

مقایسه میزان زایمان‌ها به روش طبیعی و سزارین در دوره شش ماهه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان‌های دولتی استان کرمان

روح‌الله زابلی^۱، زینب مالمون^۲، محمدرضا سلطانی زرنندی^۳

چکیده

مقدمه: دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی با هدف ارتقاء شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان و در چهارچوب برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت، ابلاغ و اجرا گردیده است. هدف این مقاله، مقایسه میزان زایمان‌ها به روش طبیعی و سزارین در دوره شش ماهه بعد از اجرای طرح تحول سلامت و دوره مشابه قبل از آن در بیمارستان‌های استان کرمان بود.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی، مقطعی است. داده‌های مطالعه از اسناد و مدارک ارسال شده به مرکز آمار و اداره مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان استخراج شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آمار توصیفی و t-test زوجی انجام گرفت.

نتایج: از مجموع کل ۷ بیمارستان مورد مطالعه در استان کرمان، از ۶۵۵۹ زایمان انجام گرفته در شش ماهه قبل از اجرای طرح ۳۴۰۹ مورد (۵۱/۹۷ درصد) و از ۶۹۹۲ زایمان انجام گرفته در شش ماهه بعد از اجرای طرح، ۳۹۶۸ مورد (۵۶/۵۷ درصد) به صورت زایمان طبیعی انجام گرفته است. بر اساس یافته‌ها، نسبت زایمان‌های طبیعی در کل بیمارستان‌های مورد مطالعه، به کل زایمان‌ها حدود ۴/۷۵ درصد رشد داشته است. اما این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P\text{-value} = ۰/۰۹۳$).

بحث و نتیجه‌گیری: با وجود دستیابی نسبی به اهداف طرح، در ادامه باید موارد دیگری همچون تمرکز بر پزشکان معالج و افزایش سطح آگاهی و تغییر نگرش افراد جامعه به ویژه خود مادران باردار انجام شود تا دستیابی به نتایج مطلوب با سرعت بهتری صورت گیرد.

واژگان کلیدی: اصلاحات سلامت، زایمان طبیعی، سزارین، نظام سلامت.

مقدمه

به دنیا آوردن فرزند، بزرگ‌ترین رویداد در زندگی یک زن است به طوری که هیچ‌یک از رویدادهای زندگی چنین آثار جسمانی، عاطفی و اجتماعی بر زندگی یک زن و نزدیکان او ندارد (۱). زایمان عبارت است از خارج شدن یا خارج کردن جنین، جفت و غشاهای جنینی در زمان تولد (۲). زایمان‌ها به دو روش طبیعی (و سزارین Secarian (SC)

انجام می‌گیرند (۳). در زایمان طبیعی، جنین از طریق کانال زایمانی و مهبل خارج می‌گردد (۴). درحالی‌که زایمان به روش سزارین از طریق برش قسمت تحتانی دیواره شکم و رحم مادر انجام می‌گیرد (۵). علت نام‌گذاری عمل سزارین مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد به علت نام جولوس سزار (Julius Caesar) باشد که اولین بار برای به دنیا آوردن وی مورد استفاده قرار گرفت (۶).

۱- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران، ایران

Email: zemalmoon@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: زینب مالمون

آدرس: تهران، میدان ونک، خیابان یاسمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران | تلفن: ۰۲۱-۸۲۴۸۲۵۲۰ | فاکس: ۰۲۱-۸۲۴۸۳۴۲۵

بر اساس مطالعات انجام گرفته ۸۵ تا ۹۰ درصد زایمان‌ها از طریق طبیعی قابل انجام هستند و هدف سازمان بهداشت جهانی دسترسی به میزان ۱۵ درصد سزارین نسبت به کل زایمان‌ها تا سال ۲۰۱۰ بوده است. اما این آمار در اکثر کشورهای در حال توسعه بالاتر از ۵۰ درصد می‌باشد (۷). سازمان بهداشت جهانی میزان قابل قبول سزارین را حداکثر ۱۵-۱۰ درصد می‌داند و اعلام نموده که هیچ توجیهی برای افزایش آن وجود ندارد (۸). اما افزایش قابل توجه در میزان سزارین در سراسر جهان به عنوان یکی از معضلات سیستم بهداشتی شناخته شده است. به تخمین سازمان بهداشت جهانی میزان سزارین در سال‌های اخیر به طور متوسط ۱۰ تا ۱۵ درصد در همه کشورها افزایش یافته است (۹). متأسفانه انجام سزارین برای فرار از درد به یک فرهنگ تبدیل شده است. آگاهی ناکافی و نگرش منفی نسبت به زایمان طبیعی یکی از دلایل مهم انتخاب سزارین توسط زنان باردار می‌باشد (۱۰).

