

تحلیل دستور کار گذاری سیاست ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت ایران: کاربردی از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان

محمد مهدی کیانی^۱، مریم تاجور^{۲*}

• پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۲۳

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۶/۱۰/۲۲

• دریافت مقاله: ۹۶/۶/۲۴



چکیده

مقدمه: با توجه به عوارض بالای سزارین و بار اقتصادی زیادی که به خانوارها تحمیل می‌کند، لازم است زایمان طبیعی ترویج شود. پژوهش حاضر به تحلیل عوامل مؤثر بر دستور کارگذاری سیاست ترویج زایمان طبیعی در برنامه تحول نظام سلامت با استفاده از مدل «جریان‌های چندگانه کینگدان» می‌پردازد.

روش بررسی: این مطالعه از دسته مطالعات تحلیل سیاست‌های سلامت و از نوع مطالعه موردی بود که به صورت گذشته‌نگر و با استفاده از تحلیل اسناد و مدارک مرتبط و مرور متون موجود، دستور کارگذاری برنامه ترویج زایمان طبیعی را با استفاده از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان مورد بررسی قرار داد.

یافته‌ها: نقش رسانه‌ها در افزایش آمار بالای سزارین (جریان مشکل) و توانایی آن‌ها در وادار کردن دولت برای انجام برنامه‌ای برای کاهش آن، جلب حمایت متخصصان زنان و مامایی و از همه مهم‌تر این که با روی کار آمدن دولت یازدهم و ارائه برنامه تحول نظام سلامت با توجه به اسناد بالا دستی (جریان سیاستی) و حمایت‌های همه جانبه مقام معظم رهبری، رئیس‌جمهور، مجلس، سازمان‌های بیمه‌ای و سایر ارکان نظام از این برنامه (جریان سیاسی)، در نهایت باعث شدند که پنجره فرصت گشوده شده و برنامه ترویج زایمان طبیعی در قالب طرح تحول نظام سلامت در دستور کار دولت بگیرد.

بحث و نتیجه‌گیری: تحلیل سیاست ترویج زایمان طبیعی در قالب طرح تحول نظام سلامت با استفاده از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان به درک بهتر محتوای سیاست مذکور و دلایل مصوب شدن و اجرای این سیاست کمک شایانی می‌کند.

واژگان کلیدی: سیاست‌گذاری سلامت، سزارین، زایمان طبیعی، مدل جریان‌های چندگانه کینگدان، ایران

ارجاع: کیانی محمد مهدی، تاجور مریم. تحلیل دستور کارگذاری سیاست ترویج زایمان طبیعی در طرح تحول نظام سلامت ایران: کاربردی از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۶؛ ۳(۴): ۷۸-۳۶۷.

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: تهران، میدان انقلاب، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

Email: mtajvar@tums.ac.ir

تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۵۵

مقدمه

انجام زایمان یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی-درمانی است که به صورت طبیعی و عمل سزارین انجام می‌گیرد. امروزه سزارین تنها برای نجات جان مادر و نوزاد انجام نمی‌پذیرد و این امر موجب افزایش روزافزون تعداد سزارین در سراسر جهان و ایران شده است. افزایش سزارین نه تنها می‌تواند عوارض زایمان برای مادر و نوزاد را افزایش دهد، بلکه هزینه‌های اضافی خدمات بهداشتی نیز به آن‌ها تحمیل می‌کند (۱،۲). امروزه عمل سزارین حالت تجملی به خود گرفته و احتمال اینکه یک زن تحت عمل سزارین قرار بگیرد، سه برابر بیشتر از دو دهه قبل شده است (۳،۴). نتایج مطالعات نشان داده است که سزارین، عوارضی از جمله عفونت، خونریزی، انتقال خون بین مادر و جنین، آسیب به ارگان‌های دیگر، عوارض بیهوشی و روانی را برای سلامت مادر افزایش داده و خطر مرگ مادر ناشی از زایمان سزارین را سه برابر نسبت به زایمان طبیعی (واژینال) افزایش می‌دهد (۵-۷)؛ بنابراین به دلیل عوارض جراحی و جانبی، بار هزینه‌های مالی، افزایش طول دوره اقامت و بستری مادر در بیمارستان، زایمان طبیعی ارجح است (۸).

مطابق توصیه سازمان بهداشت جهانی، نسبت سزارین نباید بیش از ۱۵ درصد کل زایمان‌ها باشد (۹). آمار سزارین در نقاط مختلف جهان متفاوت بوده و رو به افزایش است. این روند افزایشی تقریباً در سراسر جهان وجود داشته و مختص کشور خاصی نیست. به طور مثال طبق گزارش مرکز ملی سلامت آمریکا، در سال ۱۹۹۶، ۲۲ درصد و در سال ۲۰۱۲، ۳۲/۷ درصد زنان در آمریکا از طریق سزارین فرزندان خود را به دنیا آورده‌اند و در کشور چین میزان

سزارین حدود ۴۰ درصد در سال ۲۰۱۲ گزارش شده است (۱۰).

