

# افزایش دراماتیک زایمانهای سزارین بدنبال اصلاحات سلامتی در روستاهای چین

**Dramatic increase of cesarean deliveries in the midst of health reforms in rural china**

از آنجایی که طبق توافق جهانی میزان سزارین در سطح جوامع نباید از ۱۵٪ (حتی شاید از ۵٪) تجاوز کند و سزارین های انتخابی یکی از عوامل موثر در بالا رفتن ریسک سلامت مادر و نوزاد محسوب می شوند، میزان انجام عمل سزارین می تواند معیار مفیدی برای بررسی استانداردهای کاری و اخلاقی سرویسهای زایمانی باشد. (WHO ۱۹۸۵)

این مقاله در مورد ارتباط بین احداث شرکتهای بیمه سلامتی در مناطق روستایی چین و در نتیجه افزایش توان پرداخت هزینه های پزشکی توسط مردم، با افزایش میزان سزارین در این مناطق، تحقیق کرده است.

در آپریل ۱۹۸۵ سازمان بهداشت جهانی (WHO) جلسه ای را در کشور برزیل برگزار کرد. در پایان این جلسه آنها توانستند به یک توافق همگانی در مورد تکنولوژی مناسب زایمان، دست یابند. یکی از نتایج این بود که اگرچه عمل سزارین در موارد اورژانس می تواند بسیار نجات بخش و مفید باشد ولی هیچ توجیه منطقی برای بالا تر رفتن میزان سزارین از ۱۰-۱۵٪ کل زایمان ها وجود ندارد و حتی بعضی از محققین خاطر نشان می کنند میزان مناسب و منطقی برای سزارینهای ضروری از آنچه که (WHO) پیشنهاد کرده است نیز می تواند پایین تر باشد (بین ۵-۱٪)

طبق بررسی دانشمندان انجام سزارین در افزایش موارد ابتلا به عفونتهای حاصله از عمل

جراحی نقش موثری داشته، بعنوان مثال در کشوری مثل نوروژ که از بالاترین سطح درآمد در دنیا برخوردار است و در ایجاد یک سیستم استاندارد خدمات مراقبت های سلامتی برای همه افراد جامعه موفق است، از هر ۱۲ زنی که متحمل عمل سزارین می شوند یکی به عفونت بعد از عمل دچار می شود.

در میان کشور های (OECD) میزان سزارین از ۱۶-۱۷٪ در ایسلند، فنلاند، سوئد و دانمارک، نوروژ هلند و ۲۳٪ در انگلیس و نیوزلند، ۳۰٪ در آمریکا و استرالیا، حدود ۴۰٪ در مکزیک و ایتالیا گزارش شده است. (OECD ۲۰۰۸ -)

تانگ لی و همکاران (۲۰۰۶) اطلاعات سه تحقیق در مورد افزایش میزان سزارین در مناطقی از کشور چین را آنالیز کردند. این افزایش چشم گیر بین زنان شکم اول بررسی شده بود و از حدود ۱۸/۲٪ (۱۹۹۰-۱۹۹۲) به ۳۹/۶٪ (۲۰۰۲-۱۹۹۸) رسیده بود. آنها پس از تحقیق دریافتند که این میزان رشد هم زمان با اعلام تغییر احتمالی ۱/۲۵ نرخ تسهیلات بیمه سلامتی در سال ۲۰۰۲-۱۹۹۸ ایجاد شده است و نشانگر رابطه ای میان فاکتورهای اقتصادی-اجتماعی و ایجاد تغییر در ریت سزارین می باشد.

محققین این مقاله نیز بعد از جمع آوری اطلاعات دریافتند که از سال ۲۰۰۴ تا سال ۲۰۰۷ میزان سزارین در برخی مناطق

روستایی چین افزایش چشم گیری داشته است از جمله در (Chongqing ۴۴٪، XC) (Anhui، ۵۶٪) و در (FC, Anhui) به ۶۰٪ و در دو منطقه از بخش Sha anxi از ۸/۳٪ به ۱۹/۲٪ و از ۱۲/۲٪ به ۱۸/۶٪ رسیده که این روند افزایش، همزمان با احداث شرکت های بیمه سلامت و در نتیجه ایجاد امکان استفاده مردم از پرداختهای بیمه برای امور پزشکی، بوده است. گزارشها نشانگر این است که اصلاحات انجام شده در زمینه ارتقاء سطح سلامت چینی ها بیمارستانها را به سمت خودگردانی سوق داده است هرچند که هنوز مالکیت ملکی بیمارستانها دولتی می باشد و در کنار این تغییر پرداخت دستمزد پزشکان نیز توسط بیمارستانها انجام می شود (bonus systems) و میزان درآمد پزشکان رابطه مستقیمی با حجم درآمد بیمارستان دارد.