اکثر پزشکان روش زایمانی را به بیمارانشان توصیه می‌کنند که برای خودشان ایمن‌تر باشد و این پیشنهاد تحت تأثیر عواملی همچون سن بیمار، وضعیت زناشویی و سابقه بارداری وی می‌باشد (۱۱). ضروری است یکی از نکاتی که متخصصان بالینی بایستی در انتخاب روش زایمان مدنظر داشته باشند، احتمال بروز پیامدهای منفی برای نوزادان است (۱۲). همچنین سزارین می‌تواند بروز مداخلات جراحی و مشکلات ناشی از بستری در بیمارستان و متعاقب آن، کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳).

تحقیقات متعددی در زمینه تأثیر سزارین بر سلامت مادر و کودک در دنیا به انجام رسیده است. در حال

حاضر اندیکاسیون‌های قطعی سزارین شامل شرایطی می‌باشد که حیات مادر یا جنین را به خطر می‌اندازد، در عین حال میزان مرگ‌ومیر مادران در سزارین انتخابی و اورژانس در مقایسه با زایمان طبیعی به ترتیب حدود هشت و نه برابر بیشتر می‌باشد (۱۴). زایمان به طریق سزارین حتی می‌تواند باعث کاهش هموگلوبین و هماتوکریت نوزاد و بروز کم‌خونی فقر آهن در آینده گردد (۱۵). افزایش بروز عوارض مادری در زایمان سزارین در مقایسه با روش زایمان طبیعی و نهایتاً بار مالی ناشی از این جراحی بزرگ انکارناپذیر است (۱۶). زایمان تأثیرات متفاوتی بر اعضای بدن به ویژه اندام‌های تناسلی نیز دارد که اختلال آن‌ها می‌تواند باعث اختلالات جنسی گردد (۱۷). حتی برای حفظ عملکرد طبیعی جنسی، سزارین انتخابی بر زایمان طبیعی ارجحیت ندارد (۱۸).

عوامل درمانی و پزشکی، همیشه تنها علت سزارین به‌ویژه در بیمارستان‌های خصوصی نیستند (۱۹). متأسفانه انگیزه‌های مالی برای دریافت حق‌الزحمه بیشتر توسط برخی متخصصان گاهی مهم‌ترین علت افزایش سزارین مطرح شده است (۱۶). از دیگر عوامل غیردرمانی مؤثر بر انتخاب سزارین می‌توان به عوامل مربوط به مادر از جمله تقاضا، سن، تجربه قبلی زایمان، سطح تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی و عوامل دیگری همچون پوشش بیمه، نوع و تسهیلات بیمارستان، آزادی انتخاب مادران، مسائل قانونی، توان مالی و القا و توصیه نوع زایمان توسط پزشک اشاره کرد (۲۰).

ایران در حال حاضر دومین میزان سزارین در جهان را داراست و در طول سال‌های اخیر سیاست‌ها و برنامه‌های مختلفی برای کاهش میزان آن مورد توجه

مشابه قبل از آن در بیمارستان‌های استان کرمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی بود که در آن تعداد کل زایمان‌های طبیعی و سزارین صورت گرفته در بیمارستان‌های دولتی استان کرمان طی مدت شش ماه بعد از اجرای طرح تحول سلامت با مدت مشابه سال قبل مورد مقایسه گرفت. بیمارستان‌های غیردولتی به علت عدم اجرای طرح تحول سلامت و بیمارستان‌های دولتی فاقد زایشگاه یا اتاق عمل سزارین در مطالعه وارد نشدند.

پژوهشگر برای انجام پژوهش پس از اخذ نامه مجوز از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان مراجعه نمود و مجوز مسئولین مربوطه نیز اخذ گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از اسناد و مدارک ارسال شده به مرکز آمار و اداره مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان استفاده شد.

