

مطالعه دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده زایمان در بیمارستان بازرگانان تهران در تئوری و عمل: ۱۳۸۴

امیر اشکان نصیری پور^۱ / علی ابرازیه^۲ / احمد رضا ایزدی^۳

چکیده

مقدمه: اجرای دستورالعمل های مراقبت مدیریت شده نقش مهمی در ارتقاء کیفیت و دسترسی به خدمات سازمان های بهداشتی درمانی دارد. هدف از این بررسی، مطالعه وضعیت اجرائی دستورالعمل های مراقبت مدیریت شده زایمان و سزارین در بیمارستان بازرگانان تهران بوده که در سال ۱۳۸۴ انجام گرفته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر به صورت توصیفی و مقطعی انجام شد. تمامی پرونده های بستری زایمان بیمارستان بازرگانان در طول سال ۱۳۸۴ (N=۱۱۵۱) مورد مطالعه قرار گرفت و داده های لازم با استفاده از فرم اطلاعاتی تعیین وضعیت زایمان جمع آوری شد. به منظور تحلیل داده ها از شاخص ها و روش های آمار توصیفی استفاده شد. در این راستا از نرم افزار اکسل بهره گیری به عمل آمد.

یافته ها: فراوانی سزارین ها نسبت به کل زایمان ها در پرونده های تحت بررسی ۷۰ درصد بوده است. از موارد اندیکاسیون سزارین، بیشترین میزان (۳۳ درصد) مربوط به اندیکاسیون عدم پیشرفت و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر بوده است. در ۰/۶ درصد موارد سزارین، اندیکاسیون سزارین به عنوان سزارین انتخابی ثبت شده بود.

نتیجه گیری: میزان سزارین ها در مقطع مورد مطالعه، بالاتر از میانگین کشوری و توصیه سازمان بهداشت جهانی بوده است. تغییر نگرش جامعه، استفاده از اهرم سیستم بیمه گذار، ترویج و ترغیب زایمان بدون درد، سپردن مسئولیت به کارشناسان مامایی و ارائه جدول زمانبندی می تواند در کاهش سالانه سزارین ها مؤثر واقع شود.

کلید واژه ها: مراقبت مدیریت شده، بیمارستان، ارزیابی، زایمان طبیعی، سزارین

◊ وصول مقاله: ۸۵/۷/۲۹، اصلاح نهایی: ۸۵/۹/۸، پذیرش مقاله: ۸۵/۱۰/۱۲

۱- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، نویسنده مسئول (Email: nasiripour@sr.iau.ac.ir)
۲- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، مدیریت بیمارستان بازرگانان تهران
۳- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات

مقدمه

در نظام‌های پیشرفته بهداشت و درمان استانداردهای مشخص، اعتبارهای معینی را برای هر فرایند خدمتی معلوم کرده است. [۱] جایگاه این راهکارها در نظام درمانی ایران خالی است و هنوز هم پر نشده است. مدتی است در حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش‌هایی شروع شده که این موضوع مهم را به منصفه عمل برساند. این تلاش‌ها بیشتر در سه زمینه صورت گرفته است: الف- تبیین استانداردهای درمانی و تعریف نظام اعتباربخشی؛ ب- تدوین راهکارهای علمی منطبق بر ساختارهای اقتصادی و فرهنگی کشور برای ارائه خدمات درمانی؛ و ج- تعریف مراقبت‌های مدیریت شده در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی.

