند. پیاده‌سازی بسته‌ها توسط مرکز پیشگیری عملی ایجاد شده توسط دولت محلی دانمارک، انجمن ملی شهرداری‌ها پشتیبانی می‌شود. هر بسته ارتقای سلامت شامل توصیه‌های سطح پایه و شاخص‌های عملکرد برای چهار حوزه فعالیت است: چارچوب (برنامه ها و سیاست‌ها در سطح شهرداری)، ابتکارات (مشاوره، آموزش، درمان)، اطلاعات و آموزش (اطلاعات، بازاریابی خدمات پیشگیرانه محلی، حمایت از ابتکارات ملی/ مرکزی)، تشخیص زودهنگام (غربالگری و تشخیص زودهنگام عوامل خطر). در حال حاضر والدین پس از تولد کودکشان می‌توانند از ۲۵ هفته مرخصی با حقوق استفاده کنند. قانون کلی این است که مادر حق ۴ هفته مرخصی را قبل از تولد کودک و ۱۴ هفته بعد از زایمان را دارد. پدر کودک می‌تواند ۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

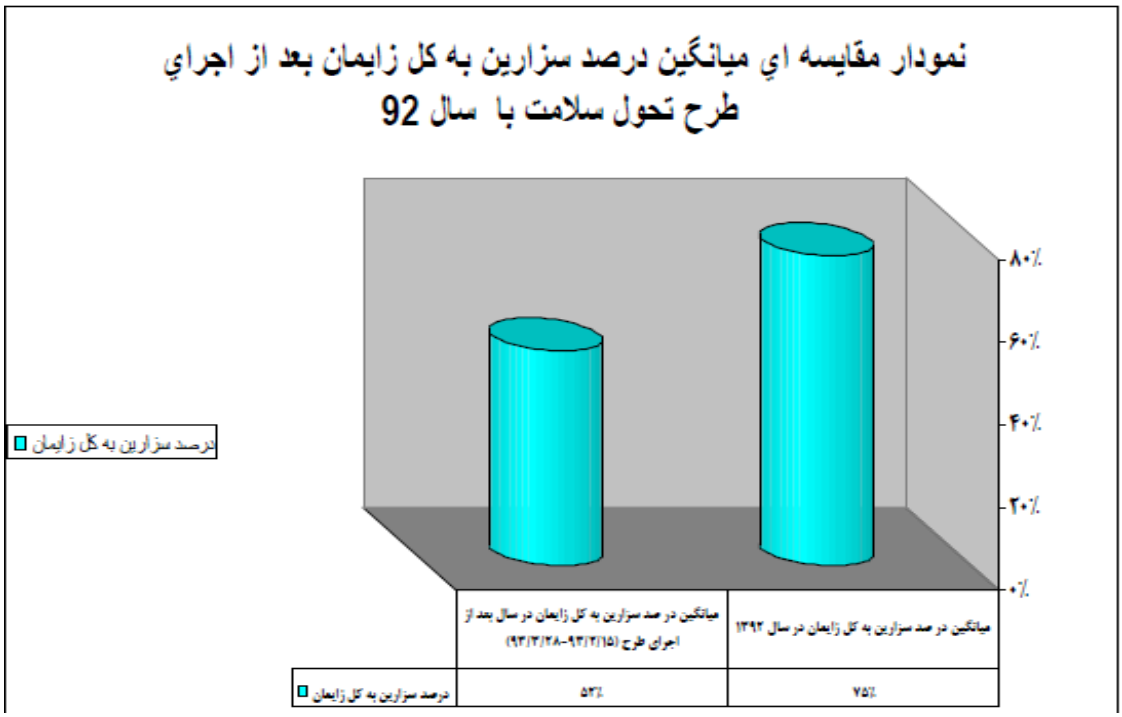
هفته مرخصی در طی ۱۴ هفته اول تولد کودکش را داشته باشد. سپس ۳۲ هفته دیگر را پدر و مادر می‌توانند تصمیم بگیرند که کدام‌یک از مرخصی استفاده کنند. آن‌ها می‌توانند از این زمان به نوبت و یا هم‌زمان با یکدیگر استفاده کنند. اگر یکی از والدین در سوئد کار می‌کند آن‌ها می‌توانند به‌طور هم‌زمان ۳۰ روز مرخصی داشته باشند که این زمان مجزا از ۲ هفته مرخصی پدر است. شایان ذکر است که مرگ‌ومیر مادری در این کشور ۶ در صدهزار تولد گزارش شده است. شرکت فیلیپس با همکاری بیمارستان Nordsjællands و Wave care ApS یک مفهوم نوآورانه را ایجاد کرده است که در آن تونهای تسکین دهنده، تغییر رنگ و تصویر بر روی دیوار محیط آرام و حساس را برای مادران، خانواده ها و کارکنان پزشکی ایجاد می‌کنند. بخش زایمان در بیمارستان Nordsjællands امروزه دو تأسیسات جدید نامیده شده به نام «اتاق‌های تولد حساس» را افتتاح کرده است. در آینده، آن‌ها برای انجام زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرند. این اتاق که می‌تواند در یک لحظه از یک اتاق زایمان معمولی به اتاق حسی تغییر داده شود. تصاویر، نور و صدا با هم برای ایجاد محیط آرامش بخش و محرک وجود دارند. این تمهیدات شامل یک برنامه ویژه صوتی و تصویری در نظر گرفته شده برای حمایت از ریتم تنفس زن در مراحل لیبر است. همچنین ریتم جنبشی را نشان می‌دهد که به صورت بصری در پانل پارچه متحرک بزرگ و از طریق نور و صدا در اتاق نمایش داده می‌شود [۱۳]؛ اما در کشورهای آفریقایی مرگ‌ومیر بسیار بالاست. در غنا در سال ۲۰۱۳ این میزان به ۳۸۰ مرگ در صدهزار تولد زنده رسید.

