

نقش ماما در ارائه خدمات بهداشتی درمانی

گردآوری: شفیقه محمدی تبار^{*}، آریتا کیانی آسیاب^{*}

مقدمه:

قرن اخیر شاهد پیشرفت های بزرگ علمی و فنی بوده است. این پیشرفت ها موجب پیدایش آگاهی روزافزون مبنی بر لزوم تعیین هدفهایی برای بکارگیری نیروی انسانی و کمال بخشیدن به آن و اجرای برنامه های قوی و مبتکرانه برای نیل به این هدفها می باشد. سیستمهای بهداشتی جوامع نیز از این قاعده مستثنی نیستند که باید اهداف آن تعیین و برنامه ریزی مناسب صورت گیرد (برنامه ریزی عبارت است از روشی که در آن سعی می شود منابعی که اکنون در اختیار می باشد به بهترین و مؤثرترین روش استفاده شده تا بتواند به اهداف مورد نظر دست یابد).

هدف اصلی در هر برنامه بهداشتی ارتقاء سلامت و کاهش درد و رنج انسانهاست. علاوه بر این اهداف دیگری نیز همانند کاهش روزهای بستری در بیمارستان، به حداکثر رساندن کارایی کارکنان، بهبود روشهای صرف منابع مالی و انجام هزینه و ... را نیز دنبال می نماید بالاخص برای اکثر کشورهای در حال توسعه بدلیل اینکه شکل و سطح تامین مالی جهت مراقبتهای بهداشتی از معضلات عمده می باشد، چگونگی صرف منابع مالی در این راستا از اهداف اصلی برنامه ریزی بهداشتی آنها محسوب می گردد. اهداف برنامه ریزی بهداشتی کشور ما هم بعنوان یک کشور در حال توسعه علاوه بر ارتقاء بهداشت، توجه به اقتصاد جامعه نیز می باشد که یکی از راه های رسیدن به این اهداف برنامه ریزیهای مناسب آموزشی و ارزشیابی کارایی فارغ التحصیلان رشته های مختلف مرتبط با

بهداشت می باشد که نیاز به بررسی و نظارت دقیق و واقع بینانه دارد.

آموزش مامایی:

امروزه تخصصی شدن خدمات و توزیع کار بین رشته های تخصصی و محدود کردن فعالیتهای گروه های پیراپزشکی با ورود متخصصین به بازار کار متداول شده است. بررسیهای انجام شده نشان می دهد که این مسئله نه تنها کمک مهمی به ارائه مراقبتهای بهداشتی و درمانی ننموده است بلکه با افزایش هزینه های مراقبت، معضلات بسیاری را برای ارائه خدمات در قلمرو بهداشت و درمان سبب شده است (۱).

در این میان رشته مامایی نیز همانند دیگر گروههای پیراپزشکی از این قاعده مستثنی نبوده و کم کم اهمیت و جایگاه آن به دیده فراموشی سپرده می شود و این سبب گردیده است که قبل از اینکه افکار در جهت ارتقاء آموزشی این رشته معطوف گردد در مورد لازمه وجودی فارغ التحصیلان این رشته و اهمیت آنها و ارزشیابی خدمات انجام شده توسط آنها بحث گردد.

ماما به شخصی اطلاق می شود که تحصیلات مامایی را در حد کارشناسی و کارشناسی ارشد برابر مقررات در مراکز آموزش داخلی و خارجی به پایان رسانیده و موفق به اخذ پروانه رسمی مامایی از مقامات صلاحیت دار شده باشد (۲). طبق تعریف کنفدراسیون بین المللی ماماها (I.C.M) و فدراسیون بین المللی متخصصین زنان و مامایی (FIGO): ماما شخصی است که بر طبق ضوابط رشته مامایی پذیرفته شده و دوره آموزش مامایی مصوب کشور خود را به پایان رسانیده و

^{*} کارشناس ارشد مامایی، اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد تهران.