در دنیا سازمان‌هایی که از آنها تحت عنوان سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده (MCO) (Managed Care Organization) یاد می‌شود، دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی و بهداشتی درمانی هستند. در واقع مراقبت مدیریت شده، مراقبت بهداشتی مستمر داخل یک سیستم و تلاش برای رسیدن به کیفیت مراقبت، هزینه و دسترسی می‌باشد. [۲]

مراقبت مدیریت شده عبارت است از: پیوستگی و یکپارچگی دو عامل تامین منابع مالی و ارائه مراقبت سلامتی داخل یک سیستم که دسترسی، هزینه و کیفیت مراقبت را پیگیری می‌کند همراه با تاثیر کلان هم روی حرفه‌های مراقبت سلامتی و هم روی دریافت کنندگان مراقبت. [۳]

یک سازمان مراقبت مدیریت شده موسسه‌ای است که با استفاده از مفهوم و تکنیک‌های مراقبت مدیریت شده روی دسترسی، هزینه و کیفیت مراقبت سلامت تاثیر می‌گذارد. سازمان مراقبت مدیریت شده تلاش می‌کند تا دسترسی به خدمات مراقبت سلامت را بوسیله تامین شبکه ارائه دهندگان خدمت که آنها بتوانند نیازهای اعضای رابه نحو شایسته برآورده سازند مدیریت نماید، سازمان‌های مراقبت مدیریت شده استانداردهایی را برای دسترسی به مراقبت اولیه بهداشت و مراقبت تخصصی تعیین می‌کنند. [۲]

عبارت مراقبت مدیریت شده با حرفه‌های مراقبت سلامتی و عامه مردم مأنوس شده است. بیشتر مردم ارائه

مراقبت‌های سلامتی و پرداخت‌شان از طریق سازمان‌های مراقبت مدیریت شده صورت می‌پذیرد. هم‌اکنون در ایالات متحده تعداد افراد ثبت‌نام شده در مراقبت مدیریت شده ۱۸۷۴ میلیون نفر برآورد شد است یا تقریباً ۶۲ درصد کل جمعیت که این شامل افرادی که بیمه نشده‌اند نیز می‌شود. [۳]

مراقبت مدیریت شده بر روی هزینه و کیفیت مراقبت تاثیر می‌گذارد. در واقع مراقبت مدیریت شده باید تحلیل تصمیمات را جامع‌تر، کامل‌تر، صریح‌تر و مناسب‌تر از حالت عملکرد فعلی انجام دهد. به همین نحو مادامی که منابع افزایش پیدا نکنند باید مراقبت مدیریت شده مهارت‌سازی و مباحث صریح بازرگانی بین دقت ارزشیابی و بودجه‌ای و انباشت داده‌ها را ترغیب کند. مراقبت‌های مدیریت شده به اجرای فرایند تحلیل سیستماتیک برای ارزیابی تکنولوژی دارویی که سرانجام بتواند سلامت جمعیت تحت مراقبت را بهبود ببخشد، کمک نموده و اثر بخشی سازمان‌هایی که به آنها خدمات می‌دهند را افزایش می‌دهد. [۴]

نشان داده شده است که در غیاب مراقبت مدیریت شده هزینه‌های مراقبت سلامت از ۵۳۷ میلیون دلار در سال ۲۰۰۲ به ۸۳۲ میلیون دلار در سال ۲۰۰۷ افزایش خواهد یافت (بانرخ رشد سالانه ۹/۲ درصد) و با مراقبت مدیریت شده افزایش پیش‌بینی شده به ۷۶۷ میلیون دلار خواهد رسید که یک تفاوت ۱۸۲ میلیون دلار در یک دوره ۵ ساله را نشان می‌دهد. [۵]

در ایران نیز از سال ۱۳۸۰ تدوین این دستورالعمل‌ها شروع شده و تاکنون قریب به ۴۵ دستورالعمل تهیه و ابلاغ شده است، که یکی از مهمترین آنها در زمینه زایمان و سزارین می‌باشد.

