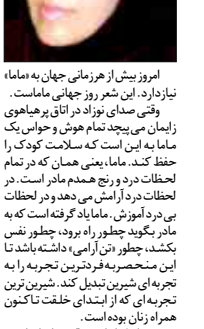
گزارش زنانه

اتاق زایمان با یک گفت و گو آرام می شود

فاطمه مصطفوی



امروز بیش از هرزمانی جهان به «ماما» نیازدارد. این شعر روز جهانی ماماست.

وقتی صدای نوزاد در اتاق پرهیاهوی زایمان می پیچد تمام هوش و حواس یک ماما به این است که سلامت کودک را حفظ کند. ماما، یعنی همان که در تمام لحظات درد و رنج همدم مادر است. در لحظات درد آرامش می دهد و در لحظات بی درد آموزش. ماما یاد گرفته است که به مادر بگوید چطور راه برود، چطور نفس بکشد، چطور «تن آرامی» داشته باشد تا این منحصربه فردترین تجربه را به تجربه ای شیرین تبدیل کند. شیرین ترین تجربه ای که از ابتدای خلقت تاکنون همراه زنان بوده است.

«شعله فراهانی» وقتی با مادران در آخرین لحظات پیش از تولد فرزندشان صحبت می کرد تمام شادی دنیا را در چهره اش به مادر منتقل می کرد. او به مادران می گفت: «بی دانی سال دیگر دراین لحظه چه کار خواهی کرد؟ و آنها را به یاد شیرین خنده های این موجود خدایی و کیک شیرین تولدش می انداخت، تا سمفونی جیغ اتاقهای زایمان آرام بگیرد و هیچگاه یک مادر تحقیر نشود، وحشت نکند چون او مادر است، انسان است، بزرگ است و باید بزرگمنشی را به نسل بعد از خود یاد بدهد.

مصاحبه ای که می خوانید هرچند نمی تواند زبان گویایی برای بیان لحظات پردرد، اضطراب، هیجان و خستگی بین مادر، نوزاد و ماما باشد، اما بازگوکننده تلاشی برای تهیه پایان نامه ای است که نقش فردبه فرد ماما و مادر را بیان کند.

شعله فراهانی با ۱۴۵ مادر با همین روش آزمونی را تجربه کرده است که به تولد نوزادانی با علایم سلامت بالاتر منجرشده و طول مدت زایمان را کوتاه کرده است. او آنچه را با این مادران آزموده تا پیش از او آزموده نشده بود.

او می گوید: شما باید دیدی وسیع نسبت به مامایی در ایران و جهان پیداکنید. مشکل مامایی در کشور ما این است که جایگاه آن مشخص نیست. درحالی که در دنیا برای روزجهانی ماما جشن می گیرند. اینقدر مامایی برایشان اهمیت دارد ولی ما چی؟

چرا شما فکرمی کنید ماما در ایران جایگاه مشخصی ندارد؛ درحالی که من در منطقه محروم کشورمان شاهد بودم درحالی که در روستاهای کوهستانی پزشک ایرانی نبود، ماماها کاملاً حضور داشتند. جراحی می کردند، به وضعیت اورژانسی مادران رسیدگی می کردند، زایمان ها را مدیریت می کردند و...

(این مربوط به قبل از طرح خودگردانی بیمارستان ها بود)

درست است. این را باید شما بگویید. ماماهای ما آنقدر تحت فشارند که آنطور که خوانده اند، در کتابها نوشته و می دانند نمی توانند به مادران رسیدگی کنند. می دانید که ماماها هم مثل بقیه کادر درمانی امین مردم هستند. در دنیا افرادی را برای کاردرمانی انتخاب می کنند که امین مردم باشند، مردم ایشان را محرم خود می دانند، پس ازنظر رفتار و کردار و منش این انسانها باید ویژگیهای خاصی را دارا باشند. در حالی که ماما در کشور ما از صبح تا غروب در یک اتاق زایمان، پنج نفر را کنترل می کند و از چند زائو مراقبت می کند و در برخی از مواقع سرتاپایش غرق در خون می شود بدون اینکه حتی یک عینک محافظت کننده داشته باشد و یا حمام که دوش بگیرد.

تمام لحظات کار در اتاق زایمان پر از هیجان و اضطراب است و ماما به شدت تحت فشار جسمی و روحی قرار می گیرد.