۸- پیشگیری از امراض زنان و بهداشت تنظیم خانواده و گذاردن IUD (۲).

نقش ماما در ارتقاء بهداشت مادر و کودک

همانگونه که اشاره گردید مامایی علمی پایه و بالینی است که به تمام جنبه های تولید مثل در انسان و سلامت زنان و جنین آنها می پردازد و با تلفیق هنر و علم خود نیازهای یک زن را درک کرده و احتیاجات مراقبتی او را در مراحل مختلف زندگی برآورد می کند که در دوران بارداری این احتیاج به اوج خود می رسد. هر خانم باردار پیش آگهی خوبی برای خود و فرزندش و تجربه ای مثبت در هنگام زایمان برای خود طالب می باشد. ماما قادر است برای اکثر خانمهای باردار از اینکه مراقبتهای مامایی استاندارد را فراهم کند و سلامت او و فرزند او را تضمین نماید و خانمهای باردار مراقبتهای حمایتی را از ماما دریافت دارند، لذت می برند (۳). این ارتباط از زمان اولین ویزیت پره ناتال شروع شده تا مرحله لیبر و زایمان ادامه می یابد. حمایتهای جسمی و روانی علاوه بر دوران بارداری و زایمان در دروان پس از زایمان نیز ادامه خواهد داشت. در آمریکا ۴۰٪ زایمانها و در اروپا ۷۵٪ از تولدها توسط ماما انجام می گردد اما متأسفانه با وجود کارآیی های لازم ماما در برخی از کشورها بدلائل مختلف از قبیل فقدان حمایتهای دولتی لازم، مقاومتها و مخالفتهای پزشکان، مخالفتهای شرکت های بیمه ای برای بیمه - های مسئولیتی ماما و فقدان دانش کافی خانمها در مورد کار ماماها و غیره سبب گردیده است که مراکز اندکی برای کار ماما باقی بماند (۱۲).

دیانا کورت بیان می دارد که در امر تولد، کمک ماما، مناسب تر از کمک یک پزشک می باشد زیرا پزشکان نسبت به بارداری و زایمان دید طبی دارند و از دید آنها بارداری و زایمان دارای یک سری خطرات طبی است که باید درمان شود، در مقابل مدل مراقبتهای مامایی بر این حقیقت استوار است که بارداری و زایمان یک روند طبیعی زندگی می باشد و اساس این مدل شامل موارد زیر است:

موفق به اخذ مدرک و پروانه قانونی اشتغال به کار مامایی شده است.

طبق تعریف مصوب سیصد و سی و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی در ایران دوره مامایی یکی از دوره های آموزش و خدمات مامایی است بطوریکه با کارآیی و مهارت لازم بتواند به عرضه خدمات گسترده بهداشتی و مامایی در جهت تامین سلامت مادران و کودکان جامعه اسلامی ایران بپردازد (۲).

نقش و توانایی فارغ التحصیلان مامایی

فارغ التحصیلان دوره کارشناسی مامایی دارای تواناییها و مهارتهای زیر خواهند بود:

۱- آموزش بهداشت و ارائه خدمات بهداشتی و مامایی گسترده به جامعه زنان در سنین باروری با درک نیازهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشت خانواده به منظور کمک به کم کردن میزان مرگ و میر مادر و نوزاد.

۲- مشاوره و راهنمایی خانواده در مورد بهداشت ازدواج و بهداشت نسل و مسائل دوران بارداری و بعد از زایمان و تنظیم خانواده.

۳- انجام کلیه مراقبتهای دوران بارداری، انجام زایمان و مراقبتهای بعد از زایمان از نظر جسمی و روانی و مراقبت نوزاد با مسئولیت کامل خود در بیمارستانها و منازل و یا مراکز زایمانی دیگر.

۴- تشخیص زودرس بیماریهای دوران بارداری و پی بردن به موارد غیرطبیعی در مادر و جنین و نوزاد و شیرخوار، کمک گرفتن از پزشک در مورد لزوم و انجام فوریتهای مامایی در صورت لزوم.

