

## وضعیت اجرای دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده زایمان در بیمارستان فاطمه الزهرا

نجف آباد، ۱۳۸۷

جهانگیر دریکوند<sup>۱</sup>، احمدرضا ایزدی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۸۸/۰۲/۰۵ تاریخ پذیرش: ۸۸/۰۳/۱۷

### چکیده

**مقدمه:** افزایش میزان سزارین در سالهای اخیر توجه زیادی را به خود جلب نموده و بحث‌های زیادی را در جامعه موجب شده است. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت اجرائی دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده زایمان و سزارین در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد و ارائه راهکار مناسب جهت کاهش سزارین بود.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر به صورت توصیفی انجام پذیرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از چک لیست علت زایمان و سزارین، مستخرج از دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و درمان ایران جمع آوری گردید. به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روشهای آمار توصیفی استفاده شد.

**یافته‌ها:** درصد سزارین نسبت به کل زایمانها ۴۳٪ بوده و در ۲/۵ درصد موارد با اندیکاسیون سزارین، سزارین انتخابی بوده است. از موارد اندیکاسیون سزارین، ۵۰٪ مربوط به اندیکاسیون سزارین تکراری، ۲۳/۹٪ عدم پیشرفت، ۱۰/۲۵٪ دیسترس جنینی، ۷/۷۵٪ نمای غیر طبیعی موارد سزارین بود.

**نتیجه‌گیری:** با وجود تلاش‌های صورت گرفته جهت کاهش سزارین در ایران، هنوز میزان سزارین بالاتر از توصیه سازمان بهداشت جهانی است. آنچه که باید مورد توجه جدی سیاست‌گذاران قرار گیرد، بالا بودن میزان سزارین تکراری در این کشور می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** مراقبت مدیریت شده، بیمارستان، زایمان طبیعی، سزارین

۱- متخصص اطفال و ریاست بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
آدرس: اصفهان، نجف‌آباد، میدان پرستار، بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد. پست الکترونیک: iezadie2000@yahoo.com

## مقدمه

تأثیر می‌گذارد(۴). مراقبت‌های مدیریت شده کمک خواهد کرد به اجرای یک فرایند تحلیلی سیستماتیک برای ارزیابی تکنولوژی دارویی که سرانجام بتواند سلامت جمعیت تحت مراقبت را بهبود ببخشد و اثر بخشی سازمان‌هایی که به آنها خدمات می‌دهند افزایش دهد(۶). امروزه سزارین در کشورهای در حال توسعه کاربرد وسیعی پیدا کرده است. هر چند که می‌تواند باعث زنده ماندن مادر یا بچه شود با این حال باید هزینه‌های این مولفه در نظر گرفته شود(۷).

در دهه گذشته میزان سزارین در برزیل شدیداً افزایش داشته است که مداخلات لازم برای باز بینی روند افزایش سزارین در این کشور پیشنهاد شده است(۸). همچنین در ۱۹ کشور از کشورهای آمریکای لاتین نیز میزان سزارین مطالعه شده که در هفت کشور ریت سزارین کمتر از ۱۵٪ و در ۱۲ کشور میزان سزارین بالای ۱۵٪ (بین ۱۶/۸٪ تا ۴۰٪) بوده است. سزارین، دارای مخاطرات بهداشتی برای مادر و کودک بوده و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد(۹). در برزیل به ازریابی و مقایسه ترجیح خانم‌های باردار در بخش خصوصی و دولتی برای زایمان به روش طبیعی یا سزارین پرداخته شده است که بصورت مصاحبه رو در رو یکماه قبل از زایمان و یک ماه بعد از زایمان انجام شده است(۱۰). در پژوهشی در سال ۲۰۰۴ در بین ۱۸ کشور عربی، فقط ۳ کشور سزارین بالای ۱۵ درصد گزارش شده است (۳).

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 گرفته است. علی‌رغم تفاوت زیاد سزارین در دو بخش که در بخش دولتی ۳۱٪ و در بخش خصوصی ۷۲٪ بوده است تفاوت معنی‌داری در ترجیح خانم‌های دو گروه مشاهده نشده است. بعد از

امروزه بحث‌های زیادی با افزایش میزان سزارین آغاز شده و توجه بسیاری را به خود جلب نموده است(۱-۳). در نظام‌های پیشرفته بهداشت و درمان، استانداردهای مشخص، اعتبارهای معینی را برای هر فرایند خدمتی معلوم کرده است. 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:

الف- تبیین استانداردهای درمانی و تعریف نظام اعتبار بخشی

ب- تدوین راهکارهای علمی منطبق بر ساختارهای اقتصادی و فرهنگی کشور برای ارائه خدمات درمانی

ج- تعریف مراقبت‌های مدیریت شده در ارائه خدمات بهداشتی درمانی(۴).