روش جمع‌آوری اطلاعات در این مقاله بدین صورت بود که پژوهشگر شخصاً به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مراجعه نمود. به علت ارسال آمار به صورت ماهانه و عدم دسترسی به تعداد دقیق زایمان‌ها در نیمه دوم اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ که زمان شروع طرح تحول سلامت بوده است، به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش مربوط به بعد از اجرای طرح در هر بیمارستان از آمار زایمان‌های انجام گرفته از ابتدای خرداد تا پایان آبان ماه ۱۳۹۳ و برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به قبل از اجرای طرح از آمار زایمان‌های انجام گرفته در مدت مشابه سال قبل هر بیمارستان استفاده گردید.

قرار گرفته است (۲۱). یکی از این برنامه‌ها، دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی است که با هدف ارتقاء سلامت مادران و نوزادان از اولین روز اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های کشور اجرا شد (۲۲). بر این اساس هر دانشگاه، بیمارستان و یا متخصص زنان مکلف است با توجه به میزان پایه سزارین خود در ابتدای طرح، میزان سزارین را هر سه ماه به میزان ۲/۵٪ پایه کاهش دهد، به نحوی که در پایان شش ماه، پنج درصد میزان پایه و در پایان سال، به میزان ده درصد وضعیت پایه کاهش یابد (۲۳).

افزایش رضایت‌مندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان، کاهش پرداخت از جیب مردم (رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولت)، و افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت جهت افزایش میزان زایمان طبیعی در مراکز دولتی از سایر اهداف اختصاصی این طرح است (۲۴). از آنجایی که طرح تحول سلامت با بودجه‌ای هنگفت و در راستای ابعاد مختلفی در کشور در حال انجام است و یکی از ابعاد اصلی این طرح ارتقای کیفیت خدمات زنان و زایمان از طریق کاهش میزان سزارین و افزایش زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی است، ضروری است تا پس از گذشت دو سال از اجرای این طرح اثرات کوتاه‌مدت آن مشخص گردد تا میزان اثربخشی آن بعد از طرح تحول و میزان دستیابی به اهداف تبیین شود تا ابزار مناسبی را در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهد تا بتواند اقدامات اصلاحی را در صورت لزوم به انجام برسانند. این پژوهش با هدف بررسی مقایسه ای میزان زایمان‌ها به روش طبیعی و سزارین در دوره شش ماهه بعد از اجرای طرح تحول سلامت و دوره

نتایج

براساس یافته‌های جدول ۱ از مجموع کل بیمارستان‌های استان کرمان، ۷ بیمارستان شرایط شرکت در این طرح را داشتند که به ترتیب الفبا عبارت‌اند از بیمارستان افضل‌پور کرمان، امام رضا (ع) سیرجان، حضرت قائم (عج) بردسیر، خاتم‌الانبیاء بافت، سینای زرنند، علی‌ابن‌طالب (ع) راور و ولی‌عصر (عج) شهربابک. از مجموع کل ۶۵۵۹ زایمان انجام گرفته در شش ماهه قبل از اجرای طرح در بیمارستان‌های مورد مطالعه، ۳۴۰۹ مورد (۵۱/۹۷ درصد) و از مجموع کل ۶۹۹۲ زایمان انجام گرفته در شش ماهه بعد از اجرای طرح، ۳۹۶۸ مورد (۵۶/۵۷ درصد) به صورت زایمان طبیعی انجام گرفته‌اند.

اطلاعات به دست آمده از معاونت درمان در فرم جمع‌آوری داده‌ها وارد گردید. پس از تکمیل فرم جمع‌آوری داده‌ها به منظور تکمیل داده‌های نامناسب و اطمینان از صحت داده‌ها در موارد ضروری با بیمارستان‌ها تماس گرفته شد و اطلاعات تکمیل گردید. اطلاعاتی که در فرم ناقص بوده‌اند از تحلیل کنار گذاشته شد. در گردآوری داده‌ها تمام آمار زایمان‌های طبیعی و سزارین هر بیمارستان به تفکیک ماه‌های مورد مطالعه و بر حسب تعداد، از مرکز آمار و اداره مامایی دریافت و در نرم‌افزار اکسل وارد شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و t-test زوجی انجام گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: تعداد زایمان‌های طبیعی و سزارین‌ها به تفکیک ماه در دو دوره شش ماهه مورد بررسی