بر اساس گزارشی که در سال ۲۰۱۴ توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر شد، میزان متوسط سزارین در دنیا طی سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۶ در بین کشورها ۱۷ درصد بود که بالاترین میزان آن ۵۴ درصد در برزیل و پایین‌ترین نیز زیر ۱ درصد در سودان اعلام شد (۱۱). مطابق همین گزارش، میزان سزارین در ایران ۴۸ درصد گزارش شد که در رتبه دوم جهان قرار داشت. همچنین در این گزارش میزان سزارین در کشورهای کم درآمد ۶ درصد، درآمد متوسط به پایین ۹ درصد، درآمد متوسط به بالا ۳۲ درصد و درآمد بالا ۲۸ درصد گزارش شد (۱۱). در مطالعه Betran و همکاران در ۱۵۰ کشور از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴، نرخ سزارین به طور معمول ۱۸/۶ درصد بود که در نواحی کم درآمد، ۶/۶ درصد و در نواحی با درآمد بالا، ۲۷/۲ درصد گزارش شد. به طور کلی، بر مبنای این مطالعه، هر چه کشورها توسعه یافته‌تر و از درآمد بالاتری بهره‌مند می‌شوند، نرخ سزارین نیز افزایش می‌یابد (۱۲).

اثرات اقتصادی سزارین نیز قابل توجه می‌باشد به طوری که در سال ۱۹۹۳ میلادی در آمریکا هزینه متوسط هر عمل سزارین ۱۱۰۰۰ دلار و برای زایمان طبیعی ۶۴۳ دلار بوده است (۱۳). در انگلستان نیز هزینه سزارین ۷۶۰ پوند بیشتر از هزینه زایمان طبیعی است و تخمین زده شده که با یک درصد کاهش در میزان سزارین، سالیانه ۵ میلیون پوند از هزینه سیستم بهداشتی کاهش می‌یابد (۱۳).

کشور ایران جزء کشورهای با نرخ بالای سزارین است و آمار سزارین به خصوص طی ۳ دهه گذشته در ایران روند افزایشی داشته است. میزان سزارین در

پایان سال ۱۳۹۳، رایگان شدن زایمان طبیعی و کاهش پرداخت از جیب، افزایش رضایت‌مندی مادران باردار از طریق حفظ حریم خصوصی با بهینه‌سازی فضای فیزیکی اتاق‌های زایمان و افزایش انگیزش ارائه‌دهندگان جهت افزایش میزان زایمان طبیعی در مراکز دولتی بود (۱۸).

پژوهش حاضر به عنوان یکی از مطالعات تحلیل سیاست در نظر داشت عوامل مؤثر بر دستور کارگذاری سیاست برنامه ترویج زایمان طبیعی در قالب برنامه تحول نظام سلامت را با استفاده از مدل «جریان‌های چندگانه کینگدان» مورد بررسی قرار دهد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار سیاست‌گذاران بهداشتی کشور برای شناخت عوامل مؤثر بر دستور کارگذاری این سیاست خاص فراهم کند و برای آموختن درس‌هایی جهت به کارگیری در سیاست‌گذاری‌ها و سیاست‌های بعدی بهداشتی مفید واقع شود.

روش بررسی

این مطالعه از دسته مطالعه‌های تحلیل سیاست‌های سلامت (Health Policy Analysis) و از نوع مطالعه موردی بود که به صورت گذشته‌نگر، دستور کارگذاری برنامه ترویج زایمان طبیعی را با استفاده از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان (۱۹) مورد تجزیه و تحلیل قرار داد.

مدل جریان‌های چندگانه کینگدان یکی از مدل‌های مهم برای تحلیل دستورگذاری سیاست می‌باشد. در این مدل، سه جریان اصلی که منجر به در دستور کار قرار گرفتن یک سیاست است، نقش مهمی دارند که شامل «جریان مشکل»، «جریان سیاسی» و «جریان سیاست» می‌باشند. جریان مشکل به درک مشکلات

سال ۱۳۵۵ در ایران ۱۹/۵ درصد بوده که در سال‌های میانی دهه ۷۰ به ۲۴ درصد رسیده است (۱۴). در سال ۱۳۸۹ این میزان طبق مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت به ۴۵/۵ درصد رسید (۱۵) و در سال ۱۳۹۲، این میزان به ۵۴ درصد افزایش یافت و به این ترتیب دومین رتبه را از نظر نرخ سزارین به خود اختصاص داد (۱۶).

با روی کار آمدن دولت یازدهم و با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالا دستی به ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و نیز در راستای اجرای فاز دوم هدفمندی یارانه‌ها، سلامت از اولویت ویژه‌ای برخوردار شد. در اردیبهشت سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت و درمان اجرای برنامه‌ای را تحت عنوان طرح تحول سلامت در جهت اصلاح نظام سلامت و با اهداف مختلف از جمله کاهش پرداخت از جیب، حفاظت مالی از بیماران خاص، بهبود کیفیت خدمات و ... آغاز کرد (۱۷).