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 تأثیر کلان هم روی حرفه‌های مراقبت سلامتی و هم روی دریافت کنندگان مراقبت»(۵). موضوع مراقبت‌های مدیریت شده اولین بار در ایران در سال ۱۳۸۰ توسط معاونت سلامت وقت مطرح شد و تاکنون قریب به ۴۵ دستورالعمل در این رابطه صادر شده است که دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده شماره ۵ در ارتباط با مراقبت‌های بارداری و زایمان می‌باشد(۴).

یک سازمان مراقبت مدیریت شده موسسه‌ای است که با استفاده از مفهوم و تکنیک‌های مراقبت مدیریت شده روی دسترسی، هزینه و کیفیت مراقبت سلامت

آخرین مورد سخت‌ترین هدف برای دستیابی می‌باشد (۱۴). به‌علاوه توجه زیادی به بحث‌های ایمنی، خواست بیماران، مشکلات روش شناسی، تخصیص منابع و غیره انجام شده است. این بحث‌ها زمانی اوج گرفت که Edwin Cragin در مقاله‌ای نوشت که: یک سزارین، همیشه سزارین (۱۳).

در حالی که میزان سزارین در سرتاسر جهان افزایش یافته است پرسش در مورد متناسب بودن موارد انتخابی جهت این اقدام نیز افزایش یافته است (۱۵). 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. ازجمله بیان شده که شیوع عوارض مانند سندرم عفونت آمیوتیک در زایمان طبیعی کمتر است (۱۶).

هرچند سزارین در بیشتر کشورها روند 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 فاطمه الزهرا نجف‌آباد در سال ۱۳۸۷ بوده است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی بوده که بصورت مقطعی در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف‌آباد وابسته به سازمان تامین اجتماعی انجام شده است.

جامعه آماری در این پژوهش، کلیه پرونده‌های بستری زایمان در طول سال ۱۳۸۷ بوده است (۳۱۴۲ پرونده) که نمونه‌گیری انجام نشده و کل جامعه مورد مطالعه قرار گرفته است.

ابزار گردآوری داده‌ها فرم اطلاعاتی تعیین وضعیت زایمان و سزارین بوده است که تعداد زایمان به روش

اجرای مراقبت‌های مدیریت شده، میانگین طول مدت اقامت به میزان ۰/۷ روز (۱۳/۵٪) و میانگین هزینه‌ها به میزان ۵۱۸ دلار (۱۳/۱٪) کاهش داشته است که این کاهش‌ها معنی دار بوده است (۱۱).

در پژوهشی با عنوان «تولد سزارین در ایالات متحده؛ اپیدمیولوژی، روندها و نتایج» بیان گردیده که نرخ سزارین از ۲۰/۷ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۳۱/۱ درصد در سال ۲۰۰۶ در ایالات متحده رسیده است. این افزایش در تمام زنان، در همهٔ سنین و همهٔ نژادها و در تمام ایالت‌ها اتفاق افتاده است. به‌علاوه هم سزارین اولیه و هم سزارین تکراری افزایش یافته است (۱۲). همچنین در پژوهشی با عنوان «افزایش میزان سزارین، به کجا خواهیم رسید؟» بیان گردیده که افزایش میزان سزارین بیان‌کنندهٔ تغییر در اعمال متخصصین زنان، نگرش بیماران و توانمندسازی بیماران در سالهای اخیر است. بیش از ۶۰٪ سزارین‌ها می‌تواند به سزارین تکراری، دیستوشی، زجر جنین و نمای غیر طبیعی جنین منجر شود. مطالعه در مورد کاربردهای سزارین برای بیمارستانها، پزشکان و پژوهشگران به منظور تعیین استراتژی‌های مقابله با میزان سزارین مفید است (۱۳).