نام بیمارستان	شاخص	سال ۱۳۹۲					سال ۱۳۹۳						
		خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان
افضل‌پور کرمان	زایمان طبیعی	۲۲۵	۱۸۴	۲۲۷	۲۱۵	۱۷۲	۱۹۶	۲۴۹	۲۱۱	۲۳۷	۲۴۴	۱۹۱	۲۰۴
	سزارین	۲۶۷	۲۴۴	۲۷۱	۲۲۸	۲۶۸	۲۵۴	۲۶۰	۲۴۴	۲۵۶	۲۷۵	۲۶۰	۲۶۵
امام رضا (ع) سیرجان	زایمان طبیعی	۱۶۷	۱۴۸	۱۴۰	۱۷۲	۱۶۱	۱۵۳	۱۶۵	۱۳۰	۱۵۹	۱۵۵	۱۶۷	۱۱۷
	سزارین	۶۳	۹۳	۷۴	۸۷	۷۷	۶۵	۸۹	۹۳	۷۹	۸۵	۴۹	۶۷
حضرت قائم (عج) بردسیر	زایمان طبیعی	۱۰	۱۹	۲۷	۲۸	۲۰	۲۰	۴۰	۴۰	۳۳	۳۶	۳۴	۲۹
	سزارین	۲	۲۴	۱۲	۱۵	۱۲	۲۴	۱۳	۲۴	۲۳	۲۵	۱۶	۱۹
خاتم‌الانبیاء بافت	زایمان طبیعی	۸۲	۸۰	۹۵	۹۹	۹۲	۶۹	۹۰	۱۰۶	۱۲۰	۸۴	۶۸	۶۸
	سزارین	۹۷	۳۴	۸۳	۷۵	۵۴	۶۴	۲۷	۳۴	۳۸	۲۶	۴۱	۲۹
سینای زرنند	زایمان طبیعی	۶۲	۶۹	۴۰	۳۴	۴۲	۴۶	۸۶	۱۱۱	۱۱۳	۱۱۹	۵۷	۹۴
	سزارین	۷۹	۵۷	۵۹	۴۴	۴۲	۴۸	۴۴	۵۷	۶۴	۷۰	۳۸	۵۷
علی ابن ابی‌طالب (ع) راور	زایمان طبیعی	۱۸	۲۲	۱۰	۱۸	۹	۱۱	۲۷	۲۵	۳۵	۲۵	۲۲	۱۹
	سزارین	۱۳	۱۷	۹	۲۱	۹	۹	۸	۱۷	۱۴	۱۴	۱۱	۱۶
ولی‌عصر (عج) شهربابک	زایمان طبیعی	۶۴	۶۰	۲۴	۲۹	۲۱	۲۹	۴۴	۵۳	۶۳	۲۹	۲۷	۴۲
	سزارین	۵۶	۵۴	۳۲	۱۹	۲۲	۲۰	۴۴	۵۴	۶۱	۳۳	۳۹	۴۶

سلامت، ۵۶/۷۵ درصد بوده است یعنی حدود ۴/۷۵ درصد افزایش داشته است. میانگین و انحراف معیار تعداد زایمان‌های طبیعی در دوره ۶ ماهه قبل از طرح تحول نظام سلامت ۱۶۸±۴۷۸ و بعد از آن ۱۶۱±

نتایج ارائه شده در جدول ۲ چنین نشان می‌دهد که درصد کل زایمان طبیعی از کل زایمان‌ها در شش ماه قبل از اجرای طرح ۵۱/۹۷ درصد بوده است و این میزان در شش ماهه بعد از اجرای طرح تحول

زایمان‌ها و سزارین‌ها در ۶ ماهه قبل و بعد از اجرای طرح تحول از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P=0/093$).