یکی از بسته‌های خدمتی این طرح تحت عنوان «برنامه ترویج زایمان طبیعی» با هدف برطرف کردن موانع ترویج زایمان طبیعی و متعاقب آن کاهش میزان سزارین بود. با توجه به اینکه افزایش زایمان طبیعی یکی از اهداف اصلی بوده؛ بنابراین دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی نیز تدوین و به همه بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها ابلاغ گردید. در این برنامه در بسته ششم فاز اول که مختص برنامه ترویج زایمان طبیعی بود اهداف زیر تعیین گردید که به طور کلی شامل ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین و به طور اخص شامل ۱۰ درصد کاهش در میزان سزارین تا

راه حل آن در دستور کار سیاست قرار گیرد، ممکن است اقدامات جایگزینی در جریان سیاست ایجاد شود (۲۰).

نحوه گردآوری اطلاعات و تحلیل یافته‌ها: در این مطالعه به منظور گردآوری اطلاعات و سپس تحلیل آن‌ها مراحل زیر طی شد:

- بررسی و تحلیل اسناد و مدارک موجود: اسناد انتخابی شامل سه سند طرح تحول سلامت (به منظور شناسایی اهداف طرح تحول نظام سلامت)، برنامه ترویج زایمان طبیعی (به منظور شناسایی اجزای برنامه ترویج زایمان طبیعی) و سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری (به منظور شناسایی حمایت دولتمردان) بود.

- مرور منابع و شواهد موجود: بدین منظور کلید واژه‌های فارسی مورد جستجو شامل «سزارین»، «زایمان طبیعی»، «طرح تحول نظام سلامت»، «برنامه ترویج زایمان طبیعی»، «اهداف طرح تحول نظام سلامت» و کلید واژه‌های انگلیسی مورد جستجو شامل "Vaginal delivery"، "Cesarean section"، "Kingdon Model" و "Agenda Setting" بودند. به منظور بررسی مقالات و اطلاعات از پایگاه‌های داده‌ای PubMed، Scopus، Web of Science، Medex، Irandoc و موتور جستجوگر Google scholar استفاده شد. زبان منابع منتشر شده فارسی و انگلیسی بودند.

یافته‌ها

در جدول ۱ خلاصه‌ای از اسناد مورد بررسی که متناسب با هدف پژوهش هستند، آورده شد.

به عنوان مشکلات همگانی نیازمند اقدام دولت اشاره می‌کند و از تلاش‌های قبلی دولت برای واکنش به آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. جریان سیاست تحلیل مستمر مشکلات و راه‌حل‌ها، بحث‌های مرتبط با این مشکلات و واکنش‌های احتمالی به آن‌ها را شامل می‌شود. جریان سیاسی (سیاست ورزی) کاملاً جدا از دو جریان دیگر عمل می‌کند و شامل عواملی چون تغییر دولت و مبارزات تبلیغاتی گروه‌های ذی‌نفع می‌باشد. در عالم سیاست همواره این جریان‌ها ممکن است حضور داشته باشند و به صورت موازی حرکت کنند در این حالت است که آن مشکل در دستور کار دولت قرار نمی‌گیرد، ولی اگر پنجره فرصتی ایجاد شود که این سه جریان بهم نزدیک شوند، یک مشکل یا مسئله از میان مشکلات (مسائل) مختلف در دستور کار قرار می‌گیرد (۲۰).

باز شدن پنجره فرصت: بر اساس مدل کینگدان، این سه جریان به طور جدا از هم و در کانال‌های مستقل عمل می‌کنند مگر در زمان‌های خاص «یعنی پنجره فرصت» که این سه جریان با هم مرتبط می‌شوند یا همدیگر را قطع می‌کنند. این سه جریان زمانی به هم می‌رسند که تغییر سیاست از احتمال بالایی برخوردار باشد.

بنابراین موضوعات براساس تعدادی مراحل منطقی به دستور کار سیاست راه پیدا نمی‌کنند. هر یک از این سه جریان به طور همزمان جریان پیدا می‌کنند تا در نقطه‌ای بهم پیوند بخورند که احتمالاً در این نقطه یک موضوع توسط سیاست‌گذاران بسیار جدی گرفته می‌شود. به هم رسیدن این سه جریان به آسانی قابل مهندسی و پیش‌بینی نیست؛ بنابراین در عمل، به ندرت فرآیند یک سیاست از تشخیص مشکل تا یافتن راه‌حل‌ها طی می‌شود. پیش از آن که موضوع و

جدول ۱: عناوین و اهداف اسناد مورد استفاده در خصوص ترویج زایمان طبیعی

عنوان سند	هدف کلی سند	اهداف کلی	اهداف جزئی مرتبط با کاهش سزارین
طرح تحول نظام سلامت	حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات	ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان از طریق کاهش میزان سزارین - میزان مطلوب سزارین بین ۲۵ تا ۳۰ درصد	کاهش ۱۰ درصدی در میزان سزارین تا پایان سال ۹۳- رایگان شدن زایمان طبیعی - افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان متخصصین زنان، متخصصین بیهوشی، ماماها
سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری	تحکیم بنیاد خانواده، حمایت از مادران	افزایش نرخ باروری	کاهش هزینه‌های زایمان
برنامه ترویج زایمان طبیعی	ارتقای سلامت مادران و نوزادان	ترویج زایمان طبیعی	افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان (۳۰ کای جراحی برای زایمان طبیعی و ۱۶ کای بیهوشی برای زایمان بی درد) - برگزاری دوره‌های آموزشی جهت ارائه‌دهندگان خدمت و فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌های عمومی