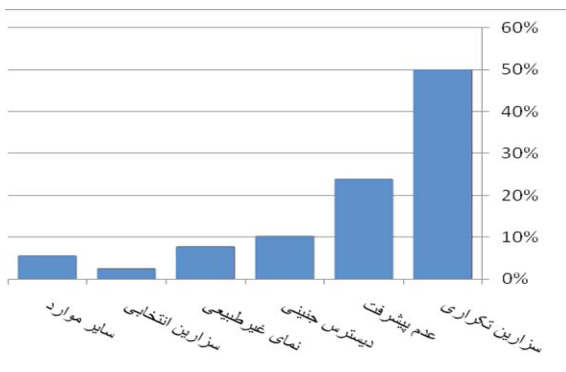
طبق استاندارد سازمان بهداشت جهانی آمار سزارین در کشورهای توسعه یافته ۱۵-۵ درصد می‌باشد و در ایران ۴۲/۵ درصد است که براساس برنامه چهارم توسعه در ۵ سال آینده باید به کمتر از ۲۰٪ برسد (۲). از سوی دیگر برای دستورالعمل‌های مراقبت‌های مدیریت شده ضمانت اجرائی در نظر گرفته نشده و از اینکه به چه میزان در بیمارستان‌ها از آن استفاده می‌کنند آمار صحیحی در دسترس نیست. به‌علاوه هم سزارین اولیه و هم سزارین تکراری افزایش یافته است (۱۲). بنظر می‌رسد که پاسخ افزایش میزان سزارین در کاهش میزان سزارین ابتدایی، سخت‌گیری نسبت به واحدهای دارای میزانهای بالای سزارین و تغییر نگرش پزشکان، ماماها و بیماران به زایمان طبیعی بعد از سزارین نهفته است که

۵/۶٪ نیز سایر موارد از جمله علل طبی و جراحی، دکلمان، جفت سرراهی و غیره بوده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که در ۲/۵ درصد موارد سزارین، اندیکاسیون سزارین بعنوان سزارین انتخابی ثبت شده است.

متوسط درصد سزارین نسبت به کل زایمان انجام شده در این بیمارستان ۴۳٪ بوده است، که بیشترین آن با ۵۰/۹۳٪ مربوط به آذر ماه و کمترین با ۳۱/۴۶٪ در بهمن ماه بوده است (نمودار ۱).

نمودار ۱: توزیع علل سزارین به درصد در بیمارستان

فاطمه الزهرا نجف‌آباد در سال ۱۳۸۷



### بحث و نتیجه‌گیری

میزان فزاینده سزارین در سالهای اخیر توجه وسیعی را به خود جلب کرده است و بحثهای زیادی را نیز در سطح عموم ایجاد کرده است. کاهش سزارین اولیه بدلیل دیستوشی و افزایش میزان زایمان طبیعی بعد از سزارین می‌تواند به کاهش میزان سزارین کمک کند. کاهش سزارین اولیه بدلیل زجر جنینی بدنال تشخیص دقیق‌تر نیز می‌تواند به کاهش میزان سزارین کمک کند. مطالعه در مورد کاربردهای سزارین برای بیمارستانها، پزشکان و پژوهشگران به منظور تعیین استراتژی‌های مقابله با میزان سزارین مفید است (۱۳).

زایمان طبیعی و زایمان سزارین و همچنین علت زایمان سزارین را براساس اندیکاسیون‌ها تعیین شده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را تعیین می‌نماید.

نظر به اینکه محتوای فرم اطلاعاتی موارد ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ارزیابی عملکرد سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد، این ابزار در دامنه موضوعی پژوهش حاضر از اعتبار علمی لازم برخوردار بوده است.

به منظور گردآوری داده‌ها، پژوهشگران کلیه پرونده‌های ترخیص شدگان بخش زایمان را مورد مطالعه قرار داده و اطلاعات مربوطه در فرم یاد شده ثبت گردید. در مرحله تحلیل داده‌ها، ابتدا تعداد زایمان طبیعی و سزارین مشخص و سپس فراوانی مطلق و نسبی سزارین‌ها به تفکیک محاسبه گردید. در پردازش داده‌ها از نرم‌افزار اکسل<sup>۱</sup> بهره‌گیری بعمل آمد.

### یافته‌ها

از ۳۱۴۲ زایمان انجام شده در سال ۱۳۸۷ در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف‌آباد وابسته به سازمان تامین اجتماعی، ۱۷۹۱ مورد آن زایمان طبیعی و ۱۳۵۶ مورد آن سزارین بوده است.