۵۶۶ بود. میانگین و انحراف معیار تعداد سزارین‌ها در دوره ۶ ماهه قبل از طرح تحول نظام سلامت 450 ± 189 و بعد از آن 432 ± 194 بوده است. آزمون تی تست زوجی نشان داد که این اختلاف میانگین

جدول ۲: بررسی مقایسه‌ای تعداد کل زایمان‌های طبیعی و سزارین به نسبت زایمان‌های طبیعی به کل زایمان‌ها در شش ماهه قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت

نام بیمارستان	قبل از اجرای طرح تحول			بعد از اجرای طرح تحول			درصد تغییرات
	تعداد زایمان‌های طبیعی	تعداد سزارین‌ها	کل زایمان‌ها	تعداد زایمان‌های طبیعی	تعداد سزارین‌ها	کل زایمان‌ها	
افضلی پور کرمان	۱۲۱۹	۱۵۳۲	۲۷۵۱	۱۳۳۶	۱۵۶۰	۲۸۹۶	+۱/۸۲
امام رضا (ع) سیرجان	۹۴۱	۴۳۶	۱۳۷۷	۸۹۳	۴۶۲	۱۳۵۵	-۲/۴۴
حضرت قائم (عج) بردسیر	۱۲۴	۸۵	۲۰۹	۲۱۲	۱۲۰	۳۳۲	+۴/۵۳
خاتم‌الانبیا بافت	۵۱۷	۴۶۳	۹۸۰	۵۳۶	۱۹۵	۷۳۱	+۲۰/۴۶
سینای زرنند	۲۹۳	۳۵۴	۶۴۷	۵۸۰	۳۳۰	۹۱۰	+۱۸/۴۵
علی‌ابن‌ابی طالب (ع) راور	۸۸	۷۴	۱۶۲	۱۵۳	۸۰	۲۳۳	+۱۱/۳۵
ولی عصر (عج) شهربابک	۲۲۷	۲۰۶	۴۳۳	۲۵۸	۲۷۷	۵۳۵	-۴/۲
کل بیمارستان‌ها	۳۴۰۹	۳۱۵۰	۶۵۵۹	۳۹۶۸	۳۰۲۴	۶۹۹۲	+۴/۷۵

بحث

با توجه به این که بار اقتصادی جراحی سزارین در جامعه بالاتر از زایمان طبیعی است، باید از آن تنها در شرایطی استفاده نمود که برای سلامت مادران و نوزادان ضرورت دارد (۲۶). یکی از اهداف کلی دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی، کاهش میزان سزارین به پنج درصد میزان پایه پس از مدت شش ماه می‌باشد و ما در این بررسی به کاهش حدود ۷/۱۵ درصدی سزارین‌ها در شش ماهه دوم رسیده‌ایم، لذا می‌توان گفت که تا حدودی این طرح از نظر آماری توانسته است به هدف موردنظر دست یابد؛ هرچند در تحلیل داده‌ها این یافته معنی‌دار نمی‌باشد.

همان‌طور که در قسمت نتایج آورده شد، در مدت شش ماه مدنظر ما قبل از اجرای طرح، ۴۸/۰۳ درصد و در مدت بعد از اجرای طرح، ۴۳/۴۳ درصد از زایمان‌های انجام گرفته در بیمارستان‌های این مطالعه به روش سزارین به اتمام رسیده‌اند. هرچند کاهش تعداد سزارین‌ها را در دوره بعد از اجرای طرح در

بیمارستان‌های مورد مطالعه مشاهده می‌نماییم، اما باید اذعان داشت که آمار موجود، همچنان حاکی از بالا بودن تعداد سزارین‌ها می‌باشد چرا که میزان مطلوب سزارین بر اساس دستورالعمل بین ۲۵ تا ۳۰ درصد باشد (۲۴).

در مطالعه حاضر در بیمارستان‌های مورد مطالعه آمار سزارین بالا گزارش شده است. بنابراین میزان سزارین بالا در بیمارستان‌های مورد مطالعه، از آمار مطلوب جهانی و آمار مدنظر سازمان بهداشت جهانی بالاتر می‌باشد. تحقیقات بهمنش و همکاران (۲۵)، سکاکی و حاج میری (۲۶) و شاکری و همکاران (۱۴) نیز میزان سزارین بالا را در کشور نشان داده است و از این نظر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. مطالعه گودرزی و همکاران هم بعد از اجرای طرح تحول سلامت نشان داده است که سزارین در ایران نه تنها از متوسط جهانی، بلکه از بسیاری از کشورهای منطقه و در حال توسعه نیز بالاتر می‌باشد و نشان می‌دهد که دولت و وزارت کشور نتوانستند

