

بررسی برنامه ترویج زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی در راستای طرح تحول نظام سلامت و دستاوردهای آن

فرح بابایی^۱، محمد آقاجانی^۲، لیلی اسلامبولچی^۳، مریم جوشری^۳، زهره مظاهری^۳، فریبا کیخسروی^۳، علی شهرامی^۴، علیرضا اولیایی‌منش^۵، سعید معنوی^۶، لیلا پورآقاسی^۷، علی ماهر^{۸*}، موسی طباطبایی^۹، جمشید کرمانچی^{۱۰}، پیرحسین کولیوند^{۱۱}، حسن واعظی^{۱۲}، مرضیه زنگنه^{۱۳}، آرزو دهقانی^{۱۴}، سیده‌سنا حسینی^{۱۵}

۱- رئیس اداره مامایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- کارشناس اداره مامایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۴- معاون اجرایی معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۷- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- رئیس اداره اورژانس بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- مدیر روابط عمومی معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۵- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه ۹، تلفن ۸۱۴۵۵۴۸۶
پست الکترونیک: maher@health.gov.ir

دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۰۵ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۶

مقدمه

بر اساس اعلام پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان جهانی بهداشت، عمل سزارین باید در مواردی که ضرورت پزشکی ایجاب می‌کند مثلاً زمانی که طولانی شدن بارداری یا تغییر وضعیت جنین در رحم، جان مادر را به خطر می‌اندازد، انجام شود اما این جراحی درعین حال می‌تواند مشکلات و عوارضی داشته باشد و به همین دلیل می‌بایست از انجام آن در مواقع غیرضروری جداً خودداری کرد. عوارض جدی سزارین می‌تواند به ناتوانی، معلولیت و حتی مرگ منجر شود به‌ویژه در مواقع فقدان تجهیزات مناسب برای انجام جراحی‌های ایمنی یا درمان مشکلات احتمالی ناشی از سزارین این خطر افزایش پیدا می‌کند (۱).

در بیانیه این سازمان تأکید شده است: از سال ۱۹۸۵ «جامعه بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی»، نرخ ایده‌آل برای عمل سزارین را بین ۱۰ تا ۱۵ درصد در نظر گرفت. مطالعات جدید نشان می‌دهد که وقتی در یک جامعه، نرخ سزارین تا ۱۰٪ برسد، کاهش موارد مرگ‌ومیر مادران و نوزادان در زمان وضع حمل مشاهده می‌شود اما از سوی دیگر افزایش تعداد موارد این عمل به‌هیچ‌وجه به معنی کاهش بیش‌تر این مرگ‌ومیرها نیست بلکه در عوض می‌تواند مشکلات بیش‌تری به بار آورد. به بیان دیگر وقتی نرخ سزارین‌ها از ۱۰٪ بیش‌تر می‌شود، هیچ شواهدی مبنی بر کاهش بیش‌تر مرگ‌ومیرها وجود ندارد؛ بنابراین در نظر داشتن استاندارد ۱۰٪ به‌عنوان نرخ ایده‌آل سزارین ضروری است و باید از موارد غیرضروری

از ابتدای سال ۱۳۷۸ تلاش برای بهبود کیفیت ارائه خدمات به مادران در دستور کار اداره سلامت مادران قرار گرفت. این تلاش با استانداردسازی مراقبت‌های روتین و ویژه به مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی، برای غیرپزشکان و پزشکان عمومی به انجام رسید.

بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از نظام مراقبت مرگ‌ومیر مادران از سال ۱۳۸۰، علت اصلی مرگ‌ومیر مادران در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی زایمانی سوء مدیریت^۱ عنوان شده است. از سوی دیگر با توجه به نتایج حاصل از DHS^۲ سال ۱۳۷۹، ۸۵٪ زایمان‌ها در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی و توسط افراد تحصیل‌کرده انجام شده است و همچنین میزان سزارین در کشور بالاتر از میزان قابل قبول اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت است. در بیانیه این سازمان آمده است: سزارین یکی از متداول‌ترین انواع جراحی‌ها در جهان است که به‌ویژه در کشورهای توسعه‌یافته و درحال‌توسعه آمار آن رو به افزایش است. اگرچه این جراحی در موارد ضروری نجات‌بخش است اما در بسیاری از موارد بدون اضطراب پزشکی انجام می‌شود که می‌تواند زنان باردار و نوزادان آن‌ها را در معرض مشکلات کوتاه‌مدت و بلندمدت پزشکی قرار دهد (۱).

^۱ Mismanagement

^۲ Demographic health surveys

زایمان طبیعی و سزارین، دلایل و اهداف برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه‌های اجرایی و دستاوردهای آن در طرح تحول نظام سلامت اشاره شده و در مورد معناداری دستاوردهای آن در راستای تحقق اهداف پوشش همگانی سلامت، بحث خواهد شد.

اهداف

برنامه‌های مختلفی برای ترویج زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین در بیمارستان‌های دولتی، براساس شناسایی معضلات موجود در این حوزه در جهت ارتقاء شاخص سلامت مادر و نوزاد تدوین و اجرایی شد که می‌توان به رایگان کردن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان جهت حفظ حریم خصوصی مادران باردار و افزایش رضایت‌مندی آن‌ها و ارائه بسته‌های تشویقی به ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز دولتی اشاره کرد. همچنین در این برنامه کلاس‌های آموزش بهداشت باروری و زایمان به‌صورت رایگان برای مادران باردار در ۸ جلسه برگزار می‌شود.

هدف اصلی

ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین.