در رابطه با زایمان‌های سزارین به تفکیک اندیکاسیون سزارین یافته‌های پژوهش نشان داد، بیشترین میزان (۵۰٪) مربوط به اندیکاسیون سزارین تکراری بوده است (نمودار ۱).

عدم پیشرفت به عنوان دومین اندیکاسیون سزارین، علت ۲۳/۹٪ موارد سزارین ثبت گردیده و پس از آن دیسترس جنینی با فراوانی ۱۰/۲۵٪ قرار دارد. نمای غیر طبیعی علت ۷/۷۵٪ موارد سزارین را تشکیل داده و

1. EXCEL

را به خود اختصاص داده است. ۶٪ موارد سزارین، اندیکاسیون سزارین بعنوان سزارین انتخابی ثبت شده است (۵). به نظر می‌رسد که تغییرات زیادی در علل سزارین اتفاق افتاده است به طوری که در این پژوهش سزارین تکراری ۲۶/۵ درصد اندیکاسیون‌ها را به خود اختصاص داده است که دومین علت سزارین بوده است.

در پژوهشی در سال ۲۰۰۴ در بین ۱۸ کشور عربی، فقط ۳ کشور سزارین بالای ۱۵ درصد گزارش شده است (۱۷،۳). در برزیل میزان سزارین در بخش دولتی ۲۳٪ و در بخش خصوصی ۶۴٪ گزارش شده است. در برزیل علت این اختلاف زیاد میزان سزارین در خانم‌ها در دو بخش دولتی و خصوصی، افزایش سزارین ناخواسته در میان بیماران بخش خصوصی دانسته شده ولی بیان می‌شود که میزان بالای سزارین ضرورتاً منعکس کننده نیاز به جراحی جهت زایمان نمی‌باشد و تفاوت میزان سزارین در بخش دولتی و خصوصی بیان می‌کند که عوامل غیر پزشکی نظیر وضعیت اقتصادی و منشأهای بخش خصوصی ممکن است پزشکان را به انجام زایمان به روش جراحی تشویق کند (۱۰). از جمله دیگر عوامل تأثیر گذار، عوامل فرهنگی، اجتماعی، سازمان‌های مراقبت زنان و زایمان و ملاحظات قانونی و سازمانی بوده‌اند. مداخلات لازم برای باز بینی روند افزایش سزارین در این کشور پیشنهاد شده است (۸).

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 می‌شود. هزینه‌های زایمان سزارین بیمار بیشتر از زایمان طبیعی است. در کشورهای در حال توسعه میزان بالای سزارین نشان می‌دهد که ناشی از نقش پزشکان می‌باشد. به منظور کاهش این میزان باید آموزش پزشکی بر استفاده از روش‌های جایگزین سزارین متمرکز شود (۵).

بارداری و مراقبت‌های بهداشتی خاص آن به دلیل تأثیر در شاخص‌های سلامت، مورد توجه سیاستگذاران سلامتی کشور می‌باشد. کاربرد عمل جراحی سزارین که در موارد ضروری برای حفظ جان مادر یا جنین لازم و حیاتی است در موارد غیرضروری نه تنها سبب تحمیل هزینه‌های اقتصادی فراوان می‌شود، بلکه می‌تواند سبب افزایش عوارض نیز شود. بررسی‌های مختلف حاکی از روند صعودی و افزایش بی‌رویه سزارین غیرضروری در کشورهای جهان سوم و از جمله کشورمان می‌باشد (۴). هرچند سزارین در بیشتر کشورها روند رو به رشدی داشته است ولی به نظر می‌رسد در کشور ما تبدیل به یک اپیدمی پرهزینه گردیده است.

با توجه به یافته‌های پژوهش متوسط درصد سزارین در سال ۱۳۸۷ در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف‌آباد ۴۳٪ بوده است. آمار سزارین در کشور ایران ۴۲/۵ درصد می‌باشد و طبق برنامه چهارم توسعه باید در ۵ سال آینده به کمتر از ۲۰٪ برسد (۴) متوسط سزارین در این بیمارستان نزدیک به متوسط کشوری آن می‌باشد ولی هنوز تفاوت قابل توجهی با هدف تعریف شده در برنامه چهارم توسعه دارد. به علاوه متوسط درصد سزارین تکراری ۵۰٪ علل سزارین‌ها را تشکیل داده است.