امروزه سزارین در کشورهای در حال توسعه کاربرد وسیعی پیدا کرده است. هر چند سزارین می‌تواند باعث زنده ماندن مادر یا نوزاد گردد ولی هزینه‌های آن نباید مورد غفلت واقع شود. [۶] در دهه گذشته میزان سزارین در برزیل شدیداً افزایش داشته است که مداخلات لازم برای بازبینی روند افزایش سزارین در این کشور پیشنهاد شده است. [۷] همچنین در ۱۹ کشور از کشورهای آمریکای لاتین نیز میزان سزارین بررسی و مشخص شده است که در هفت کشور میزان سزارین کمتر از ۱۵ درصد و در ۱۲ کشور میزان سزارین بالای ۱۵ درصد (بین ۱۶/۸ درصد تا ۴۰ درصد) بوده است. سزارین

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی است، که در بیمارستان بازرگانان تهران وابسته به کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام گرفت.

تمامی پرونده‌های بستری زایمان بیمارستان بازرگانان در سال ۱۳۸۴ (N=۱۱۵۱) مورد مطالعه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها فرم اطلاعاتی تعیین وضعیت زایمان و سزارین بود که در آن تعداد زایمان به روش زایمان طبیعی و زایمان سزارین و همچنین علت سزارین بر اساس اندیکاسیون‌های تعیین شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ثبت می‌شد. نظر به اینکه محتوای فرم اطلاعاتی بر اساس موارد ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارزیابی عملکرد سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی طراحی شده بود، لذا از اعتبار علمی لازم برخوردار بود.

به منظور گردآوری داده‌ها، پژوهشگران تمامی پرونده‌های ترخیص شدگان بخش زایمان را مورد مطالعه قرار داده، اطلاعات مربوطه را استخراج و در فرم یاد شده ثبت نمودند. در مرحله تحلیل داده‌ها، ابتدا تعداد زایمان‌های طبیعی و سزارین مشخص و سپس فراوانی مطلق و نسبی سزارین‌ها به تفکیک محاسبه گردید. در پردازش داده‌ها از نرم افزار اکسل بهره‌گیری به عمل آمد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده زایمان نشان داد که تعداد سزارین‌ها نسبت به کل زایمان انجام شده در بیمارستان مورد مطالعه ۷۰ درصد بود که بیشترین آن با ۸۱ درصد مربوط به آبان ماه و کمترین آن با ۵۲ درصد در دی ماه بوده است.

در رابطه با زایمان‌های سزارین به تفکیک اندیکاسیون سزارین یافته‌های پژوهش آشکار ساخت که ۳۳ درصد از موارد سزارین مربوط به اندیکاسیون عدم پیشرفت و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر بود. اندیکاسیون سزارین قبلی (۲۶/۵ درصد) در مرتبه بعدی قرار داشت (نمودار ۱).

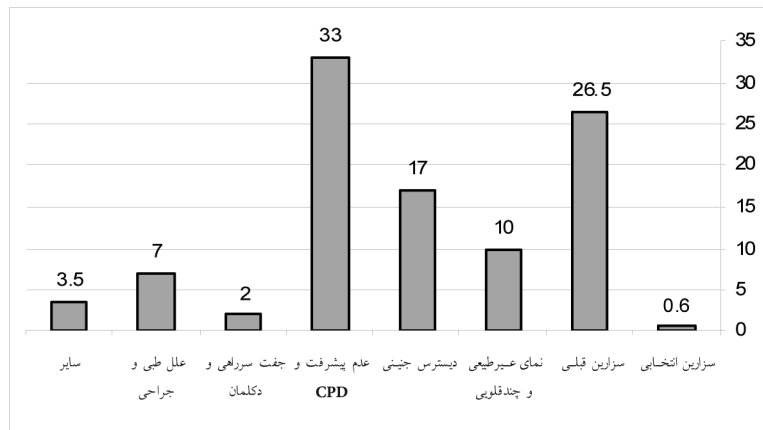
دیسترس جنینی در ۱۷ درصد از سزارین‌ها و نمای غیرطبیعی و چندقلوئی در ۱۰ درصد از سزارین‌ها ثبت شده بود.