اهداف اختصاصی

- ✓ کاهش میزان سزارین به میزان ۱۰٪ تا پایان سال ۱۳۹۳
- ✓ افزایش رضایت‌مندی مادران باردار از طریق بازسازی بلوک‌های زایمان با ایجاد فضاهای اختصاصی برای خوشایندسازی محیط زایمان طبیعی
- ✓ کاهش عوارض سزارین برای مادر و نوزاد
- ✓ ترغیب زایمان طبیعی با گسترش زایمان بی‌درد
- ✓ کاهش پرداخت از جیب مردم با رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی
- ✓ افزایش تعداد موالید
- ✓ افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت جهت افزایش میزان زایمان طبیعی در مراکز دولتی

مبانی نظری و اسناد بالادستی

همان‌طور که تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد، میزان زایمان سزارین در کشورهای توسعه‌یافته به‌طور مداوم در حال افزایش است (۲، ۳) که یکی از نگرانی‌های نظام‌های سلامت و جامعه به‌ویژه در زمینه زنان و زایمان است (۴). سلامت نسبی زایمان سزارین در برابر زایمان طبیعی و فواید حاصل از آن، باعث تغییر نسبت خطر به فایده و افزایش پذیرش آن شده است (۲، ۵، ۶). میزان زایمان سزارین در جهان طی دهه‌های اخیر به‌طور قابل‌توجهی از کمتر از ۷٪ در سال ۱۹۷۰ به بیش‌تر از ۲۵٪ در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته است. میزان زایمان سزارین

این جراحی به‌شدت پرهیز شود. با این حال کارشناسان این سازمان متذکر شده‌اند که بیمارستان‌ها نباید صرفاً آمار سزارین‌ها را مدنظر داشته باشند بلکه لازم است تک‌تک زنان باردار به‌دقت مورد معاینه قرار گیرند تا از نیاز واقعی آن‌ها به انجام این جراحی اطمینان حاصل شود (۱).

بررسی‌ها نشان می‌دهد یکی از راهکارهای ایجاد تمایل در ارائه‌دهندگان خدمت برای ترویج زایمان طبیعی، بازنگری تعرفه زایمان و اصلاح نظام پرداخت است زیرا یکی از مهم‌ترین علل تمایل ارائه‌دهندگان خدمت برای انجام سزارین، مسایل مالی و درآمد ناشی از آن هست. در حال حاضر ۸۰٪ زایمان‌های کشور در مراکز آموزشی، درمانی و دولتی انجام می‌شود و در این مراکز طرح نظام نوین بیمارستانی در حال اجرا است. بدین معنا که با انجام پروسیجرهای بیش‌تر، درآمد بیش‌تری نیز حاصل خواهد شد. این امر موجب مقبولیت بیش‌تر متخصصین زنان به انجام سزارین شده است که نشان‌دهنده رویکردی نادرست می‌باشد. با توجه به تمایل به انجام سزارین توسط اساتید هیأت‌علمی، آموزش دستیاران زنان و زایمان نیز دچار تغییراتی شده است بدان معنی که آن‌ها با توجه به تجربه کم‌تر در انجام زایمان طبیعی تمایل بیش‌تری به انجام سزارین دارند. با توجه به اینکه انجام سزارین ضمن صرف وقت کمتر، درآمد بیش‌تری را عاید ارائه‌دهنده خدمت می‌کند بنابراین نیاز بود تا با توجه به صرف وقت بیش‌تر در زایمان طبیعی تعرفه مناسبی در نظام پرداخت در نظر گرفته شود. در راستای اجرای برنامه ترویج زایمان طبیعی برای رفع این مانع در گام اول تعرفه ترجیحی برای انجام زایمان طبیعی در برابر سزارین در نظر گرفته شد و در فاز سوم طرح تحول با بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و افزایش تعرفه زایمان طبیعی نسبت به سزارین، در جهت رفع این معضل گام‌های اولیه برداشته شد. بدین لحاظ مناسب‌ترین راهکار کنترل مالی روند رو به افزایش سزارین در کشور بر اساس قراین موجود حذف نظام پرداخت کارانه و اتخاذ سیاست‌های هوشمند نظارتی عملکرد این گروه تخصصی در کشور است.

جهت تدوین محتوای این برنامه، کمیته کشوری ترویج زایمان طبیعی شامل صاحب‌نظران از حوزه‌های سلامت مادر و نوزاد، جلسات متعددی برگزار کردند. محتوای برنامه با استفاده از نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در سطح ملی و بین‌المللی در مورد علل افزایش سزارین در ایران، سوابق کارهای پیشین انجام‌شده در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانند برنامه پنج‌ساله کاهش سزارین (که علیرغم تدوین در سال ۱۳۸۸، اجرایی نشد) و غیره شکل گرفت. در این گزارش به مقایسه

۱۰ برابر زایمان طبیعی است (۱۸، ۱۹). رشد زایمان‌های سزارین بیش‌تر ناشی از عوامل غیرمأمایی شامل افزایش استفاده از فناوری در زایمان طبیعی، ترس از شکایت بیماران، محرک‌های مالی، ترجیح پزشکان و فلسفه آموزش و تمرین در پزشکی با نگرش بیماری‌زایی زایمان طبیعی بوده است (۲۰).