پژوهش‌ها نشان داده است که ارائه خدمات حرفه‌ای مامایی می‌تواند تا حد زیادی مرگ‌ومیر را کاهش دهد. در سال ۲۰۱۰ تنها ۶۸٪ مادران با حضور مامای حرفه‌ای زایمان کرده بودند. در سال ۲۰۰۵ سرویس بهداشتی غنا یک راهبرد پایلوت اجرا کرد که شامل استفاده از برنامه خدمات و سلامت مبتنی بر جامعه (CHPS) Community-based Health Planning and Services و برنامه آموزش مراقبان سلامت جامعه (CHOs) Community Health Officers به‌عنوان ماما برای پوشش فاصله موجود در خدمت‌رسانی حرفه‌ای در مناطق روستایی بود. نتایج یک پژوهش نشانگر آن است که: ماماهای CHO خدمات یکپارچه‌ای را فراهم کردند که شامل زایمان حرفه‌ای در مناطق CHPS می‌شد. ماماها با سازمان‌های مردم نهاد برای عرضه خدمت زایمان حرفه‌ای مشارکت کردند. آن‌ها زنان باردار پرخطر را به بیمارستان‌های مشخص و مراکز بهداشتی برای مراقبت ارجاع می‌دادند و بدین‌وسیله پیشرفتی در سیستم ارجاع در اینجا مشاهده شد. ذینفعان گزارش کردند که افراد جامعه به خدمات زایمان حرفه‌ای، آموزش سلامت، مراقبت‌های قبل و بعد از تولد در مناطق روستایی دسترسی دارند. برای ماماهای CHO انگیزه‌های مالی و غیرمالی برای دستیابی به حداکثر عملکرد بهینه فراهم شد. چالش اولیه که باقی ماند شامل مامای ناکافی، حمل‌ونقل ضعیف و ضعف فرا سازمانی بود [۱۵].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