در این قسمت به تشریح هر یک از جریان‌های مدل کینگدان و این که چگونه برنامه ترویج زایمان طبیعی در دستور کار قرار گرفت، پرداخته می‌شود. در این قسمت مشخص می‌شود که مشکل (problem stream) چه بود؟، راه‌حل‌ها (policy stream) چه بودند؟ و این که سیاست‌های حاکم (politics stream) در آن زمان در مورد ترویج زایمان طبیعی چه بود؟ و در نهایت چه شد که پنجره فرصت باز شد؟ در دستور کار قرارگیری برنامه ترویج زایمان طبیعی در دو بخش قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت و بعد از اجرای برنامه تحول نظام سلامت آورده شد.

تحلیل برنامه ترویج زایمان طبیعی بر اساس مدل کینگدان قبل از طرح تحول نظام سلامت:

با توجه به مدل جریان‌های چندگانه کینگدان، سه جریان مشکل، سیاستی و سیاسی به تفکیک در مورد در دستور کار قرارگیری برنامه ترویج زایمان طبیعی از یکدیگر تفکیک و شرح داده شد. پیش از اجرای

تحول نظام سلامت نیز نرخ بالای سزارین وجود داشت و آمار بالای آن نیز توسط محققان گوشزد می‌شد (۱۵،۱۶)، ولی هیچ موقع برنامه شفافی که با این مشکل به خوبی مقابله کند، وجود نداشت. در حقیقت جریان مشکل، سیاستی و سیاسی به طور موازی با یکدیگر حرکت می‌کردند و مشکل در دستور کار قرار نمی‌گرفت و طبق مدل کینگدان، پنجره فرصتی باز نمی‌شد.

جریان مشکل: از سال ۲۰۰۰ ایران از نظر میزان سزارین در رتبه دوم جهان بود و بازخوردهای زیادی در مجامع بین‌المللی و داخلی داشت (۱۶).

جریان سیاستی: در جهت مبارزه با این معضل، حمایت دولت به خوبی صورت نگرفت. سایر افراد دخیل مانند متخصصان زنان و ماماها نیز تمایل چندانی در کاهش سزارین نداشتند.

جریان سیاسی (راه‌حل‌ها): یکی از راه‌حل‌هایی که در جهت برخورد با این مشکل ارائه شد، «دستورالعمل مراقبت مدیریت شده» بود؛ اما حمایت خوبی از این

همکاران انجام دادند مشخص شد که افزایش سزارین تحت تأثیر عواملی مانند افزایش سن ازدواج، افزایش سن در هنگام تولد اولین فرزند، افزایش میزان اشتغال زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی و تکنولوژی پیشرفته قرار می‌گیرد (۱۴). همچنین از مهم‌ترین دلایل انجام سزارین می‌توان به مواردی چون ترس از درد زایمان طبیعی، نگرش منفی به زایمان طبیعی، سزارین قبلی، دلایل پزشکی، بیمارستان خصوصی، سزارین انتخابی و توصیه پزشک اشاره کرد (۲۴). در مطالعه‌ای که نصرالهی و همکاران روی ۳۰۰ نفر از زنان باردار در بیمارستان امام خمینی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مهم‌ترین دلیل گرایش زنان به انجام سزارین، تشویق پزشک، توصیه اطرافیان، ترس و زیبایی بود (۶). همچنین تفاوت میزان سزارین در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مشهود است. نتایج مطالعه احمدنیا و همکاران نشان داد که ۶۳/۶ درصد زایمان‌ها در مراکز خصوصی با روش سزارین انجام شد، در حالی که این میزان در بیمارستان‌های دولتی ۳۲ درصد از زایمان‌ها را تشکیل می‌داد (۲۵). مطالعات دیگری نیز مؤید این موضوع می‌باشند (۲۶، ۲۷).

عوارض ناشی از انجام سزارین:

از طرفی سزارین عوارضی همچون عفونت، خونریزی، انتقال خون بین مادر و جنین، آسیب به ارگان‌های دیگر دارد و خطر مرگ مادر را سه برابر نسبت به زایمان طبیعی افزایش می‌دهد (۷-۵). همچنین عمل سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی هزینه‌های زیادی را به بیمار تحمیل می‌کند. چندین مطالعه نشان دادند که مرگ‌ومیر ناشی از عمل سزارین به مراتب بالاتر از زایمان طبیعی است (۳۰-۲۸).

برنامه صورت نگرفت و لذا در عمل، کاهش محسوسی در نرخ بالای زایمان‌های سزارین دیده نشد. در ضمن منابع مالی لازم که از این برنامه حمایت کند، پیش‌بینی نشده بود. همچنین طرح‌های تشویقی برای متخصصان زنان و ماماها در نظر نگرفته شده بود.