متاسفانه یکی از دلایل عمده افزایش سزارین، درخواست خود بیمار جهت انجام این عمل است که آن را سزارین الکتیو^۷ می‌نامند (۲۱) امروزه سزارین تبدیل به یکی از مطمئن‌ترین جراحی‌ها در سیستم سلامت شده است با وجود این خطر بیش‌تری نسبت به زایمان طبیعی برای مادر در بر دارد (۲۲، ۲۳). چراکه میزان مرگ‌ومیر ناشی از سزارین چندین برابر زایمان طبیعی است (۲۳). از سوی دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که مادران باردار روش زایمان طبیعی را به‌اندازه روش سزارین راحت و ایمن نمی‌دانند (۲۴) و این درحالی است که عمل سزارین دارای عوارض بسیاری برای مادر است که از آن جمله می‌توان به شیوع عفونت، زیاد بودن خونریزی (دو برابر میزان خونریزی در زایمان طبیعی)، کاهش فعالیت‌های روده‌ای، مشکلات تنفسی، حساسیت به داروهای بیهوشی، افزایش بروز حاملگی نابجا، جفت سرراهی در بارداری‌های بعدی، ناباروری، افزایش زمان بستری در بیمارستان (دو برابر و نیم زمان بستری در زایمان طبیعی)، افزایش مرگ مادران اشاره نمود و در نوزادان سبب افزایش مرگ نوزادان متولدشده، نوزادان با آپگار پایین، افزایش بروز مشکلات موقت تنفسی تاکی‌پنه گذاری نوزاد^۸، پرفشاری مقاوم ریوی در نوزاد، آسیب‌هایی نظیر جراحی، کبودی یا صدمات دیگر می‌شود (۲۲، ۲۵) به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، افزایش تصاعدی زایمان به روش سزارین، هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای درحال توسعه دیده می‌شود. به‌طوری‌که این افزایش بیش‌تر به کشورهای درحال توسعه برای ارائه خدمات بهتر و در دسترس‌تر اختصاص دارد (۲۶). نگاهی به روند تغییر روش زایمان از طبیعی به سزارین در کشور ایران نشان می‌دهد، در سال ۲۰۰۸ تقریباً ۴۰٪ از زایمان‌های به ثبت رسیده در بیمارستان‌های دولتی و ۹۰٪ از آن‌ها در بیمارستان‌های خصوصی به روش سزارین انجام شده است (۲۷). بنا بر آمارهای غیررسمی در سال ۱۳۹۳ که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شد، میزان سزارین در این سال به ۵۴٪ از تمامی زایمان‌های ثبت شده، بوده است (۲۸). همان‌طور که گفته شد سزارین بنا به درخواست مادر می‌تواند دلیل اصلی برای افزایش آمار سزارین در دنیا باشد. سزارین انتخابی ۴ تا ۱۸ درصد از کل زایمان‌های سزارین را شامل

در ایالات متحده از سال ۱۹۹۷ افزایش سالانه داشته و در سال ۲۰۰۶ به میزان ۳۱.۱٪ رسیده است.

لیو^۳ و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که در گروه سزارین برنامه‌ریزی شده افزایش خطر بیش‌تری در مورد عوارض پس از زایمان وجود دارد ولی احتمال نیاز به انتقال خون و پارگی رحم در گروه سزارین کمتر از گروه زایمان طبیعی بود (۷). در مطالعه‌ای دیگر بندتو^۴ و همکاران هیچ تفاوتی در کل عوارض بین زایمان طبیعی خودبه‌خودی و سزارین مشاهده نکردند (۴). بر اساس مطالعه انجام‌شده در سال ۱۳۷۶ میزان شیوع سزارین در ایران ۱۹/۵٪ گزارش شده است و بیش‌ترین میزان سزارین مربوط به استان قم و کم‌ترین آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان بوده است (۸).

لازم به ذکر است که سزارین با مشکلاتی همچون عوارض بیهوشی، خونریزی، صدمات سیستم کلیوی و گوارشی، عوارض عمومی، آندومتریس که ۱۵٪ - ۱۰٪ موارد از آندومتریس‌ها تبدیل به باکتری می‌شده و با عفونت محل بخیه همراه می‌شوند. در تحقیق دیگر عوارض اصلی سزارین برای مادر شامل مواردی هم چون آندومیومتریس^۵، خونریزی، عفونت مجرای ادراری و ترومبوآمبولیسم^۶ است (۹، ۱۰).

بدون تردید در موارد ضروری برای کاهش مرگ‌ومیر مادر و نوزاد، انجام سزارین به شیوه صحیح لازم است؛ اما تحقیقات و بررسی‌های مختلف نشان داده است که چنانچه سیستم نظارتی مشخص برای ارزیابی سزارین و زایمان طبیعی وجود نداشته باشد، زایمان طبیعی با همه مزایای مشخص غیرقابل‌انکار، جای خود را به عمل‌های جراحی با عوارض بیش‌تر خواهد داد، همان‌طور که منجر به افزایش تعداد انجام زایمان به روش سزارین در کشورهای مختلف جهان در نیمه دوم قرن بیستم میلادی شده است. (۱۱-۱۳) افزایش مرگ‌ومیر در سزارین ۴ تا ۵ برابر زایمان طبیعی است. مرگ‌ومیر در زایمان طبیعی ۲/۱ و در سزارین الکتیو ۵/۹ (نسبت خطر ۲/۸۴) و در سزارین اورژانسی ۱۸/۲ در صد هزار مورد (نسبت خطر ۸/۴۸) است. (۱۱، ۱۴) همچنین عوارض سزارین نسبت به زایمان طبیعی ۲۰ تا ۲۵ درصد گزارش شده است. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که هزینه‌های مالی سزارین، دوره اقامت و بستری شدن در بیمارستان، داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آن در عمل سزارین، در مقایسه با زایمان طبیعی به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌یابد (۱۵-۱۷) در تحقیقی دیگر میزان مرگ‌ومیر مادر در اثر سزارین ۲ تا ۳ برابر و میزان ناتوانی ناشی از آن ۵ تا

³ Liu

⁴ Benedetto

⁵ Endomyometritis

⁶ Thromboembolism

⁷ Elective

⁸ Transient neonatal tachypnea

زایمان طبیعی، عوارض بیهوشی و ترومبوآمبولی است (۴۲). همچنین نارس بودن نوزاد، افسردگی پس از زایمان و هزینه بیش‌تر این عمل نسبت به زایمان طبیعی ملموس است (۴۳-۴۵).