در افزایش قابل توجه زایمان‌های طبیعی به موفقیت دست یابند و بایستی در این زمینه برنامه‌ریزی بیشتری کنند (۲۷). یکی از مهم‌ترین دلایل بالا بودن میزان سزارین در کشور علی‌رغم اجرای طرح تحول سلامت، بالا بودن میزان کلی آن نسبت به استاندارد جهانی قبل از اجرای این طرح بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرح تحول سلامت بر اساس برنامه پیش‌بینی شده موجب کاهش سزارین شده است. اما برای کاهش بیشتر باید مسائل فرهنگی و آموزش‌های متعددی نیز در جامعه صورت پذیرد.

به عقیده برخی محققان، تنها راه برای کمتر کردن میزان سزارین، آموزش مکرر است و این آموزش باید برای تمام سطوح بیمار، پرستار و پزشک انجام شود (۲۸). از طرف دیگر آگاه نمودن پزشکان و توجیه آن‌ها به منظور توصیه به بیماران کاندید سزارین انتخابی برای انتخاب زایمان طبیعی می‌تواند آمار سزارین را بسیار کاهش دهد (۱۱).

همان‌طور که قبلاً بیان گردید، یکی از مسائلی که باعث افزایش میزان سزارین گردیده است، مسائل قانونی است. در تحقیق فیروزی و هادی‌زاده طلا‌ساز، حدود ۴۹٪ از متخصصان زنان گزارش کردند که مهم‌ترین علت افزایش سزارین‌های آنان نسبت به پنج ساله گذشته، مسئولیت زایمان طبیعی و تمایل بیمار می‌باشد (۲۸). لذا یکی از مسائلی که مسئولان باید جهت ادامه طرح در نظر داشته باشند و حمایت‌های قانونی را نیز در مورد آن اعمال نمایند این است که ترس و واهمه از عوارض احتمالی زایمان طبیعی به افزایش این میزان منجر نشود.

از آنجا که عوامل بسیاری همچون تبعیت از دیگران به ویژه پزشک معالج (۲۶، ۱۶، ۹، ۱۱، ۱۴-۷)، محیط کاری (۲۸، ۱۶)، سطح آگاهی و نگرش مادران باردار

(۲۹، ۲۶، ۲۵، ۱۶، ۱۴، ۱۰، ۹، ۷) و نوع زایمان قبلی و تجربه شخصی (۳۰، ۲۸، ۲۶، ۲۰) در افزایش میزان سزارین‌ها نقش دارند، ادامه طرح بایستی با موارد دیگری همچون تمرکز بر پزشکان معالج و افزایش سطح آگاهی و تغییر نگرش افراد جامعه به‌ویژه خود مادران باردار همراه باشد تا دستیابی به نتایج مطلوب با سرعت بهتری صورت گیرد. مطالعه رحمتی و همکاران نیز تغییر در نگرش مادران را برای کاهش میزان سزارین، ضروری می‌دانند (۹). پیشنهاد می‌گردد این طرح در بیمارستان‌های غیردولتی نیز اجرا گردد تا بتواند در درازمدت به اهداف اصلی خود دست یابد، چرا که مواردی همچون عدم اصلاح دیدگاه بیماران در خصوص زایمان طبیعی و سزارین و یا قرارداد برخی متخصصان صرفاً با مراکز غیردولتی ممکن است بیماران را به سمت بیمارستان‌های غیردولتی روانه کند.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز در برداشت که مهم‌ترین آن دسترسی به داده‌ها و اطلاعات مربوط بود که با کاستی‌هایی همراه بود و بررسی دقیق علت سزارین به دلیل عدم ارسال دقیق از طرف بیمارستان‌ها امکان‌پذیر نشد. در نهایت باید اذعان داشت که این تحقیق صرفاً بر اساس آمار موجود در سامانه دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است و هیچ دلیل علمی دال بر مؤثر بودن طرح ترویج زایمان طبیعی بر کاهش میزان سزارین‌ها در بیمارستان‌های مذکور وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