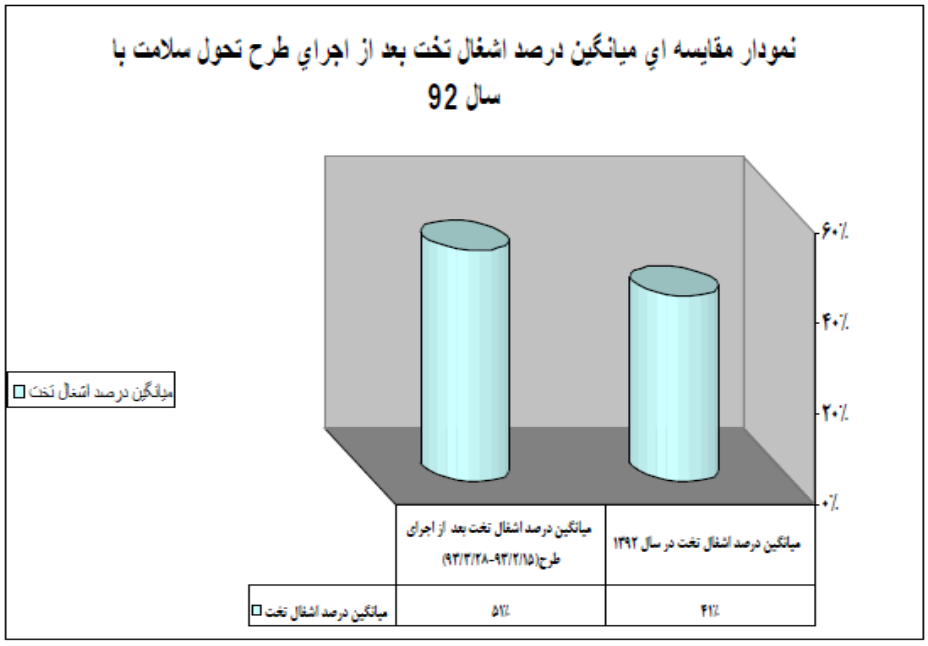


نمودار ۱: نمودار نشان‌دهنده درصد زایمان طبیعی، سزارین و اشغال تخت



نمودار ۲: نمودار نشاندهنده میزان کاهش سزارین از ۷۵٪ به ۵۲٪

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]



نمودار ۳: نمودار افزایش ۱۰ درصدی اشتغال تخت‌های بیمارستان پس از اجرای طرح

جدول ۱: توزیع افراد مورد بررسی بر حسب اندیکاسیون های سزارین قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در زنان مراجعه کننده به بیمارستان نظام مافی شوش

اندیکاسیون‌های سزارین	سال ۹۲	سال ۹۳	p-value
سزارین به دلخواه	۹ (۱/۱۵)	۱۰ (۱/۳۰)	۰/۵۶
سزارین قبلی	۳۰۳ (۳۵/۸۰)	۳۹۳ (۵۲/۵۰)	۰/۰۵
نمایش غیرطبیعی جنین	۳۵ (۴/۱۳)	۴۸ (۶/۴۰)	۰/۶۸
دیسترس جنینی	۲۱ (۲/۵۰)	۴۷ (۶/۳۰)	۰/۱۰
عدم تطابق سرجنین و لگن	۱۹۱ (۲۲/۶۰)	۶۲ (۸/۳۰)	۰/۰۴
عدم پیشرفت	۳۲ (۳/۸۵)	۳۲ (۴/۳۰)	۱
چند قلویی	۹ (۱/۱۵)	۱۲ (۱/۶۰)	۰/۶۱
حاملگی پس از موعد	۲ (۰/۲۵)	۰ (۰/۰۰)	۰/۱۳
جفت سر راهی	۲ (۰/۲۵)	۰ (۰/۰۰)	۰/۱۳
دکولمان	۱۲ (۱/۴۲)	۵ (۰/۷۰)	۰/۲۴
دفع مکونیوم	۳۸ (۴/۵)	۲۰ (۲/۷۰)	۰/۰۴
نامعلوم	۸ (۱/۵۰)	۳۶ (۴/۸۰)	۰/۰۱
سایر علل	۱۸۵ (۲۱/۹۰)	۸۳ (۱۱/۱۰)	۰/۰۰۴
مجموع سزارین	**۸۴۷ (۴۹/۵۶)**	**۷۴۸ (۳۲/۱۰)**	**۰/۰۲**

بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج مطالعات مشخص شد که این طرح موجب شده تا از میزان شیوع سزارین در مراکز آموزشی درمانی تابعه دانشگاه های علوم پزشکی کاسته شود، اما این کاهش هنوز با استانداردهای جهانی فاصله دارد. نتایج نشانگر افزایش میزان رضایت‌مندی مادران باردار بستری بود. پزشکان به دلیل افزایش درآمد بیش از سایرین از اجرای طرح رضایت داشتند. اما در مورد سایر پرسنل، مهمترین دلیل عدم رضایت، میزان درآمد آنها بود. در مطالعات بررسی شده، یکی از مهمترین عوامل سوق دهنده بیماران به سمت زایمان طبیعی و بیمارستانهای دولتی علاوه بر بهره مندی از مزایای مالی طرح، ماماهای شاغل در این مراکز بودند که به عنوان ذینفعان این طرح در نظر گرفته نشده‌اند. هرچند حتی ماماهای شاغل در بیمارستانها نیز به دلیل بی عدالتی نظام پرداخت از اجرای طرح ناراضی هستند. با توجه موارد گفته شده و همچنین مشکلات بیمه سلامت به دلیل کمبود بودجه، لازم است طرح تحول سلامت مورد تجدید نظر قرار گیرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]