در کنار تمامی موارد برشمرده شده در بالا، هزینه اعمال شده ارایه این خدمت که در بسیاری موارد غیرضروری است، سیاست‌گذاران سلامت را با چالش فراوانی مواجه کرده است (۲) و سیستم‌های سلامت در کشورها را به سمت ارایه راهکارهایی برای کاهش میزان سزارین پیش برده است. سیستم ملی سلامت انگلستان^{۱۳} علاوه بر سرمایه‌گذاری در زمینه افزایش آگاهی در مورد مزیت‌های زایمان طبیعی در برابر سزارین، سایتی را راه‌اندازی کرده است که اطلاعات کاملی برای آگاهی‌رسانی در تمام زمینه‌های بهداشتی از جمله زایمان طبیعی ایجاد کرده است^{۱۴}. علاوه بر آن ارایه تمامی خدمات از جمله زایمان طبیعی در بیمارستان‌های NHS رایگان است و مسئولان NHS به‌صورت سالانه تمامی آمار و اطلاعات بیمارستانی را بخصوص در زمینه آمار زایمان را به‌دقت بررسی می‌کنند. ارایه روش‌های جایگزین سزارین، همچون زایمان بی‌درد، زایمان در آب، زایمان در منزل، زایمان با حضور همسر و غیره نیز در این سیستم ارایه می‌شود (۴۶). در کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته همچون تایلند نیز با توجه به افزایش بی‌رویه نرخ سزارین، راهکارهایی همچون نظارت بر بخش خصوصی برای کنترل پزشکان و ماماها شاغل در این بخش برای ارایه بی‌رویه خدمت سزارین، اقدامات مالی، ارایه دستورالعمل بالینی، ممیزی بالینی، ارایه اطلاعات عمومی کافی در دوران بارداری به مادران باردار و بهبود کیفیت خدمات مامایی در بخش دولتی، ارایه شده است (۴۷).

با توجه به مجموع عوارض ذکرشده، راهکارهای جهانی و افزایش شیوع سزارین در کشور لازم بود که اقدامات اساسی در جهت افزایش زایمان طبیعی صورت می‌گرفت. برای دستیابی به هدف کاهش نرخ سزارین منطقی به نظر می‌رسید که در گام اول علل مؤثر در عدم انتخاب شیوه زایمان طبیعی، مورد شناسایی و بررسی قرار گیرد و پس از شناخت آن‌ها و اولویت‌بندی علل، راهکارهای سودمند ارایه و اجرا شود چراکه در غیر این صورت در بلندمدت جامعه دچار اثرات بسیار نامطبوعی می‌شد. از این رو در طرح تحول نظام سلامت و در راستای دستیابی به اهداف کلان مدل پوشش همگانی سلامت، این موضوع به دقت مورد توجه قرار گرفت و برنامه ترویج زایمان طبیعی تدوین و اجرا شد. (دستورالعمل شماره ۷ نسخه اجرایی دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت)

می‌شود (۲۹) که به‌نظر می‌رسد، در سراسر جهان رو به افزایش است (۳۰). دلایل انجام سزارین انتخابی شامل عوامل روانی (ترس شدید از درد زایمان یا ترس از زایمان) (۳۱)، سزارین قبلی و تجربیات منفی در زایمان قبلی (۳۲) و تمایل به داشتن فرزند کم‌تر است. از سوی دیگر انتخاب زایمان سزارین به دلیل اعتقاد بر نقش زایمان سزارین بر حفظ سلامت جنین است (۳۳).

زنان باردار در مورد انتخاب روش زایمان طبیعی یا سزارین در یک فرآیند تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند و عوامل گوناگونی در این انتخاب نقش دارند. (۳۴). زایمان طبیعی را می‌توان یکی از زیباترین رویدادهای زندگی هر زن و در عین حال یک واقعیت تنش‌زا دانست که در صورت عدم امکان انجام آن به دلایل پزشکی، انجام زایمان به شیوه سزارین اقدامی ضروری محسوب می‌شود (۳۵) در حالی که می‌توان گفت، در بسیاری از موارد، ضرورت‌های پزشکی منجر به زایمان به شیوه سزارین نمی‌شود، بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های نادرست، تعیین‌کننده شیوه زایمان شده است. به این معنا که ارجحیت زایمان سزارین در زنان ریشه‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی دارد (۳۶) به‌طوری که امروزه در بسیاری از جوامع، انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ مبدل شده و بیش از نیمی از زنان، داوطلبانه به انجام سزارین روی می‌آورند (۳۷).

مارتین^۹ و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که کلاس اجتماعی بر روی ادراکات و انتظارات زنان از جسم خود و نوع زایمان تأثیرگذار است (۳۸). حمایت اجتماعی نیز نقش مهمی در ارجحیت به زایمان سزارین ایفا می‌کند. در مطالعه آندرسون^{۱۰} و همکارانش اصرار بیمار و خانواده وی از عوامل افزایش‌دهنده آمار زایمان سزارین بیان شده است (۳۹). از آنجاکه ارتقاء سلامت مادران نیازمند شناخت فاکتورهای متعدد و پیچیده در زمینه انتخاب نوع زایمان است و این امر از طریق توجه به باورها، ارزش‌ها و آداب‌ورسوم زنان و درک تأثیر عوامل فرهنگی بر انتخاب نوع زایمان و سلامت مادران محقق می‌شود (۴۰).