۵- انجام اپی زیاتومی و ترمیم آن با استفاده از بی حسی موضعی.

۶- تشخیص بیماریهای زنان و ارجاع به پزشک متخصص در صورت لزوم

۷- گرفتن اسمیر از دهانه رحم و انجام معاینه پستان.

- استفاده از ابزارهای تکنولوژیکی یا مانیتورینگ الکترونیکی و نیز تغییر سیر زایمان توسط ماما کمتر صورت می گیرد.

- القا و تحریک زایمانی با استفاده از اکسی توسین در مادرانی که توسط ماما کنترل شده اند کمتر می باشد.

- در کسانی که مراقبت آنها توسط ماما انجام می گیرد بی حسی اپی دورال کمتر استفاده می شود.

- در کسانی که توسط ماما کنترل می شود از داروهای ضد درد کمتر استفاده می گردد.

- در کسانی که طی لیبر و زایمان توسط ماماها کنترل می شوند از بیهوشی یا اپی زیاتومی و یا فورسپس استفاده می گردد (۴ و ۸).

کاهش مرگ و میر و عوارض مادر و نوزاد

در گزارشات متفاوتی بیان شده است که میزان عوارض در مادرانی که توسط ماماها کنترل شده اند کمتر بوده است (۶ و ۱۸) بطوریکه دایانا کورت گزارش کرده است میزان پارگی پرینه ۹ برابر و خونریزی پس از زایمان ۳ برابر کمتر بوده است. در مطالعه ای مقایسه ای در بیمارستان سانفرانسیسکو نشان داده شد، علی رغم این حقیقت که بیشتر خانمهایی که توسط ماما کنترل شده بودند، اول زا و دارای نوزادان با وزن بیشتر بودند (هر دو این فاکتور معمولاً شانس سزارین را بالا می برد) میزان سزارین در این مادران ۹/۷۵ درصد در مقایسه با ۱۲/۳ درصد مادران کنترل شده توسط پزشکان می باشد (۹). روزن بلات میزان سزارین را در مادرانی که توسط ماماها کنترل شده اند ۸/۸ درصد در مقابل ۱۳/۶ درصد توسط متخصصین و ۱۵/۱ درصد برای سایر گروههای پزشکی گزارش نموده است (۱۹). همچنین پینتر کیم میزان سزارین را در مادرانی که توسط ماماها کنترل شده اند ۱۲ درصد در مقابل ۲۱ درصد توسط گروههای دیگر گزارش نموده است (۱۰).

گزارش مرکز ملی آمار بیان نموده است میزان مرگ و میر نوزادان در مراکزی که توسط ماماها

۱- مراقبت در جهت بهبود دخالتهای جسمی و روانی و اجتماعی در طی دوران بارداری و زایمان.

۲- آماده کردن مادر و دادن مشاوره دوران بارداری و ادامه آن در جهت کمک و حمایت او در طی لیبر و زایمان و پس از زایمان با توجه به سطح تحصیلات مادر.

۳- کاهش دخالتهای تکنولوژیکی

۴- ارجاع مادر در صورت لزوم (۸).

مطالعات و گزارشات بسیار زیادی وجود دارد که نشان می دهد مراقبتهایی که توسط ماماها در دوران بارداری و زایمان انجام می گیرد پیش آگهی بهتری برای مادر و نوزاد بدنبال دارد. اهم آنها به ترتیب ذیل می باشد:

کیفیت مراقبت:

طبق گزارش مرکز ملی آمار سلامت (۱۹۹۸) در مورد زایمانهای واژینال یک قلو که بین هفته های ۳۵-۴۲ زایمان صورت گرفته است نشان می دهد زایمان هایی که توسط ماما کنترل شده اند حتی در مواردی که مادران (از لحاظ سن، فقر، مجرد، قرار گرفتن در گروه های اقلیت، تحصیلات) در سطح پایین اجتماعی قرار دارند سرانجام حاملگی بهتری داشته اند و با کنترل فاکتورهای طبی و اجتماعی و دموگرافیک نیز همان نتایج بدست آمده است (۳). در گزارش دیگری از سیدنی آمده است اکثر مادران از خدمات ارائه شده جسمی و روانی توسط ماماها رضایت داشته و از آن استقبال می کنند (۵).