کاهش تعداد سزارین‌ها در دوره بعد از اجرای طرح تحول در بیمارستان‌های مورد مطالعه مشاهده شد. لذا دستیابی به علل اصلی سزارین‌ها و همچنین اطمینان

بدین‌وسیله از معاونت محترم درمان، اداره مامایی، واحد آمار و سایر کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کرمان که در ارائه اطلاعات و داده‌های موردنیاز این طرح همکاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

از اثربخش بودن طرح، مستلزم تحقیقات بیشتر به‌ویژه به صورت کیفی و مصاحبه با گروه‌های مختلف از جمله زنان باردار، ماماها، متخصصان زنان و زایمان و مسئولان ذی‌ربط دیگر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

References

1. Asad zadeh F, Mashufy M, Homyoufar N, Imanparvar M, Azimi S, Soltani R. Sexual problems caused by vaginal delivery and cesarean section. *Journal of Health & Care* 2011; 13(3):41-6. Persian.
2. Boone KW, Whittenburg L, Saba VK. IHE Patient Care Coordination (PCC) Technical Framework Supplement; 2011.
3. Venes D. *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. 2th ed. London: F. A. Davis Company; 2013.
4. Black M, Bhattacharya S, Philip S, Norman JE, McLernon DJ. Planned Repeat Cesarean Section at Term and Adverse Childhood Health Outcomes: A Record-Linkage Study. *PLoS Med*. 2016;13(3):e1001973.
5. Mei-Dan E, Asztalos EV, Melamed N, Willan AR, Barrett JF. Induction of labor versus cesarean section in twin pregnancies: a secondary analysis of the Twin Birth Study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2016; 214(1):S164-5.
6. Kaur H, Kaur S, Sikka P. A quasi-experimental study to assess the effectiveness of early ambulation in post-operative recovery among post-caesarean mothers admitted in selected areas of Nehru Hospital, PGIMER, Chandigarh. *Nursing and Midwifery Research Journal*. 2015; 11(1):33-44.
7. Baghianimoghadam MH, Zolghadar R, Moghadam BB, Darayi M, Jozy F. Related factors to choose normal vaginal delivery by mothers based on Health Belief Model. *J Educ Health Promot*. 2012;1:17.
8. Amiri M, Raei M, Chaman R, Rezaee N. Investigating some of the factors influencing choice of delivery type in women working in Shahroud University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013; 20(106):1-9. Persian
9. Rahmati Najarkolaei F, Eshraghi T, Dopeykar N, Zamani O. Determinants of delivery type selection by using theory of planned behaviors (TPB). *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015; 12(12):1062-70. Persian
10. Abedyan Z, Navayi M, JafariSani H, Arani A, Ebrahimzadeh S. comparing the effect of two teaching methods, role playing and lecture on primigravida women's knowledge, attitude and performance according to delivery mode. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15(1):25-35.
11. Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, Ashrafinia N, Khazardoost S, et al. Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280(1):33-7.
12. Wankaew N, Jirapradittha J, Kiatchoosakun P. Neonatal morbidity and mortality for repeated cesarean section vs. normal vaginal delivery to uncomplicated term pregnancies at Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2013;96(6):654-60.
13. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:4.
14. Shakeri M, Mazlounzade S, Mohamaian F. Factors Affecting the Rate of Cesarean Section in Zanjan Maternity Hospitals in 2008. *J Zanjan Univ Med Sci* 2012; 20(80):98-104. Persian
15. Zibad HA, Moghadam KB, Moghadam MB, Binabaj NB, Rafat E. The correlation between type of delivery and umbilical cord blood hemoglobin and hematocrit in full- term neonates. *Journal of Isfahan Medical School*. 29(163):1298-1305. Persian.
16. Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Esmaeel AM. Attitude of pregnant women, midwives, obstetricians and anesthesiologists toward mode of delivery: a qualitative study. *Payesh*. 2011; 10(1):39-48. Persian
17. Makkii M, Yazdi NA. Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. *Tanzan J Health Res*. 2012;14(4):263-8.
18. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol J*. 2012;9(2):498-504.
19. Fabri RH, Murta EF. Socioeconomic factors and cesarean section rates. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;76(1):87-8.