مطالعات مختلفی به بررسی عوارض عمل سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی پرداخته‌اند در این رابطه لئونگ^{۱۱} گزارش می‌کند که سزارین فرصت تماس اولیه مادر و نوزاد را از بین برده و شیردهی و بهبودی مادر را به تعویق می‌اندازد (۴۱). سیموس^{۱۲} در مطالعه خود گزارش می‌کند که در بعضی موارد سزارین تنها راهگشای اورژانس‌های زایمانی است ولی به‌نوبه خود دارای عوارضی مثل عفونت و خونریزی بیش‌تر نسبت به

⁹ Martin

¹⁰ Anderson

¹¹ Leung

¹² Simoes

¹³ NHS

¹⁴ <http://www.nhs.uk/Your health, your choices>

جدول ۱- برنامه ترویج زایمان طبیعی

| قوانین پایه | ناظر بر | قانون برنامه پنجم توسعه | ناظر بر | سیاست های کلی سلامت |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|---------|---------------------|
| مصوبه شورای انقلاب فرهنگی | افزایش نرخ رشد جمعیت | | | بند ۳ |

روش اجرا

فرایند اجرایی برنامه ترویج زایمان طبیعی

یکی از محورهای برنامه ترویج زایمان طبیعی، رضایت‌مندی ارائه‌دهندگان خدمت است؛ زیرا در مطالعات قبلی، با بررسی‌های انجام‌شده، نتایجی حاصل شده بود که نشان می‌داد میزان تعرفه زایمان طبیعی، با میزان خدمتی که ارائه داده می‌شود، متناسب و همخوان نیست. لازم به یادآوری است که در زمان شروع طرح تحول نظام سلامت، تعرفه خدمات ارائه‌شده برای زایمان طبیعی برابر K۱۵ جراحی بود. برای حل این مشکل، یک تعرفه تشویقی K۳۰ برای خدمت زایمان طبیعی در نظر گرفته شد تا انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت را برای انجام این خدمت افزایش دهد. همچنین دستورالعمل باز توزیع درآمدها نیز با هماهنگی اداره تعرفه تنظیم شد که بعد از ابلاغ دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی، به دانشگاه‌ها و سایر مراکز ابلاغ شد. یکی از اقداماتی که بعد از تحول نظام سلامت انجام شد، بازنگری کتاب ارزش‌های نسبی خدمات بود که در این راستا حق حرفه‌ای هر خدمت، بازنگری شد. لازم به ذکر است که تعرفه خدمات سلامت به‌صورت سالانه بازنگری شده و افزایش می‌یابد. یکی از این خدمات، تعرفه زایمان طبیعی بود که میزان آن از K۱۵ در سال ۱۳۹۳ به K۵۰ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافت لذا در سال دوم اجرای برنامه دیگر نیازی به ارائه تعرفه تشویقی نبود و پرداخت تعرفه تشویقی پس از بازنگری کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت متوقف شد. همچنین به‌منظور اجرای محور بهینه‌سازی بلوک‌های زایمانی از دانشگاه‌ها درخواست شد تا مراکز خود را بر اساس نیاز اولویت‌بندی کرده، سپس بر اساس نیازسنجی، برنامه پیشنهادی بیمارستان‌های تحت پوشش خود را به وزارتخانه ارائه دهند. بر اساس راستی‌آزمایی بودجه موردنیاز به دانشگاه‌ها تخصیص داده شد. لازم به یادآوری است که استاندارد فضای فیزیکی، توسط دفتر توسعه فیزیکی وزارت بهداشت و بر اساس استانداردهای روز دنیا، تعیین شد. این استاندارد به‌منظور بهسازی فضای فیزیکی در اختیار دانشگاه‌ها قرار گرفت. تعدادی از مراکز به دلیل در اختیار داشتن فضای بیشتر و با توجه به بار مراجعه زیاد، احداث LDR را پیشنهاد کردند

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

که مورد بررسی مسئولین برنامه قرار گرفت. بر اساس گزارش‌های ارائه شده توسط مسئولین این برنامه، ۳۶۶ مرکز در حال بهینه‌سازی، توسعه و ایجاد بلوک‌های زایمانی بوده و هستند.

به‌منظور اجرایی کردن این برنامه و در راستای اجرای تفاهم‌نامه فی‌مابین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و همسو با سیاست‌های جدید جمعیتی منبئ برافزایش جمعیت، ترویج زایمان طبیعی، کاهش میزان سزارین، افزایش رضایت‌مندی مادران، کاهش پرداخت از جیب مردم، افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات در بخش‌های دولتی، تدوین منطقی تعرفه زایمان طبیعی در قالب طرح تحول نظام سلامت و درنهایت افزایش رضایت‌مندی مردم، دستورالعمل اجرایی برنامه ترویج زایمان طبیعی تدوین و در اختیار تمامی دانشگاه‌ها قرار گرفت. به‌منظور هماهنگی در اجرا و رفع موانع و کمک در ارزیابی‌های دوره‌ای برنامه، دانشگاه‌های قطب سراسر کشور دارای کمیته و مسئول اجرایی هستند تا به‌عنوان تسهیل‌گر برنامه فرآیند اجرایی برنامه را در بیمارستان‌های زیرمجموعه خود، تسهیل نمایند. (منبع، مستندات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرح بابایی^{۱۵} (۱۳۹۵).

توسعه و بهسازی بلوک‌های زایمانی در بیمارستان‌های دولتی

در راستای اجرای برنامه ترویج زایمان طبیعی، محور بهینه‌سازی و توسعه بلوک‌های زایمانی مورد توجه قرار گرفت که یکی از محورهای برنامه بهینه‌سازی و خوشایندسازی زایمان طبیعی است. طبق بررسی‌های انجام‌شده در مورد سلامت مادر و نوزاد این نتیجه حاصل شده است که زایمان طبیعی در بیمارستان‌های کشور، فرآیند خوشایندی برای مادران محسوب نمی‌شود که مقدار زیادی از این ناخوشایندی حاصل عدم‌رعایت حریم خصوصی مادران در حین زایمان است. از این‌رو، در برنامه ترویج زایمان طبیعی، فضای اتاق زایمان به‌گونه‌ای تغییر داده‌شده است که امکان حضور همراه در کنار مادر وجود داشته باشد و با ارائه خدمت توسط

با توجه به کیفی بودن پروسه تحقیقات که بخشی از آن از طریق مصاحبه با عوامل برنامه‌های تحول نظام سلامت حاصل شده است، مستندات خانم فرح بابایی به‌عنوان مسئول اجرای برنامه ترویج زایمان طبیعی به‌عنوان مرجع اعداد و ارقام و دستاوردهای برنامه در نظر گرفته شده است.