مخاطرات بهداشتی برای مادر و کودک را در بر دارد و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد. [۸] در برزیل به ارزیابی و مقایسه ترجیح خانم‌های باردار در بخش خصوصی و دولتی برای زایمان به روش طبیعی یا سزارین پرداخته شده است که به صورت مصاحبه رو در رو یک ماه قبل از زایمان و یک ماه بعد از زایمان انجام شده است. [۹]

در مطالعه‌ای، سزارین‌های انجام شده در طول ۱۸ ماه در آمریکا از نظر طول مدت اقامت، هزینه مراقبت بعد از سزارین، نظر بیماران راجع به کیفیت مراقبت و بهبود جسمی بیماران در زمان ترخیص و یک‌ماه پس از ترخیص مورد بررسی قرار گرفت. علیرغم تفاوت زیاد سزارین در دو بخش که در بخش دولتی ۳۱ درصد و در بخش خصوصی ۷۲ درصد بود، تفاوت معنی‌داری در ترجیح خانم‌های دو گروه مشاهده نشد. بعد از اجرای مراقبت‌های مدیریت شده، میانگین طول مدت اقامت به میزان ۰/۷ روز (۱۳/۵ درصد) و میانگین هزینه‌ها، ۵۱۸ دلار (۱۳/۱ درصد) کاهش داشته، که این کاهش‌ها معنی‌دار بوده است. [۴]

طبق استاندارد سازمان بهداشت جهانی آمار سزارین در کشورهای توسعه یافته ۱۵-۵ درصد می‌باشد و در ایران ۴۲/۵ درصد است که بر اساس برنامه چهارم توسعه در ۵ سال آینده باید به کمتر از ۲۰ درصد برسد. [۱] از سوی دیگر برای دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده ضمانت اجرائی در نظر گرفته نشده و از این که به چه میزان در بیمارستان‌ها از آن استفاده می‌کنند آمار صحیحی در دسترس نیست.

همان‌گونه که میزان سزارین در جهان رو به فزونی است، پرسش در مورد متناسب بودن موارد انتخابی جهت این اقدام نیز افزایش یافته است. [۱۰] در واقع در کشورهای مختلف نگرانی‌ها نیز همانند میزان سزارین افزایش یافته است. به غیر از هزینه، وجود عوارض بالاتر برای مادر و جنین در سزارین نسبت به زایمان طبیعی مورد تاکید است. از جمله بیان شده که شیوع عوارض مانند سندرم عفونت آمیوتونیک در زایمان طبیعی کمتر است. [۱۱] هرچند سزارین در بیشتر کشورهای رو به رشدی داشته است ولی به نظر می‌رسد در کشور ما تبدیل به یک اپیدمی پرهزینه گردیده است. هدف از این بررسی مطالعه وضعیت اجرائی دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده زایمان و سزارین در بیمارستان بازرگانان تهران در سال ۱۳۸۴ بوده است.



نمودار ۱: درصد سزارین به تفکیک اندیکاسیون ها در بیمارستان بازرگانان، ۱۳۸۴

با توجه به یافته های پژوهش متوسط میزان سزارین در سال ۱۳۸۴ در بیمارستان بازرگانان ۷۰ درصد بوده است. با توجه به اینکه آمار سزارین در کشور ایران ۴۲/۵ درصد می باشد و طبق برنامه چهارم توسعه باید در ۵ سال آینده به کمتر از ۲۰ درصد برسد تفاوت قابل توجهی به چشم می خورد. [۱] در پژوهشی در سال ۲۰۰۴ در بین ۱۸ کشور عربی، فقط در ۳ کشور سزارین بالای ۱۵ درصد گزارش شد. [۱۲]