لیزا سامرز اشاره می کند که حدود ۴ میلیون از تولدهایی که هر سال در امریکا انجام می گیرد نیازی به تکنولوژی ماشینی یا دخالتهای طبی ندارد (۱۵). همچنین در مطالعات مختلف آمده است: مراقبتهایی که توسط ماماها انجام می شود بدلیل دخالتهای طبی و مامایی کمتر، مرگ و میر و عوارض کمتری داشته است (۱۳ و ۱۷ و ۱۹ و ۴). اهم مطالبی که محققین مختلف بیان داشته اند به ترتیب ذیل می باشد:

زایمان انجام می دهند، ملاحظه می گردد که نه تنها کیفیت مراقبت بهتر می باشد بلکه حدود ۳۱۴ میلیون دلار نیز در سال صرفه جویی می شود بغلاوه برای هر ۱۰۰۰ تولد که سزارین نشده باشد ۱۷/۴ میلیون دلار صرفه جویی صورت می گیرد. در این گزارش که در حدود دو دهه در آن مراکز تمامی هزینه ها مدنظر قرار گرفته شده است. هزینه ها از قبیل هزینه ویزیت و متوسط بستری شدن در بیمارستان را برای زایمان طبیعی ۴۸ ساعت و برای سزارین ۷۲ ساعت مورد محاسبه قرار داده اند (۲۰ و ۱۱ و ۹).

با توجه به دلایل مطرح شده فارغ التحصیلان رشته مامایی با استفاده از تواناییها و مهارتهای خود در کنترل مادران در معرض خطر پایین می توانند نقش بسزایی را در اتقاء بهداشت و اقتصاد جامعه ما داشته باشند و جا دارد برنامه ریزی های مناسبی جهت ارتقای آموزشی این رشته و نیز برنامه ریزیهای صحیح جهت استفاده از فارغ التحصیلان کارآمد آن صورت گیرد.

کنترل شده اند حدود ۷ درصد پایین تر از دیگر مراکز بوده است و در گزارش NCHS و CDC آمده است نوزادانی که توسط ماماها متولد شده اند در مقایسه با نوزادانی که توسط پزشکان متولد شده اند خطر مرگ کودکان ۱۹ درصد کمتر و خطر مرگ نوزادان در ۲۸ روز اول تولد ۳۳ درصد کمتر بوده است (۱۴). در گزارش دیگری توسط مرکز ملی آمار سلامت تولد نشان می دهد میزان مرگ کودکان در سال ۱۹۹۱ در زایمان هایی که توسط ماماها کنترل شده اند بطور متوسط ۴/۱ در ۱۰۰۰ تولد بوده است در صورتی که متوسط مرگ کودکان در همان سال ۸/۶ در ۱۰۰۰ تولد گزارش شده است. همچنین در مطالعه دیگری که توسط دایانا کورت صورت گرفته است نشان می دهد نوزادانی که توسط ماماها متولد شده اند میزان دیسترس جنینی ۶ برابر و نیاز به وسایل کمکی جهت شروع تنفس چهار برابر کمتر از نوزادانی بوده است که توسط پزشک متولد شده اند، همچنین احتمال ابتلا به عفونت در این نوزادان ۴ برابر کمتر از گروه مقابل بوده است (۸). در مطالعه ای دیگر که توسط ماریون صورت گرفته است نشان می دهد میزان LBW در نوزادانی که توسط ماماها متولد شده اند ۳۱ درصد کمتر می باشد (۱۶).

صرف هزینه برای مراقبت زمانی که مراقبتها توسط ماماها انجام می شود مقرون به صرفه است.