20. Ostovar R, Rashidi BH, Haghallahi F, Fararoei M, Rasouli M, Naeimi E. Non-medical factors on choice of delivery (CS/NVD) in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. [dissertation] Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2013. Persian
21. Akbarzadeh F, Talaei A, Tavassoli F, Jalaliani S, Talebi M, et al. Psychological characteristics of women with vaginal delivery, elective and emergency cesarean section. Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2016; 58(10): 611-19. Persian
22. Hadizadeh F, Bahri N, Tavakolizadeh J. Comparison of depression after emergency cesarean section and vaginal delivery in nullipara pregnant women in 22 Bahman Gonabad hospitals (1382). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2005; 8(4):21-30. Persian.
23. Alimohamadian M, Shariat M, Mahmodi M, Ranezanzade F. Pregnant women request effect on the rate of elective cesarean. Payesh. 2003; 2(2):133-9. Persian
24. Ministry of Health, Treatment and Medical Training. The Program for the Promotion of Natural Childbirth. [cited 2016 Mar 15] Available from: <http://tahavol.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=426&fkeyid=&siteid=426&pageid=52669>
25. Behmanesh S, IranFar S, Kamravamanesh M, Rezayi M. Factors related to the selection of delivery methods in pregnant women (Kermanshah, 2010). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2010; 13(1):101-2. Persian
26. Sakkaki M, Hajimiri K. Causes of Cesarean Section in an Educational Hospital at Zanjan University of Medical Sciences. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2012; 1(2):21-8.
27. Goodarzi L, Khayyeri F, Meshkini A, Khaki A. Health System Transition plan with an emphasis on the Program for promoting Normal Delivery in Governmental hospitals covered by Medical Universities and Health Services. The National Congress of Criticizing the Performance of the Eleventh Government, in the Field of Health; 2015 May 5-6; Tehran: Universities of Medical Sciences across the country, Policies Council of the Ministry of Health and Medical Education, National Institute for Health Research of the Islamic Republic of Iran; 2015. p. 11.
28. Firoozi M, Hadizadeh Talasaz F. The Survey of attitude of gynecologists and midwives about vaginal birth after caesarean delivery and barriers from their views. Ofogh-e-Danesh. 2006; 12(2):26-33. Persian
29. Parajian T, Angle P, Kurtz Landy CM, Djordjevic J. A snapshot of women's attitudes and preferences toward labor epidural analgesia and cesarean delivery. Int J Anesth Res. 2016; 4(1):195-202.
30. Boskabadi H, Zakerihamidi M, Bagheri F. Outcomes of vaginal delivery and cesarean in Mashhad Ghaem University Hospital. Tehran Univ Med J. 2014; 71 (12):807-15. Persian

The Rate of Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section in Two Six Month Periods before and After the Health Reform Project in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences

Rouhollah Zaboli ¹, Zainab Malmoon ², Mohammadreza Soltanizerandi ³

Abstract

Background: The normal vaginal delivery (NVD) promoting plan, with the aim of improving mothers and children health, is one of the programs of the health system reform plan. The aim of this study was to compare the rates of NVD and cesarean section before and after the health system reform plan in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, data related to the total number of normal vaginal deliveries and cesarean sections were obtained from the documents sent to the census bureau and the department of midwifery of Kerman University of Medical Sciences. Data were analyzed through SPSS 19 and using paired t-test.

Results: From the 7 hospitals under study in Kerman Province, from a total of 6559 delivery cases in the six months before the implementation of the plan, 3409 ones (51.97%) and from 6992 delivery cases in the six months after the plan, 3968 ones (56.57%) were performed as normal vaginal delivery. This shows growth of normal vaginal delivery rate by 4.75% after the health system reform plan, but was not statistically significant ($P=0.093$).

Conclusion: In spite of partial achievement of the plan goals, other attempts such as focusing on physicians' attitudes increasing the knowledge and changing the attitudes of people in the society especially pregnant women are required to obtain desirable results with a better speed.

Keywords: Health Reform, Normal Vaginal Delivery, Cesarean Section, Health System

1- Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Public Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Student, Hospital Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MSc, Department of Health Services Management, School of Public Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Zainab Malmoon **Email:** zemalmoon@gmail.com

Address: Iran University of Medical Science, Faculty of Management and Information Sciences, Yasemi Avenue, Vank Square, Tehran

Tel: 021- 82483520 **Fax:** 021-82483425