نتیجه: عدم باز شدن پنجره فرصت و عدم تلاقی سه جریان مذکور باعث شد که به ترویج زایمان طبیعی و مبارزه با نرخ بالای سزارین به صورت جدی پرداخته نشود.

تحلیل برنامه ترویج زایمان طبیعی بر اساس مدل کینگدان بعد از طرح تحول نظام سلامت:

مشکل چه بود؟

آمار و ارقام مربوط به سزارین و زایمان طبیعی و دلایل انجام آن:

بر اساس توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی، نسبت سزارین باید بین ۵ تا ۱۰ درصد تولد زنده باشد (۲۱). در سال ۱۳۵۵ میزان سزارین در ایران ۱۹/۵ درصد بود که این میزان در سال‌های میانی دهه ۷۰ به ۲۴ درصد و در سال ۱۳۸۹ این میزان طبق مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت به ۴۵/۵ درصد رسید (۱۵). در سال ۱۳۹۲ کشور ایران با داشتن نسبت ۵۴ درصد سزارین، دومین میزان سزارین در جهان را به خود اختصاص داد که وضعیت نامطلوبی را از این حیث دارا بود (۱۶). مطالعه‌ای که توسط بهادری و همکاران انجام شد، حاکی از افزایش روند سزارین از سال ۲۰۰۰ (۳۵ درصد) تا ۲۰۰۹ (۴۸ درصد) می‌باشد (۲۲). همچنین در مطالعه‌ای که اعظمی و همکاران به روش متآنالیز انجام دادند، شیوع سزارین در ایران را ۴۸ درصد به دست آوردند (۲۳). در مطالعه‌ای که امیری فراهانی و

تعرفه ناعادلانه برای ماماها و متخصصان:

نحوه به کارگیری و آموزش متخصصان زنان و تعرفه‌های ناعادلانه برای ماماها و متخصصان به نوعی نیازی القایی و فرهنگی نادرست را در جامعه ایجاد کرده است که همه مردم تصور کنند سزارین مناسب و زایمان طبیعی با درد و رنج همراه است. از طرفی از نظر پزشکان، زایمان طبیعی ۳ تا ۴ برابر سزارین در دسرساز است، ولی تعرفه‌هایی که به آن اختصاص داده شده خیلی کمتر از سزارین است که این موضوع نیز بر افزایش سزارین در ایران دامن می‌زند در حالی که در کشورهای پیشرفته دنیا، تسهیلات ویژه‌ای را برای زایمان طبیعی اختصاص داده‌اند که افراد را به آن ترغیب می‌کنند (۲۵).

از سال ۲۰۰۰ ایران از نظر میزان سزارین در رتبه دوم جهان قرار داشت. تمامی آمار و ارقام نشان دهنده روند افزایشی زایمان سزارین، عوارض بالای آن و حتی مرگ‌ومیر بالای آن نسبت به زایمان طبیعی است؛ بنابراین به عنوان یک مشکل و مسئله مهم باید مدنظر سیاست‌گذاران و مدیران قرار می‌گرفت و چاره‌ای برای کاهش آن اندیشیده می‌شد.

جریان سیاسی (راه‌حل‌ها) چه بودند؟

«جریان سیاسی» تحلیل مستمر مشکلات و راه‌حل‌ها، بحث‌های مرتبط با این مشکلات و واکنش‌های احتمالی به آن‌ها را شامل می‌شود. در این جریان ایده‌ها، طیفی از نظرات ممکن بررسی می‌شوند و گاهی ممکن است دامنه یک ایده به تدریج تنگ‌تر یا گسترده‌تر شود.

با توجه به آمار بالای سزارین و خطرات و عوارض آن باید به دنبال راه‌حلی برای کاهش آن و روی آوردن به زایمان طبیعی بود. در سال ۱۳۸۱ وزارت بهداشت با ارائه «دستور العمل مراقبت مدیریت شده»

به دنبال راه کاری برای کاهش میزان سزارین بود؛ اما به دلیل اینکه به خوبی مورد حمایت قرار نگرفت، به اهداف خود دست نیافت و همچنان آمار سزارین بالا بود. در سال ۱۳۸۹ نیز اصرار مجلس بر کاهش سزارین بود، ولی با اراده دولت همراه نبود. در دولت یازدهم با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالا دستی به ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و نیز در راستای اجرای فاز دوم هدفمندی یارانه‌ها، سلامت از اولویت ویژه‌ای برخوردار شد. در اردیبهشت سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اجرای برنامه‌ای را تحت عنوان طرح تحول سلامت در جهت اصلاح نظام سلامت آغاز کرد که خود شامل ۸ بسته خدمتی در ابعاد مختلف از جمله کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی، برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج و خاص و نیازمند و در پایان راه‌اندازی اورژانس هوایی بود (۱۶).