در بعضی کشورها مانند برزیل بدین گونه تحلیل شده که، قبل از پذیرش در مورد سزارین تصمیم گیری شده است و میزان سزارین در بخش دولتی ۲۳ درصد و در بخش خصوصی ۶۴ درصد گزارش شده است. در برزیل علت این اختلاف زیاد میزان سزارین در خانم ها در دو بخش دولتی و خصوصی، افزایش سزارین ناخواسته در میان بیماران بخش خصوصی دانسته شده ولی بیان می شود که میزان بالای سزارین ضرورتاً منعکس کننده نیاز به جراحی جهت زایمان نمی باشد و تفاوت میزان سزارین در بخش دولتی و خصوصی بیان می کند که عوامل غیر پزشکی نظیر وضعیت اقتصادی و منشأهای بخش خصوصی ممکن است پزشکان را به انجام زایمان به روش جراحی تشویق کند. [۹] از جمله دیگر عوامل تأثیر گذار، عوامل فرهنگی، اجتماعی، سازمان های مراقبت زنان و زایمان و ملاحظات قانونی و سازمانی بوده اند. مداخلات لازم برای بازبینی روند افزایش سزارین در این کشور پیشنهاد شده است. [۷]

عمل قلبی و جراحی ۷ درصد و جفت سرراهی و دکلمان ۲ درصد از اندیکاسیون های سزارین را به خود اختصاص داده بود. همچنین در ۶/۶ درصد موارد سزارین، اندیکاسیون سزارین به عنوان سزارین انتخابی ثبت شده و در سایر موارد (۹۹/۴ درصد) دلیل پزشکی برای آن ارائه شده بود.

بحث و نتیجه گیری

مراقبت های مدیریت شده از اجزاء اساسی نظام های بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا است که توجه روزافزونی یافته است. کاهش هزینه ها، افزایش دسترسی و کیفیت از جمله اهداف اصلی مراقبت های مدیریت شده می باشد. بارداری و مراقبت های بهداشتی خاص آن به دلیل تأثیر در شاخص های سلامت، مورد توجه سیاستگذاران سلامتی کشور می باشد. کاربرد عمل جراحی سزارین که در موارد ضروری برای حفظ جان مادر یا جنین لازم و حیاتی است در موارد غیر ضروری نه تنها سبب تحمیل هزینه های اقتصادی فراوان می شود، بلکه می تواند سبب افزایش عوارض نیز شود. بررسی های مختلف حاکی از روند صعودی و افزایش بی رویه سزارین غیر ضروری در کشورهای جهان سوم و از جمله کشورمان می باشد. [۱] هر چند سزارین در بیشتر کشورها روند رو به رشدی داشته است ولی به نظر می رسد در کشور ما تبدیل به یک اپیدمی پرهزینه گردیده است.

میزان سزارین در بیمارستان بازرگانان همانند نرخ کشوری آن از روندی رو به افزایش برخوردار بوده است. همچنین در پژوهش سازمان نیروهای مسلح دلایل افزایش میزان سزارین به شرح ذیل عنوان شده است:

- مدت انجام سزارین به مراتب کمتر از مدت زایمان طبیعی است و از این جهت مورد علاقه پزشکان معالج و همچنین بیماران می باشد.

- تعرفه های عرفی انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی به طور قابل توجهی بیشتر است مضافاً آنکه درخواست پزشکان معالج جهت دریافت حق الزحمه های فراتر از تعرفه برای سزارین به عنوان یک عمل جراحی با مقبولیت بیشتری از سوی بیماران روبرو می شود.

- لزوم ارائه خدمات جانبی در مورد سزارین همچنین هزینه های اتاق عمل، کمک جراح، بیهوشی، لوازم مصرفی بیشتر و مدت بستری طولانی می توانند به طور غیر مستقیم انگیزه ای برای تشویق مراکز به انجام سزارین باشند.

- راحت طلبی و گریز از درد و رنج زایمان، جایی برای فکر کردن به خطرات سزارین باقی نمی گذارد. [۱۳]

با توجه به مقایسه آمار سازمان بهداشت جهانی و دیگر کشورها با کشور ایران و بیمارستان مورد مطالعه و همچنین بررسی مشکلات و مسائل ناشی از زایمان سزارین مانند افزایش مورتالیتی و موربیدیتی مادر و جنین، ایجاد عوارض نامطلوب در حاملگی های بعدی افزایش میزان سزارین های تکراری، افزایش بار مالی بر دوش منابع مالی و صندوق های بیمه ای در می یابیم که بیمارستان های موجود در ایران و همچنین بیمارستان بازرگانان نیاز به یک برنامه ریزی منسجم و رعایت دستورالعمل زایمان برای رسیدن به اهداف برنامه چهارم توسعه دارد زیرا میزان زیاد سزارین معیاری منفی برای بیمارستان تلقی می گردد.