نصیری‌پور، ابراهه، ایزدی در پژوهشی در رابطه با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده زایمان در بیمارستان بازرگانان نشان داده که متوسط درصد سزارین نسبت به کل زایمان انجام شده در این بیمارستان ۷۰٪ بوده است. در رابطه با زایمان‌های سزارین به تفکیک اندیکاسیون سزارین، ۳۳٪ از موارد سزارین مربوط به اندیکاسیون عدم پیشرفت و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر بوده که بعد از آن اندیکاسیون سزارین تکراری ۲۶/۵ درصد را به خود اختصاص داده است. دیسترس جنینی در ۱۷٪ از سزارین‌ها و نمای غیر طبیعی و چندقلوئی در ۱۰٪ از سزارین‌ها ثبت شده است. عمل طبی و جراحی ۷٪ و جفت سرراهی و دکلمان ۲٪ از اندیکاسیون‌های سزارین

افزایش میزان سزارین بیان کننده تغییر در اعمال متخصصین زنان، نگرش بیماران و توانمندسازی بیماران در سالهای اخیر است. بیش از ۶۰٪ سزارین‌ها می‌تواند به سزارین تکراری، دیستوشی، زجر جنین و نمای غیر طبیعی جنین منجر شود. سزارین تکراری می‌تواند منبع بزرگی از کاهش آینده سزارین را به خود اختصاص دهد. کاهش سزارین اولیه بدلیل دیستوشی و افزایش میزان زایمان طبیعی بعد از سزارین می‌تواند به کاهش میزان سزارین کمک کند. کاهش سزارین اولیه بدلیل زجر جنینی بدنال تشخیص دقیق‌تر نیز می‌تواند به کاهش میزان سزارین کمک کند(۱۳). بنظر می‌رسد که پاسخ افزایش میزان سزارین در کاهش میزان سزارین ابتدایی، سخت‌گیری نسبت به واحدهای دارای میزانهای بالای سزارین و تغییر نگرش پزشکان، ماماها و بیماران به زایمان طبیعی نهفته است(۱۴).

نرخ سزارین از ۲۰/۷ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۳۱/۱ درصد در سال ۲۰۰۶ در ایالات متحده رسیده است. این افزایش در تمام زنان، در همه سنین و همه نژادها و در تمام ایالت‌ها اتفاق افتاده است. بعلاوه هم سزارین اولیه و هم سزارین تکراری افزایش یافته است. بنظر می‌رسد که تغییر در عملکرد متخصصان زنان بیشتر از تغییر در شرایط پزشکی خطرناک یا تقاضای مادران بوده است(۱۰). در پژوهشی با عنوان «انگیزش‌های مالی همیشه کار نمی‌کند: از جمله سزارین در تایوان» بیان شده که یکسان‌سازی پرداخت بابت سزارین و زایمان طبیعی تأثیری بر نرخ سزارین نگذاشته است. به عبارت دیگر باید سیاست‌هایی انتخاب شوند که موجب تغییر در کل اجتماع گردند(۱۸).

با مطالعه میزان و دلایل سزارین در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد وابسته به سازمان تامین اجتماعی مشخص شد که بالاترین درصد از دلایل سزارین را سزارین تکراری تشکیل می‌دهد، هر چند تلاش قابل تقدیری از جمله راه اندازی زایمان بدون درد در این

در آمریکای لاتین بین سرانه GNP<sup>۱</sup> و میزان سزارین همبستگی وجود داشت و میزان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی بالاتر از بیمارستانهای عمومی بوده است که با پژوهش حاضر هم‌خوانی زیادی نشان می‌دهد. سزارین مخاطرات بهداشتی برای مادر و کودک را در بر دارد و هزینه‌های مراقبت بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد، بین شاخص‌های اقتصادی اجتماعی و نسبت سزارین یک رابطه شفاف وجود دارد. 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 بیمارستان‌های خصوصی بیشتر از بیمارستان‌های عمومی بوده است. هر چند ریت بالای سزارین با درآمد بالا و طبقه اجتماعی رابطه مستقیم نشان داده، زنان با درآمد پائین با خطر زایمانی بیشتری روبرو بوده‌اند(۸). همچنین آمار سزارین‌ها در کشور مالزی کمتر از ۱۰٪ گزارش شده است(۵).