دستورالعمل برنامه ترویج زایمان طبیعی که شامل ضوابط و مقررات مربوط به ترویج زایمان طبیعی است به عنوان یکی از ۸ بسته خدمتی موجود در طرح تحول سلامت در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ لازم الاجرا شد و در آن راهکارهای افزایش و تشویق زایمان طبیعی مطرح شد. به طور کلی اراده دولت و مجلس بر این بود که این برنامه اجرا شود. اجرای برنامه

دادند. همچنین در سیاست‌های کلی جمعیت که از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد، به اهمیت فرزندآوری با هزینه کم اشاره شده است؛ بنابراین طرح تحول سلامت از جوانب مختلف سیاسی مورد حمایت قرار گرفت. در طرح تحول نظام سلامت به منظور تشویق هرچه بیشتر زایمان طبیعی، مشوق‌های خوبی در نظر گرفته شد؛ بنابراین بعد از طرح تحول نظام سلامت، حمایت همه جانبه دولتمردان (مقام معظم رهبری، دولت، مجلس شورای اسلامی، سازمان‌های بیمه‌گر) و از طرفی حمایت مالی و مشوق‌های مالی و تعرفه‌ای به منظور ترویج زایمان طبیعی صورت پذیرفت.

چگونه در نهایت سه جریان همگرا شدند و برنامه ترویج زایمان طبیعی در دستور کار قرار گرفت؟ یکی از سؤالات مطرح این بود که دلیل اولویت دادن به بخش سلامت و ارائه طرحی مانند طرح تحول نظام سلامت در دولت یازدهم چه بود؟ چرا طرح تحول نظام سلامت و متعاقب آن برنامه ترویج زایمان طبیعی که یکی از بسته‌های این طرح بود در دستور کار قرار گرفت؟

همه عوامل دست به دست هم داد که برنامه ترویج زایمان طبیعی که یکی از بسته‌های طرح تحول نظام سلامت است، در دستور کار دولت قرار بگیرد که در مدل کینگدان از آن تحت عنوان باز شدن پنجره فرصت یاد می‌شود. آمار بالای سزارین در کشور که نشان از یک بحران به حساب می‌آید، نقش رسانه‌ها در افشای آمار بالای سزارین و توانایی آن‌ها در وادار کردن دولت برای انجام برنامه‌ای برای کاهش آن چشمگیر بود و از همه مهم‌تر این که با روی کار آمدن دولت یازدهم و ارائه برنامه تحول نظام سلامت با توجه به اسناد بالا دستی و حمایت‌های همه جانبه

ترویج زایمان طبیعی خود با استفاده از ۵ استراتژی در دستور کار قرار گرفت که عبارت بودند از:

(۱) به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی، فرانشیز زایمان طبیعی در مراکز دولتی رایگان شود.

(۲) به منظور ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمت زایمان طبیعی، تعرفه تشویقی مازاد پرداخت گردد.

(۳) به منظور ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمت زایمان بی‌درد، به متخصصین بیهوشی حق‌الزحمه بیهوشی پرداخت گردد.

(۴) تسهیلات لازم برای انجام زایمان طبیعی توسط متخصصین زنان غیر شاغل در دانشگاه و ماماها دارای دفتر کار در بیمارستان‌های دولتی فراهم گردد.

(۵) به منظور بهینه‌سازی ساختار فیزیکی اتاق زایمان در راستای حفظ حریم خصوصی مادر باردار و خوشایندسازی فرایند زایمان، اعتبار ویژه‌ای به مراکز دولتی تخصیص یابد (۱۸).

جریان سیاست چه بود؟

با روی کار آمدن دولت یازدهم و توجه آن به بخش سلامت، طرح تحول سلامت آغاز و مورد حمایت دولت قرار گرفت. مهم‌ترین نکته در این جریان سیاسی این بود که اولاً اراده و تلاش دولت بر کاهش سزارین و ترویج زایمان طبیعی به عنوان یکی از بسته‌های طرح تحول نظام سلامت بود که منجر به حمایت مالی (یک درصد مالیات بر ارزش افزوده و ۱۰ درصد هدفمندی یارانه‌ها) از طرف وزارت بهداشت شد. ثانیاً اراده و حمایت مجلس شورای اسلامی در مورد طرح تحول سلامت شدت گرفت و از آن به خوبی حمایت کردند و ثالثاً سازمان‌های بیمه‌گر هم وارد عرصه شدند و با بیمه کردن ۹ میلیون نفر از افراد فاقد بیمه این طرح را مورد حمایت قرار

مقام معظم رهبری، رئیس‌جمهور، مجلس شورای اسلامی، سازمان‌های بیمه‌گر و سایر ارکان نظام از این برنامه حمایت کردند. همچنین با ارائه طرح تحول نظام سلامت، مخالفت‌ها و مقاومت‌های متخصصان نیز از طریق تعرفه تشویقی (مازاد بر تعرفه وضع شده) کاهش یافت و موجب ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان برای انجام زایمان بی‌درد شد و به متخصصین بیهوشی نیز حق‌الزحمه بیهوشی تعلق گرفت (۳۱). در حقیقت حمایت‌های مختلف باعث باز شدن پنجره فرصت و برخورد سه جریان مشکل، جریانی سیاست و جریانی سیاسی شد.