طبق یافته های این پژوهش، در ۰/۶ درصد موارد اندیکاسیون سزارین به عنوان سزارین انتخابی ثبت شده و در بقیه موارد، دلیل پزشکی برای آن ارائه شده است. با توجه به این که اساس مراقبت مدیریت شده تعیین نظارت سازمان های بیمه گر و کنترل هزینه و بهبود کیفیت مراقبت با در نظر داشتن منفعت گیرندگان خدمت می باشد به نظر

سزارین در بعضی جوامع در طولانی مدت مورد پذیرش قرار نگرفته است. سزارین باعث افزایش خطر پارگی رحم در حاملگی بعدی همراه با شیوع بالای ناتوانی می شود. هزینه های زایمان سزارین بیمار بیشتر از زایمان طبیعی است. در کشورهای در حال توسعه میزان بالای سزارین نشان دهنده نقش پزشکان در این موضوع است. به منظور کاهش این میزان باید آموزش پزشکی بر استفاده از روش های جایگزین سزارین متمرکز شود. [۶]

در آمریکای لاتین بین سرانه GNP و میزان سزارین همبستگی وجود داشت و میزان سزارین در بیمارستان های خصوصی بالاتر از بیمارستان های عمومی بوده است که با پژوهش حاضر همخوانی زیادی نشان می دهد. سزارین مخاطرات بهداشتی برای مادر و کودک در بر دارد و هزینه های مراقبت بهداشتی را نیز افزایش می دهد. بین شاخص های اقتصادی اجتماعی و نسبت سزارین یک رابطه شفاف وجود دارد. از طرفی بین میزان سزارین و GNP و تعداد پزشک به ازای هر هزار نفر و جمعیت شهری رابطه قوی وجود دارد. در همه این ۱۹ کشور میزان سزارین در بیمارستان های خصوصی بیشتر از بیمارستان های عمومی بوده است. هر چند میزان بالای سزارین با درآمد بالا و طبقه اجتماعی رابطه مستقیم نشان داده، زنان با درآمد پائین با خطر زایمانی بیشتری روبرو بوده اند. [۸]

آمار سزارین هادر کشور مالزی کمتر از ۱۰ درصد گزارش شده است. [۳] در بین ۱۸ کشور عربی چهار کشور زیر ۵ درصد، ۱۱ کشور ۵-۱۵ درصد و فقط در ۳ کشور، سزارین بالای ۱۵ درصد گزارش شده است. [۱۲]

در ایران متوسط سزارین نسبت به کل زایمان ها در بیمه شدگان نیروهای مسلح، ۵۱ درصد گزارش شده است که کمترین آن در شهر یاسوج با ۲۵ درصد و بیشترین آن در بیمارستان مادران تهران با ۹۳ درصد بود. [۱۳] این گزارش خاطر نشان می سازد که بررسی علل میزان بالای سزارین در کشور ما حاکی از وجود تعامل عوامل متعددی است که طی بیش از ۴ دهه یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث تمایل عمومی چه در بین مردم و چه در بین ارائه دهندگان خدمت به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی گشته است. در مقایسه با یافته های پژوهش حاضر می توان نتیجه گرفت که

۳. ابراهه علی. مطالعه دستورالعمل های مراقبت های مدیریت شده در بیمارستان بازرگانان تهران در تئوری و عمل: ۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمان، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، ۱۳۸۵.

4. Blegen MA, Reiter RC, Goode CJ, Murphy RR.

Outcomes of hospital-based managed care: a multivariate analysis of cost and quality. *Obstet Gynecol* 1995; 86(5):1809-1814.