15

زایمانی در سال دوم برنامه از محل اعتبارات دفتر توسعه فیزیکی و در راستای این برنامه تأمین می‌شود.

دستاوردها

ترویج زایمان طبیعی از طریق رایگان کردن این خدمت در بیمارستان‌ها و مراکز وابسته به وزارت بهداشت همراه با سایر راهکارهای تشویقی همچون پرداخت تعرفه تشویقی به عامل زایمان، فراهم کردن امکان زایمان بدون درد، فرهنگ‌سازی عمومی و بهسازی و توسعه فضای فیزیکی بلوک‌های زایمان باهدف افزایش موالید و کاهش هزینه‌های مترتب با آن به اجرا درآمد. به‌منظور مقایسه قبل و بعد از اجرایی شدن برنامه، جداول زیر ارائه می‌شود.

جدول ۲- میزان سزارین کشور به تفکیک نوع مراکز در سال ۹۲ و ۹۳ (از اردیبهشت تا پایان سال)

| نوع مرکز | درصد سزارین ۹۲ | درصد سزارین از ۱۵ اردیبهشت الی ۱۵ اسفند ۹۳ |
|---------------|----------------|--|
| دولتی | ۴۷/۱ | ۴۱/۹ (کاهش ۵.۲ درصدی) |
| خصوصی | ۸۷/۹ | ۸۷/۵ (کاهش ۰.۴ درصدی) |
| تأمین اجتماعی | ۴۸/۱ | ۴۷/۸ (کاهش ۰.۳ درصدی) |
| خبریه | ۷۰ | ۷۲/۶ |
| نیروهای مسلح | ۶۳/۵ | ۶۵/۴ |
| سایر | ۸۱/۴ | ۸۲/۲ |
| کل | ۵۶/۱۴ | ۵۰/۴۰ (کاهش ۵.۷۴ درصدی) |

دستاوردهای ۶ ماهه

| تعداد | کاهش | توسعه و بهسازی بلوک زایمانی |
|--|------|-----------------------------|
| در حدود ۲۴۱ هزار زایمان طبیعی به‌صورت رایگان | ۵٪ | ۳۶۶ |

دستاوردهای یک ساله

| تعداد | کاهش | توسعه و بهسازی |
|--|--|----------------|
| در حدود ۴۵۰ هزار زایمان طبیعی به‌صورت رایگان | ۵.۷٪ ۵/۷ درصد مطلق معادل ۱۰/۲ درصد پایه | ۳۶۶ |

| آموزش رایگان مادر باردار | تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات بی‌درد | تغییر در تعرفه خدمات |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| ۱۱۵ هزار نفر | افزایش از ۲۰ مرکز به ۲۲۰ | کاهش تعرفه زایمان طبیعی اصلاح‌شده و از ۱۵ کا به ۵۰ کا تعرفه زایمان بی‌درد از ۱۶ کا به ۳۰ کا کاهش تعرفه عمل سزارین و افزایش تعرفه زایمان طبیعی |

دستاوردهای دو ساله

| تعداد | کاهش | توسعه و بهسازی بلوک زایمانی |
|---|------|---|
| بیش از ۹۲۰ هزار زایمان طبیعی به‌صورت رایگان | ۶.۵٪ | ۳۶۶ (به اتمام رسیده‌اند و یا در مرحله پایانی هستند) |

همچنین دستاوردهای کلی برنامه عبارتند از:

- برگزاری دوره‌های آموزش الزامی جهت ارائه‌دهندگان خدمت در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- در راستای فرهنگ‌سازی، برگزاری جشنواره زایمان طبیعی، هماهنگی با ائمه جماعات در تعدادی از شهرهای
- عقد قرارداد متخصصین زنان و ماماها که دارای مطب و دفتر کار می‌باشند با ۶۳ مرکز دولتی
- توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمت زایمان شامل متخصصین زنان و ماماها

بهار ۹۶، دوره بیستم، شماره اول، پیاپی ۷۶

- ✓ توسعه و بهسازی ۳۶۶ بلوک زایمانی که منجر به افزایش دسترسی به خدمات زایمان طبیعی برای مادران شده و این فرایند را برای آنها خوشایند ساخته و علاوه بر فرهنگ‌سازی منجر به افزایش رضایت آنها می‌شود.
- ✓ ارزیابی آموزش‌های رایگان به بیش از ۱۱۵ هزار مادر باردار که به افزایش آگاهی آنها و کاهش ریسک‌های احتمالی می‌انجامد.
- ✓ ارزیابی آموزش‌های لازم به ارائه‌دهندگان خدمات و عقد تفاهم‌نامه همکاری با آنها در ۶۳ مرکز دولتی که منجر به افزایش کیفیت خدمات شده است (فرح بابایی، ۱۳۹۵).

- ۵- کاهش پرداخت از جیب مردم، افزایش دسترسی به خدمات مرتبط با زایمان طبیعی و افزایش رضایت مادران باردار
- ۶- توسعه یا بهینه‌سازی بلوک‌های زایمان سراسر کشور باهدف خوشایندسازی تجربه زایمان تمامی موارد برشمرده شده در بالا در راستای دستیابی به اهداف کلان مدل پوشش همگانی سلامت قابل توصیف است.
- ✓ بیش از ۹۲۰ هزار زایمان طبیعی به‌صورت رایگان انجام شده است که درواقع حذف فرانشیز منجر به حفاظت مالی از مادرانی شده است که این روش زایمان را انتخاب می‌کنند.