بحث و نتیجه‌گیری

دولتمردان و سیاست‌گذاران سلامت باید در نظر داشته باشند که اگر می‌خواهند مشکلی را در دستور کار قرار دهند، جلب حمایت همه جانبه حائز اهمیت می‌باشد، چرا که همواره در دنیای سیاست، مشکلات و راه‌حل‌ها وجود دارند، ولی زمانی این مشکلات در دستور کار قرار می‌گیرند که مورد حمایت قرار گیرند. سیاست‌گذاری مناسب و نظارت بر اجرای دقیق برای رسیدن به اهداف سلامت لازم است. با توجه به آمار بالای سزارین در ایران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان باید به دنبال راهی برای کاهش آن و ترویج زایمان طبیعی باشند؛ بنابراین اهمیت این موضوع به اندازه‌ای بود که سیاست‌گذاران عرصه سلامت این برنامه را در دستور کار قرار دهند و در جهت کاهش آمار بالای سزارین گام بردارند. لازمه ایجاد و اجرای دقیق این سیاست، حمایت همه جانبه گروه‌های ذیربط مانند دولت، مجلس، رسانه‌ها، مردم و گروه‌های پزشکی مثل متخصص زنان و ماماها بودند که شروع دولت یازدهم موجب جلب این حمایت بود.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران قرار دهد تا چگونگی ایجاد و حمایت از یک سیاست را مدنظر قرار دهند و این که چگونه یک مشکل را در دستور کار قرار دهند. حمایت همه جانبه از یک سیاست، منجر به ایجاد آن سیاست و پایش و ارزیابی آن به پیشبرد هر چه بهتر آن خواهد شد. به منظور اجرای هر چه بهتر برنامه ترویج زایمان طبیعی لازم است که بخش دولتی و خصوصی بیش از پیش درگیر این مسئله شوند و با موارد تشویقی و حمایتی که برای مادران و حتی متخصصان زنان و مامایی در نظر گرفته می‌شود، به کاهش هرچه بیشتر زایمان سزارین کمک نمایند.

پیشنهادها

با توجه به اینکه این مطالعه خود به بررسی راهکارهای کاهش سزارین نپرداخته بلکه به عنوان یک مطالعه تحلیل سیاست به چگونگی به روی کار آمدن یک سیاست پرداخته است، لذا نمی‌تواند مستقیماً پیشنهادی در راستای کاهش مشکل سزارین داشته باشد و یا حتی سیاست فعلی ترویج زایمان طبیعی را مورد ارزشیابی و نقد قرار دهد.

پیشنهاد اصلی این مطالعه به محققین علوم سلامت و به ویژه محققین سیاست‌گذاری سلامت می‌تواند این باشد که جهت رسیدن به درک عمیق‌تر در خصوص تحلیل سیاست‌های سلامت، چگونگی تدوین و اجرای آن‌ها و ارزشیابی سیاست‌های فعلی از مدل‌ها و چارچوب‌های علمی پذیرفته شده بهره بگیرند. مطالعه حاضر برای نمونه با بهره‌گیری از مدل جریان‌های چندگانه کینگدان دستور کارگذاری سیاست ترویج زایمان طبیعی را به صورت ساختارمند و در قالب چارچوب علمی مورد نقد و تحلیل قرار

مرکزی وزارت بهداشت و درمان که با در اختیار گذاشتن اسناد و مدارک مرتبط و از اساتید گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران که با ارائه نظرات سازنده خود در تهیه این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارد.

داده است. استفاده از روش‌های علمی به جای روش‌های سنتی در سیاست‌گذاری‌های سلامت می‌تواند زمینه تدوین سیاست‌هایی را که با موفقیت بیشتری همراه بوده و در نهایت به ارتقاء سطح سلامت جامعه بیانجامد را فراهم کند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان در این پژوهش وجود نداشت.

سپاسگزاری

از محققانی که در مصاحبه شرکت نمودند، سپاسگزاری به عمل می‌آید. همچنین از کارکنان ستاد

References

1. Belizán JM, Showalter E, Castro A, Bastian H, Althabe F, Barros FC, et al Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319(7222): 1397-1402.
2. Shahraki Sanavi F, Rakhshani F, Ansari Moghaddam A, Edalatian M. Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women; a qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility* 2012; 13(4):237-41.
3. Davari M, Maracy M, Ghorashi Z, Mokhtari M. The relationship between socioeconomic status and the prevalence of elective cesarean section in nulliparous women in niknafs teaching centre in Rafsanjan, Iran. *Womens Health Bull* 2014; 1(2): e20044.
4. Dosa L. Caesarean section delivery, an increasingly popular option. *Bull World Health Organ* 2001;79(12):1173.
5. Hamzekhani M, Hamidzade A, Vasegh Rahimparvar SF, Montazeri AS. Effect of computerized educational program on self-efficacy of pregnant women to cope with childbirth. *Journal of Knowledge & Health* 2014;9(1):13-20. Persian
6. Nasrolahi R, Daneshgar S, Afshari M, Corani Bahador R, Rostampour S, Radinmanesh M. The impact of socioeconomic factors on the tendency to cesarean in pregnant women referred to Imam Khomeini hospital complex in Tehran in 2016. *Community Health* 2017;4(1):67-75.
7. Ministry of Health and Medical Education. Family Health Office and Maternal Health. Mothers Health Program: Fourth Development Plan; 2009 [cited 2015 Feb 19]. Available from: <http://behdasht.gov.ir/uploads/barname%20behdash>
8. Zarei E, Majidi S, Anisi S, Bay V. Achievement of health sector evolution objectives in the vaginal delivery promotion plan: A study in a large public hospital in Tehran. *Journal of Health in the Field* 2015; 3(2): 27-32. Persian
9. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2011;11:159.
10. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010;375(9713):490-9.
11. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2014 [cited 2015 Feb 19]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/.
12. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one* 2016;11(2):e0148343.
13. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P; United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):97-105.
14. Amiri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Cesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the