5. American Association of Health Plans. Managed care fact sheets. Available from: www.aahp.org/menus/index1.cfm. Accessed: June 1, 2006.

6. Muyllder, De Xavier. Caesarian sections in developing countries: some considerations. *Health Policy and Planning* 1993; 8(2):101-112.

7. Faúndes A, Cecatti JG. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health Policy and Planning* 1993; 8(1):33-42.

8. Belizan MJ, Althabe F, Barros CF, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 27(319): 1397-1400.

9. Potter EJ, Berquo E, Perpétuo HOI, Fachel LO, Hopkins K, Souza MR, Formiga MC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323:1155-1158.

10. Mishra US, Ramanathan M. Delivery-related complications and determinants of caesarean section rates in India. *Health Policy and Planning* 2002; 17(1):90-98.

11. Dietl J, Arnold H, Haas G, Mentzel H, Pietsch-Breitfeld B, Hirsch HA. Delivery of very premature infants: does the caesarean section rate relate to mortality, morbidity, or long-term outcome? *Obstet Gynecol* 1991; 249(4):191-200.

12. Jurdi R, Khawja M. Caesarean section rates in the Arab region: A cross-national study. *Health Policy and Planning* 2004; 19(2):101-110.

۱۳. سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح. بررسی درصد سزارین نسبت به کل زایمان ها در بیمه شدگان نیروهای مسلح. تهران، ۱۳۷۹.

می رسد که در این مورد اجرای دستورالعمل های مراقبت مدیریت شده و سیاست های کنترل ثبت تشخیص های پزشکان نتوانسته مؤثر واقع شود.

در مقایسه با استانداردهای سازمان بهداشت جهانی که فقط ۵-۱۵ درصد از زایمان ها منجر به سزارین می شود. [۱] آمار به دست آمده در پژوهش حاضر، بسیار بالا است. از سوی دیگر تایید تشخیص پزشکی ثبت شده در پرونده های مورد مطالعه کاری دشوار بوده، به واکاوی توسط متخصصین مربوطه و متولیان امر نیاز دارد. شایان ذکر است که سیاست سازمان های بیمه گر در پرداخت هزینه سزارین ها که منوط به علت پزشکی اندیکاسیون می باشد می تواند مزید بر علت باشد.

تغییر نگرش جامعه به مقوله زایمان، استفاده از اهرم سیستم بیمه گذار، ترویج و ترغیب زایمان بدون درد، سپردن مسئولیت به کارشناسان مامائی و ارائه جدول زمان بندی کاهش سالانه، می تواند در کاهش سزارین های فاقد اندیکاسیون مؤثر واقع شود. سیاست جبران حق الزحمه زایمان طبیعی به طوری که بتواند با حق الزحمه سزارین برابری کند، نیز قادر است در کاهش درصد سزارین تاثیر گذارد. آموزش پزشکی نیز باید بر استفاده از روش های جایگزین سزارین از جمله زایمان بدون درد متمرکز شود.

با توجه به اینکه در اکثر پرونده های بالینی سزارین دلیل پزشکی ذکر شده است، تشکیل گروهی نظارتی شامل متخصصان نظام پزشکی و سازمان های بیمه گر برای بررسی علل پزشکی ذکر شده توسط پزشکان معالج می تواند گامی مهم تلقی شود. همچنین افزایش آگاهی های فرهنگی و اجتماعی مردم و دخالت دادن سازمان های فعال در رابطه با مسائل زنان می تواند در کاهش میزان سزارین مؤثر واقع گردد. ♦

فهرست منابع

۱. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مراقبت های مدیریت شده، چاپ اول، آرویح، تهران، ۱۳۸۳.

2. Duncan J S, Oberst K, Priester F, Nerenz D.

Understanding managed care. Michigan state university: Institute for Health Care Studies. 2003. Available from: www.healthteam.msu.edu/imc/modules.html.

Accessed: June 1, 2006.