متوسط سزارین نسبت به کل زایمان‌ها در بیمه شدگان نیروهای مسلح ۵۱٪ در کل کشور گزارش شده است که کمترین آن در شهر یاسوج با ۲۵٪ و بیشترین آن در بیمارستان مادران تهران با ۹۳٪ می‌باشد. این گزارش عنوان می‌کند که بررسی علل میزان بالای سزارین در کشور ما حاکی از وجود تعامل عوامل متعددی که طی بیش از ۴ دهه یک اثر افزایش 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(۱۷). در مقایسه با پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که میزان سزارین در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد نسبت به کل زایمان‌ها در بیمه شدگان نیروهای مسلح در وضعیت پایین‌تری قرار دارد.

1. Gross National Product (GNP)

- 5- Nasiripour A.A., Ebrazezh A., Izadi A.R. A Study on Caesarean managed care guideline at Bazrganan hospital in theory and practice. *Iranian Journal of Health Administration*, 2007; 9(26):45-50. [Persian]
- 6- Blegen MA, Reiter RC, Goode CJ, Murphy RR. Outcomes of hospital-based managed care: A multivariate analysis of cost and quality. *Obstet Gynecol*. 1995; Nov; 86(5):809-14.
- 7- Muyllder, De Xavier. Caesarian sections in developing countries: some considerations. *Health Policy and Planning*. 1993; 8(2): 101-112.
- 8- 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.
- 9- Belizán MJ, Althabe F, Barros CF, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999; 319:1397-1402.
- 10- Potter EJ, Berquó 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.
- 11- Blegen MA, Reiter RC, Goode CJ, Murphy RR. Outcomes of hospital-based managed care: A multivariate analysis of cost and quality. *Obstet Gynecol*. 1995; Nov; 86(5):809-14.
- 12- MacDorman M. F., Menacker F., Declercq E. Cesarean Birth in the United States: Epidemiology, Trends, and Outcomes. *Clinics in Perinatology*, 2008; June 35(2):293-307.
- 13- Ching T W, Kanagalingam D, Koon TH. Rising Caesarean Sections Rates . Where Do We Go From Here? *SGH PROCEEDINGS*, 2003; 12(4):208-212.

بیمارستان انجام پذیرفته است. به نظر می‌رسد با افزایش تلاش در جهت کاهش سزارین، سزارین تکراری با شتاب بیشتری افزایش می‌یابد. 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 مورتابلیتی و موربیدیتهای مادر و جنین، ایجاد عوارض نامطلوب در حاملگی‌های بعدی افزایش میزان سزارین‌های تکراری، افزایش بار مالی بر دوش منابع مالی و صندوق‌های بیمه‌ای، بنظر می‌رسد که کاهش میزان سزارین در گروه کاهش میزان سزارین اولیه، سخت‌گیری نسبت به واحدهای دارای میزان‌های بالای سزارین (مخصوصاً سزارین اولیه) و بکارگیری مناسب سیستم تشویق و تنبیه به موقع نهفته است.

#### تشکر و قدردانی

از همکاری مدیریت، بخش زایشگاه و مدارک پزشکی و کادر بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد وابسته به سازمان تامین اجتماعی صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

#### References:

- 1- Hasanzadeh A., Alizad S. F. Quality in Healthcare. Tehran: Social Security Research Institute, 2008: 21. [Persian]
- 2- Porter M., et al. Does Caesarean section cause infertility? *Human Reproduction*. 2003; 18(10):1983-6.
- 3- Jurdi R., Khawaja M. Caesarean section rates in the Arab region: a cross-national study. *Health Policy and Planning*. 2004, 19(2): 101-110.
- 4- Ministry of Health and Medical Education. Managed Care Guidelines. Tehran: Arvij press, 2005. [Persian]

- 14- Cohain S.J. Vaginal Birth after Caesarean Section: Seeing the Bigger Picture. *British Journal of Midwifery*, July 2006; 14(7):1-4.
- 15- Mishra US, Ramanathan M. Delivery -related complications and determinants of caesarean section rates in India. *Health Policy and Planning*. 2002; 17(1): 90-98.
- 16- 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.
- 17- Army's Medical Services Insurance Organization, A survey on caesarean section rates and normal delivery. Tehran, 2000. [Persian]
- 18- Smith G., et al. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ* 2004; 329(7462):375