شکل ۱- برنامه ترویج زایمان طبیعی

در زمان کوتاهی از اجرایی شدن برنامه در سراسر کشور، کسب کرده است. همچنین بهبود وضعیت سلامت مادران یکی از تعهدات بین‌المللی کشور در راستای اهداف توسعه هزاره با عنوان "بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری" و یکی از اهداف برنامه پنجم توسعه است. دستیابی به این اهداف مستلزم کاهش شاخص نسبت مرگ‌ومیر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان بوده و کاهش شاخص مذکور نیز مستلزم بهبود چند شاخص مهم از جمله کاهش میزان سزارین و ترویج زایمان طبیعی است. همان‌طور که اشاره شد بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، ایران با میزان سزارین ۴۱/۹٪، رتبه دوم را در جهان دارا بوده، در سال ۱۳۹۰ طبق آمار جمع‌آوری‌شده توسط اداره سلامت مادران وزارت متبوع از ۱/۳ میلیون زایمان ثبت‌شده در کشور، حدود ۵۳٪ زایمان‌ها به‌صورت سزارین بوده و ۴۷٪ به روش طبیعی انجام شد. با توجه به نرخ باروری، پیش‌بینی می‌شد که تعداد مولید در سال ۱۳۹۳ به ۱/۵ میلیون نفر افزایش یابد، در نتیجه بر اساس آمار فوق‌الذکر، در سال ۱۳۹۳ تعداد ۷۰۵ هزار زایمان طبیعی

اجرای این برنامه با چالش‌هایی از جمله مباحث فرهنگی و مالی همراه است اما در مجموع توانسته است رشد بی‌رویه سزارین در کشور را تا حدودی مرتفع سازد با این وجود باید به بحث بیمارستان‌های ریفرال و آموزشی که اغلب مورد ارجاع زایمان‌های پیچیده است، توجه جداگانه‌ای شود (۴۸).

پیشنهادهای

طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان شامل ۹ برنامه فراگیر و گسترده است که همگی در راستای دستیابی به اهداف کلان تعریف‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، طراحی شده‌اند. این اهداف عبارت‌اند از افزایش دسترسی به خدمات سلامت، حفاظت مالی از بیماران در برابر هزینه خدمات سلامت و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت.

برنامه ترویج زایمان طبیعی یکی از برنامه‌های ۹گانه طرح تحول نظام سلامت است که با هدف کاهش میزان سزارین در کشور که به مرز خطرناکی رسیده بود و توجه به سیاست‌های جمعیتی، از طریق رایگان کردن زایمان طبیعی و آموزش دستاوردهای قابل‌ملاحظه‌ای را

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

کارایی دوره‌های آموزشی زایمان طبیعی، رضایت‌سنجی از مادران و همراهان آنها از فضای بلوک‌های زایمانی و خدمات ارایه شده در کنار فرهنگ‌سازی از طریق برگزاری همایش‌ها، سمینارها، تبلیغات تلویزیونی، مطبوعاتی و محیطی می‌تواند مفید باشد. همچنین در گام بعد، تشویق بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی، تأمین اجتماعی و سایر مراکز ارایه‌دهنده خدمات به پیوستن به برنامه ترویج زایمان طبیعی و مهم‌تر از آن همراه ساختن متخصصان زنان در این برنامه و توجه به مباحث آموزشی در زمینه زایمان فیزیولوژیک می‌تواند به بهبود دستاوردهای برنامه منجر شود.

References

- 1- Organization. WH. World health organization, (WHO). warning about the development of cesarean section, WHO statement on caesarean section rates. Geneva, Switzerland: Hamshahrionline; 2015.
- 2- health Nio. National institutes of health state of the science conference statement, cesarean delivery on maternal request. National institutes of health state of the science conference statement; USA: National Institutes of Health, (NIH). 2006.
- 3- Benedetto C, Marozio L, Prandi G, Rocchia A, Blefari S, Fabris C. Short-term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery. A case-controlled study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2007;135(1):35-40.
- 4- Yasae F, Mohseni Rajae B. Review of mothers tend to the delivery type and finally, (In persian). 1386;31(2):129-32.
- 5- Physicians WHC. Womens health care physicians, task force on cesarean delivery rates. Evaluation of cesarean delivery. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000.
- 6- Scott JR. Cesarean delivery on request: where do we go from here? *Obstetrics and gynecology*. 2006;107(6):1222-3.
- 7- Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2007;176(4):455-60.
- 8- Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1997;76(4):332-4.
- 9- James DK, Steer PJ. High risk pregnancy. 2 ed. United States: Harcourt Brace and Company; 1999.
- 10- Mattox J. Core textbook of obstetrics and gynecology. U.S. state Mosby 1998.
- 11- Scott J. Cesarean delivery in danforths obstetrics and gynecology. 1 ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
- 12- Garmaroudi GH. Prevalence of cesarean section and some factors in primiparous women in maternity hospitals in Tehran. Tehran: Publishing group, maternal and child health research, Tehran University of medical sciences, university of Jihad; 2000.
- 13- Catalinotto E. Medically unnecessary Cesarean section. If it's unnecessary, why is it still performed? *The American journal of nursing*. 2007;107(7):13.
- 14- Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*. 1999;354(9180):776.
- 15- Larijani B, Shiraz M, Sajadi A. Evaluation of cesarean section in Tehran in 1996. *Endocr Res Cent*. 1996.
- 16- Yasae F, Rajae M. Tendency of mothers tendency to examine the types and kinds of labour and delivery outcome. *Res med*. 2007;31:129-32.
- 17- Scott J. Cesarean delivery danforths obstetrics and gynecology. 1 ed. Philadelphia: LWW; 2008.
- 18- Lowdermilk DPS, Bobak IM. Labor and birth complications in maternity and womens health care. 7 ed. United States: Mosby; 2000.
- 19- Hill G. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. 22 ed: Williams obstetrics obstetrics; 2005. 589-92 p.
- 20- Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*. 2000;27(4):256-63.
- 21- Marx H, Wiener J, Davies N. A survey of the influence of patients' choice on the increase in the cesarean section rate. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2001;21(2):124-7.
- 22- Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. Foundations of maternal newborn nursing. 3 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1998. 466 p.
- 23- Goer H. The case against elective cesarean section. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2001;15(3):23-38.
- 24- Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmodi M. Evaluation of cesarean section and its effective factors in Tehrans maternity hospitals. *Q J*. 2002;3:45.
- 25- Khojasteh F, Salah Zehi H. Nursing and maternal and neonatal health. First ed. Tehran: Golban Publication; 1379. 302 p.
- 26- Stanton CK, Holtz SA. Levels and trends in cesarean birth in the developing world. *Studies in family planning*. 2006;37(1):41-8.
- 27- Torkzahrani S. Commentary: childbirth education in iran. *The Journal of perinatal education*. 2008;17(3):51-4.
- 28- Hashemi H. The reasons for the 70% incidence of cesarean delivery than normal vaginal delivery Tehran: Sun News; 2014. Available from: <http://aftabnews.ir/fa/news/245710>.