هزینه در ارتباط با کار ماماها:

- ۱- هزینه پرداخت پایین برای ویزیت ماماها
- ۲- میزان دخالتهای کمتر در زایمان توسط ماماها
- ۳- اقامت کوتاه مدت بیماران کنترل شده توسط ماماها در بیمارستان
- ۴- کاهش هزینه ناشی از استفاده از مراکز تولد بجای بیمارستان
- ۵- کاهش هزینه بدنبال تصمیم به زایمان در منزل

در ایالات متحده، مقایسه هزینه ها نشان می دهد که با در نظر گرفتن یک مرکز تولد که ماماها

منابع:

- ۱- عبادی فرد آذر، فرید. اصول برنامه ریزی بهداشتی. اندرو گرین. انتشارات غاشیه. زمستان ۷۷.
- ۲- سرفصل دروس مامایی، مصوب سیدو و سی و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی. مورخ ۷۶/۱/۱۷.
- 3- A Midwifery resource for Expectant parents, Studies and stats on the safety of Midwifery Care., [http://www. Withwoman web. Com/ safety. Asp](http://www.Withwoman web. Com/ safety. Asp)
- 4- Baruffi G et al; Patterns of obstetric Procedures Use in mterniry care, Obstetrics and Gynecology, 1984. 64(4), 493-498.
- 5- Brigham and Women's Hospital, Health Information Services, cesarean sections and nurse-midwives. <http://www.brigham and womens.org/midwifery/patient/csection.asp>.
- 6- Butler, J. etal. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. Obsterics&Gynecology. 1993. 167. 1407-1413.
- 7- Declereq, PhD, Eugene. "The transformation of american midwifery: 1975-1988". American Journal of Public Health. 1992. 82. 5. pp: 683.
- 8- Diana korte etal. Center for science in the public interest the world health organization, and good birth, asafe birth. 1992. <http://www.childbirth.org/kaam.htm>.
- 9- Gabay M and Wolfe SM. Encouraging the use of nurse-midwives: areport for policy makers. Public Citizen's Health Research Group. 1995.
- 10- Granju, Katie Allison. The history of midwifery. Minnesota Parents. <http://www.withwomanweb.com/safety.asp>.
- 11- Health Insurance Assoc. of America and National Assoc. of Child bearin Centers. <http://www.powelss.com>.
- 12- Kentacy alliance for the advancement of midwifery whath is midwifery today. [http://www. Childbirth.org/kaam.htm](http://www.Childbirth.org/kaam.htm).
- 13- Loyola University Health System. Women's Health Services. <http://www.lumc.edu/svline/womens/wellness/c421a.htm>
- 14- Midwife Info Resources for Midwives and their Clients, April 18th. <http://www.midwifeinfo.com>.
- 15- Midwives May Halt C-sections-Childbirth.org. <http://www.childbirth.org/section/sec.html>.
- 16- MscDorman, Marion, etal. Midwifery care, social and medical risk factors and birth outcomes in the US. J Epidemiology and Public Health. 1998. Vol 53, May. Pp:310-317.
- 17- National Center for health Statistics birth cohort study, excert taken from "Basic Facts About Certified Nurse-Midvies: Practice". Web site of the American College of Nurse Midwives 2003.
- 18- Rooks, J, P. etal. Outcomes of care in birth centers: The national birth center study. New England Journal of Medicine. 1998, 312. pp: 1804-1811.
- 19- Rosenblatt, Roger A, MD MPH, etal. Iinterspecialty Differences in the Obsteric Care of Low-Risk Women, American J of Public Health. 1997. 387, 3. pp:344-351.
- 20- Rural Health Adocate, Rural California Welcomes Midwifery as an Alternative to Physician Shortages. <http://www.csrha.org/advocate/214/midwifery.html>
- 21- Sakala C. "Midwifery care and out-of-hospital birth settings: How do they reduce unnecessary cesarean section birth?" Social Science and Medicine. 1993. 37(10). Nov. pp:1233-50.