- past three decades. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2 (3):127-34. Persian
15. Rashidian A, Damari B, Larijani B, Vosoogh Moghadda A, Alikhani S, Shadpour K, et al. Health Observatories in Iran. *Iran J Public Health* 2013; 42(Suppl1): 84-7.
16. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector Evolution Portal [cited 2015 May 18]. Available from: <http://tahavol.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=426&pageid=52443>.
17. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4(10): 637-40.
19. Ministry of Health and Medical Education. Guidelines for Managed Care [cited 2015 Feb 19]. Available from: http://hse.bums.ac.ir/Index.aspx?page_=form&order=show&lang=1&sub=96&PageId=11224&codeV=1&tempname=hsenew
19. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Update Edition, with an Epilogue on Health Care. 2th ed. Boston: Pearson; 2010.
20. Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. 2th ed. London: Open University Press; 2012.
21. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015;314(21):2263-70.
22. Bahadori F, Hakimi S, Heidarzade M. The trend of cesarean delivery in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2014;19 Suppl 3:S67-70.
23. Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health* 2014; 43(5): 545-55.
24. Mittal S, Pardeshi S, Mayadeo N, Mane J. Trends in cesarean delivery: rate and indications. *J Obstet Gynaecol India* 2014;64(4):251-4.
25. Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazempour S, Mehryar AH, Naghavi M. Cesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J* 2009;15(6):1389-98.
26. Menacker F, Hamilton BE. Recent trends in cesarean delivery in the United States. *NCHS Data Brief* 2010;(35):1-8.
27. Mohamad Zadeh K, Mohebi F, Labaf T. A systematic review of three decades of research papers, causes of cesarean section and population management strategies. *Womens Strategic Studies* 2013; 61(16): 57-7. Persian
28. Khawaja M, Kabakian-Khasholian T, Jurdi R. Determinants of caesarean section in Egypt: evidence from the demographic and health survey. *Health Policy* 2004;69(3):273-81.
29. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000;321(7275):1501-5.
30. Nuttall C. Cesarean section controversy. The caesarean culture of Brazil. *BMJ* 2000;320(7241):1074.
31. Emami Razavi SH. Health system reform plan in Iran: approaching universal health coverage. *Hakim Health Sys Res* 2016; 18(4): 329-35. Persian

Analyzing Normal Delivery Promotion Policy in Health System Reform of Iran: An Application of Kingdon Multiple Streams Model

Kiani Mohammad Mehdi¹, Tajvar Maryam^{2*}

• Received: 15. 09. 2017

• Revised: 12. 01. 2018

• Accepted: 13. 01. 2018



Abstract

Background & Objectives: It is important to promote normal delivery due to the potential risks of cesarean section and its economic burden on families. The aim of the present study was to analyze the factors influencing the agenda setting of normal delivery policy under the health system reform of Iran, using the "Kingdon Multiple Streams" model.

Methods: In this retrospective case study, the agenda setting of the normal delivery promotion policy in Iran was qualitatively analyzed using documentary analysis and reviewing the available documents and evidences and applying Kingdon multiple streams model.

Results: The effective factors on agenda setting of normal delivery promotion policy in Iran were the role of media in revealing high cesarean section rate (problem stream) and their ability to force the government to reduce it and gaining the support of gynecologists. Moreover, the setting of the new government and presenting the new health system reform (policy stream), the full support of the Supreme Leader, the President and the Parliament of Iran, as well as the key role of health insurance and other bodies of the system (Politic stream) provided the opportunity for the implementation of normal delivery promotion policy in 2015.

Conclusion: Analysis of normal delivery promotion policy in Health System Reform of Iran using Kingdon multiple streams model helps to understand the content of this policy and the reasons of its agenda setting better.

Keywords: Health Policy, Cesarean Section, Natural Delivery, Kingdon Multiple Streams Model, Iran

•**Citation:** Kiani M, Tajvar MM. Analyzing Normal Delivery Promotion Policy in Health System Reform of Iran: An Application of Kingdon Multiple Streams Model. Journal of Health Based Research 2018; 3(4): 367-78. [In Persian]

1. Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Correspondence:** Poursina ave, Enghelab Square, Tehran, Iran

Tel: 00982142933055

Email: mtajvar@tums.ac.ir