محققین اعتقاد دارند که تاسیس بیمه سلامت روستایی در روستاهای چین بسیار مهم و واجب است و ادعا نمی کنند که احداث شرکتهای بیمه تنها دلیل افزایش ریت سزارین می باشد ولی اینگونه حدس می زنند که وجود بیمه سلامت، همراه با شیوه پرداختی (bonus systems) عامل ایجاد انگیزه برای ترغیب بیماران به انتخاب روشهای مدرنتر و پر هزینه تر پزشکی (غیر ضروری) از طرف بیمارستان و پزشکان می باشد. آنها نیز اشاره میکنند اگرچه مادران خود متقاضی سزارین میشوند ولی افزایش





غیر منطقی این تقاضا نشانه ضعف آموزش صحیح به مادران و حتی ترغیب آنها به انجام عمل سزارین از سوی عوامل ذی نفع می باشد. آنها اشاره می کنند که در صورت اصلاح نکردن سیستم های پرداخت اجرت به پزشکان، افزایش توان پرداختی بیماران توسط بیمه سلامت همانند افزودن بنزین به آتش بوده و ریت عمل هایی مثل سزارین را بطور غیر منطقی بالا می برد.

Xu Dong و همکاران چنین تجربه ای را در مورد بیماری سل نیز گزارش کرده اند زمانی که امکان تشخیص و درمان رایگان بیماری سل از راه آزمایش خلط سینه در مناطقی از چین فراهم شد، درمانگران دوره درمانی آنتی بیوتیک قبل از تشخیص را طولانی تر کرده و در نتیجه ریسک پخش عفونت و ایجاد مقاومت به آنتی بیوتیک را بالا رفت.

Murry و همکاران در شیلی نیز رابطه مستقیمی بین ایجاد امکان بیمه سلامت و افزایش ریت سزارین گزارش کرده اند.

آنها متذکر شدند که هدف اولیه بیمه های سلامتی کاهش ریسک پرداخت هزینه های سنگین توسط مردم در هنگام بیماری می باشد و در

سزارین بعلت پرداخت توسط بیمه بسیار کم شده اما بعد از عمل سزارین افزایش احتمال نیاز به مراقبتهای طولانی تر و پیر هزینه تر بعد از زایمان و سرم درمانی یا تجویز ویتامین ها و یا آنتی بیوتیک ها و ... بالا می رود، این موارد هزینه هایی هستند که بیمار از جیب خود به بیمارستان پرداخته و آنها جزء هزینه های زایمان ثبت نمی شود در نتیجه بیمه نمی تواند به اهداف اصلی خود که کاهش هزینه های پرداختی توسط بیمار است دست یابد فقط در این میان درآمد فراوانی قسمت

عاملین ذی نفع می شود. در پایان، این مقاله اشاره می کند که این روند نه تنها به نفع بیمار نیست، بلکه شرکتهای بیمه نیز به هدف های خود در بهبود ارتقاء سطح سلامت نرسیده و هزینه های پرداختی اضافه ای را نه در راستای خدمت به بیماران بلکه در راستای تامین پرداخت هر چه بیشتر به عوامل درمانی متحمل می شوند. به عقیده نویسندگان افزایش ریت سزارین نشان دهنده نیاز به اصلاح سیستم پرداخت دستمزد پزشکان در کنار ایجاد امکان بیمه سلامت، ترویج اخلاق پزشکی و اطلاع رسانی به مادران به هدف آگاه کردن آنها در مورد عوارض و معایب سزارینهای غیر ضروری می باشد.

مقابل نیز بعنوان نماینده مردم در بررسی ایمنی و کیفیت خوب خدمات ارائه شده، نقش ایفا می کنند.

بررسی اینکه آیا سرویسهای ارائه شده خدماتی بهداشتی درمانی به مردم در حد مطلوب یا ایمن و کم خطا می باشد یا نه، کار آسانی نیست ولی از زمانی که میزان نرمال سزارین حدود ۱۵٪ اعلام شده است این ریت برای سنجش کیفیت و ایمنی بیماران مورد توجه قرار گرفته است.

در بعضی تحقیقات در چین اعلام شده که با استفاده از بیمه هزینه های مادر باردار بسیار کاهش یافته ولی طبق بررسی محققین این مقاله ممکن است که در ظاهر هزینه زایمان

منبع:

Social Science & Medicine

Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/socsimed](http://www.elsevier.com/locate/socsimed)

OECD: The organization for Economic Cooperation and Development a group of rich countries who work together to develop trade and economic growth %.