- 29- D Alton ME, Aronson MP, Birnbach DJ, Bracken MB, Dawood MY, Henderson WG. National institutes of health state of the science conference statement cesarean delivery on maternal request march 27-29,. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin; 2006.
- 30- Bettis BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstetrics and gynecology*. 2007;109(1):57-66.
- 31- Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstetrical & gynecological survey*. 2004;59(8):601-16.
- 32- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2002;109(6):618-23.
- 33- Caughey AB. Elective cesarean delivery: when is it justified? *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2006;26(1):1-2.
- 34- Adib Haj Bagheri M, salsali M, Ahmadi F. Clinical decision making, a way to professional empowerment in nursing. *Iran J Med Educ*. 2003;3(2):3-13.
- 35- Farr SL, Jamieson DJ, Rivera HV, Ahmed Y, Heilig CM. Risk factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. *Obstetrics and gynecology*. 2007;109(6):1351-7.
- 36- Movahed M, Enayat H, Ghaffarinasab E, Alborzi S, Mozafari R. Related factors to choose cesarean rather than normal delivery among shirazian pregnant women. *J Fasa Univ Med Sci*. 2012;2(2):78-83.
- 37- Danforth DN, Gibbs RS. *Danforths obstetrics and gynecology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
- 38- Martin E. *The woman in the body, a cultural analysis of reproduction*. United States: Beacon Press; 2001.
- 39- Anderson GM, Lomas J. Explaining variations in cesarean section rates: patients, facilities or policies? *Canadian Medical Association journal*. 1985;132(3):253-9.
- 40- Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2001;75(1):51-60.
- 41- Leung GM, Lam TH, Ho LM. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2002;99(5 Pt 1):785-94.
- 42- Simoes E, Kunz S, Bosing Schwenkglens M, Schmahl FW. Association between method of delivery and puerperal infectious complications in the perinatal database of Baden-Wurttemberg 1998-2001. *Gynecol Obstet Invest*. 2005;60(4):213-7.
- 43- Cunningham FG. Prenatal care. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD, editors. *Williams obstetrics*. 23 ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins Company; 2005.
- 44- Hadi Zadeh F, Bahrei N, Tavakolizadeh J. Comparison of postpartum depression and emergency cesarean section in pregnancy. *Mag Improv*. 2004;8(4):30-21.
- 45- Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. *Arak Med Univ J*. 2011;14(56):45-54.
- 46- Health Department. Expert advisory group on cesarean section in Scotland. report and recommendations of the scottish executive health department. Edinburgh, Scotland: Scottish Executive, Health Department; 2001. 30 p.
- 47- Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand, health systems research institute and Thailand research fund Thailand: Health Systems Research Institute. Available from: http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_02.pdf.
- 48- Zarei E, Majidi S, Anisi S, Bay V. Achievemnt of health sector evaluation objectives in the vaginal delivery promotion paln, a study in a largr public hospital in Tehran. *J health field*. 2015;3(2).

Study of the Promotion of Normal Delivery Program in Government Hospitals in Line with the Health Transformation Plan and Its Achievements

Farah Babaei ¹, Mohammad Aghajani ², Leila Estambolichi ³, Maryam Joshari ³, Zohre Mazaheri ³, Fariba Kykhosravi ³, Ali Shahrami ⁴, Alireza Olyaeemanesh ⁵, Saeid Manavi ⁶, Leila Poraghasi ⁷, Ali Maher ^{8*}, Mosa Tabatabaei ⁹, Jamshid Kermanchi ¹⁰, Peirhossein Kolivand ¹¹, Hassan Vaezi ¹², Marziyeh Zangeneh ¹³, Arezoo Dehghani ¹⁴, Seyedeh Sana Hosseini ¹⁵

¹ Head of Department of Midwifery, Ministry of Health and Medical Education

² Deputy for Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

³ Expert of Midwifery Department, Ministry of Health and Medical Education

⁴ Executive Vice of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

⁵ Director General of the Office of Technology Assessment, Standards and Health Tariffs, Ministry of Health and Medical Education

⁶ Head of the Tariff Policy Department and Payment System, Ministry of Health and Medical Education

⁷ Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources, Ministry of Health and Medical Education

⁸ Vice Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

⁹ Head of the Department of Economic Planning and Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

¹⁰ Adviser of Curative Affairs in the Disease Management, Ministry of Health and Medical Education

¹¹ Head of the Emergency Department of the Country, Ministry of Health and Medical Education

¹² Head of Hospital Emergency, Ministry of Health and Medical Education

¹³ Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance, Ministry of Health and Medical Education

¹⁴ Director of Public Relations of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

¹⁵ Expert of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education

Please cite this article as follows:

Babaei F, Aghajani M, Estambolichi L, Joshari M, Mazaheri Z, Kykhosravi F and et al. Study of the Promotion of Normal Delivery Program in Government Hospitals in Line with the Health Transformation Plan and Its Achievements. *Hakim Health Sys Res* 2017; 20(1): 44-53

* **Corresponding Author:** Ministry of Health and Education, 9th Floor, Block A, Eyvanak, E, Qods Tehran, Iran. Tel:+98-2181455486, E-mail: maher@health.gov.ir