سهم نویسندگان

مینور لمیعیان: پردازش ایده اولیه، تبیین روش‌شناسی، نظارت بر نحوه انجام پژوهش

کتایون جلالی اریا: جستجو در پایگاههای علمی و تدوین پیش نویس اولیه

رزا هورسان: تدوین پیش نویس اولیه، جستجو در پایگاههای علمی

معصومه علیجان پور: تدوین پیش نویس اولیه، جستجو در پایگاههای علمی

زهرا دانشفر: تدوین پیش نویس اولیه، جستجو در پایگاههای علمی

محبوبه رسول‌زاده بیدگلی: تدوین پیش نویس اولیه، جستجو در پایگاههای علمی، ویرایش نهایی

منابع

1. Heydarian V, Vahdat SH. Effect of health sector evolution on pay out of pocket, in selected public hospitals in Isfahan. Journal of Medical Council of I.R.I 2015; 33:187-194 [in Persian]

2. Zandian H, Tourani S, Moradi F, Zahirian Moghadam T. Effect of Health Sector Evolution Plan on the Prevalence and costs of Caesarean section and natural childbirth. Payesh 2017; 16: 411-419 [in Persian]

3. Razmara H, Razmara M, Javadinia A. Health system transformation plan and medical education; The need to provide an educational attachment. Strides in Development of Medical Education 2016; 12: 790-789 [in Persian]

4. Seidali A, Namazi N. Assessment of changes in cesarean indications before and after the implementation of health sector evolution plan in pregnant women referred to Nezam-Mafi hospital, Shoush, Khoozestan province in 2013-2014. Pajoohandeh 2016; 20: 315-319 [in Persian]

5. Available at http://sbmu.ac.ir/index.jsp?siteid=440&fkeyid=&siteid=440&pageid=24026. [Access date 2021/03/27]

6. Piroozi B, Moradi G, Esmail Nasab N, Ghasri H, Farshadi S, Farhadifar F. Evaluating the effect of health sector evolution plan on cesarean rate and the average costs paid by mothers: A case study in Kurdistan province between 2013-2015. Hayat 2016; 22:245-254 [in Persian]

7. Afshari S, Ebrahimzadeh J, Mohammadiyan MH, Yadegarfargh G, Soleimani F, Etemadi M. How much health sector evolution plan change the cesarean section rate? Comparative study of Cesarean rate in Hospitals affilliated to Isfahan University of Medical Sciences. National Conference on the Review of the Functioning of the Eleventh Government in the Field of Health; Tehran. tehran: Iranian Journal of Medical Education; 2015;2: 75 [in Persian]

8. Zarei E, Majidi S, Anisi S, Bay V. Achievement of health sector evolution objectives in the vaginal delivery promotion plan: A study in a large public hospital in Tehran. Journal of Health in the Field. 2015; 3: Page 27-32 [in Persian]

9. Available at http://www.abzums.ac.ir. [Access date 2021/03/27]

10. Godarzi L, Kheiri F, Khaki A. Health sector evolution plan with confirmation on NVD promotion in hospitals. National confrance of performance criticism the 11th government. 1394. Tehran. Available at http:// www.healhtgov11.ir. [Access date 2021/03/27]

11. Moradi Gh, Farhadifar F, Piroozi B, Mohamadi Bolbanabad. An Assessment of Promoting Natural Childbirth Package in Health Reform Plan from the Opinion of Stakeholders in Hospitals of Kurdistan University of Medical Science. Hakim Health Systems research journal 2015; 19: page 103-110 [in Persian]

12. Moradi-Lakeh, M., & Vosoogh-Moghaddam, A. Health Sector Evolution Plan in Iran; Equity and Sustainability Concerns. International journal of health policy and management 2015; 4: 637–640. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.160

13. Available at http://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/. Health care in Denmark 2017. [Access date 2021/03/27]

14. Improving the Quality of Care for Reproductive, Maternal, Neonatal, Child and Adolescence Health in the WHO European Region. A Regional Framework to Support the Implementation of Health 2020. Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/330957/RMNCAH-QI-Framework.pdf.

15. Sakeah E, McCloskey L, Bernstein J, Kojo Yeboah-Antwi K, Mills S & Doctor H V. Can community health officer-midwives effectively integrate skilled birth attendance in the community-based health planning and services program in rural Ghana? Reproductive Health 2014; 11: 90

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.4.3.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.4.439]