در مراکز درمانی باید ماما فرصت زیادی داشته باشد و حداقل یک ساعت بتواند با مادران صحبت کند. تاریخچه زندگی آنها را یادبگیرد، شرایط جسمی، رفتاری، روانی و فکری او را بداند و از طرفی رابطه او با همسرش را بپرسد و به مادر آگاهیهای لازم را بدهد تا او، خود درباره آمادگیش برای مادری انتخاب کند، درحالی که در شرح وظایف این ماما چنین فرصتی اصلاً لحاظ نشده است.

ماما برای خانواده ها چه کارهایی باید انجام دهد؟

اصلاً اینطور می توانیم شروع کنیم. درباره فلسفه مامایی و تفاوت آن با تخصص زنان در پزشکی.

در بعضی نقاط این دو، کاملاً مجزا هستند و بعضی جاها اشتراکاتی دارند. در دنیا اعتقادی کو وجوددارد این است که پزشک زنان ازنظر بیماری شناسی به زن و جنین نگاه می کند، درحالی که باردار ی بیماری نیست.

الآن جنینها را در دنیا درمان می کنند. درباره فشار خون بارداری و تمام بیماریهایی که توأم با بارداری ایجاد می شود پزشک متخصص زنان فعالیت می کند.

همینطور متخصص زنان، زنان سالمی که باید ازنظر بیماری و سلامت بررسی شوند را غربال می کند.

مامایی فلسفه و اساسش در دنیا اینطور است: زایمان و بارداری را پدیده ای طبیعی می دانند که اگر ازحالت طبیعی خارج شد به متخصص ارجاع می دهند. ولی هرخانم باردار تعداد ترسها، احتیاجات و سؤالاتی دارد که همراه باردارایش ایجاد می شود ولی ربطی به بیماری ندارد.

ماما درباره اینکه یک بچه جدید می خواهد وارد زندگی شود زن را آماده می کند. به او مادرشدن را یاد می دهد و زن را از همه نظر آماده این واقعه عظیم زندگیش می کند. این در دوران بارداری و در طی ۹ ماه مشاوره مادر و ماما صورت می گیرد. ایده آل این است که یک ماما از ابتدای بارداری تا زمان تولد نوزاد همراه بیمار باشد. یعنی هر مادر باردار باید یک ماما برای خودش داشته باشد؛ ولی در ایران در درمانگاه فقط ماما قد، وزن فشار خون، رشد جنین و... را کنترل می کند. البته به تازگی حرکتهایی دارد صورت می گیرد.

این مشاوره چه فرایندی دارد؟

به صورت واحد تئوری خیلی سال است که در دانشگاههای ما آموزش داده می شود. ولی هم مردم و هم مسؤولین برای این مشاوره وقت و ارزشی نمی گذارند. هنوز مشاوره مامایی در مملکت ما جا نیفتاده.

چطور باید جا بیفتد؟

خانم جوانی که تازه ازدواج کرده در یک فرصت خوب و نسبتاً وسیع باید با مامای مسؤول تنظیم خانواده صحبت کند. اوشرح حال بگیرد و از نظر ارتباط با همسر، روش های جلوگیری از بارداری و شرایط بارداری به این خانم جوان آگاهیهای لازم را بدهد. ماما به اندازه ای باید آگاهی خود را بالا ببرد که او خودش تصمیم بگیرد؛ درحالی که در ایران فقط برای فرد تصمیم می گیرند. از این روش پیشگیری استفاده کن...

مامایی که هم بایدبرونده بنویسد، هم صحبت کند و هم کارهای دیگری برعهده اش قرارمی گیرد خوب فرصت این مشاوره را ندارد.

ماما نباید کاری کند که آمار بیماران پایین بیاید، مؤاخذه می شود؟ و این در صورتی است که تعداد ماماها کم است و ماما باید درعین حال به همه کارهایی برسد که بیشتر شبیه منشی گری است.

خانمهای ما از نظر فرهنگی سزارین را بیشتر انتخاب می کنند.

دقیقاً همینطور است. چرا زن اروپایی که برای اندام، زیبایی و مسائل زناشویی خودش خیلی اهمیت قائل است زایمان طبیعی را انتخاب می کند. اگر زایمان طبیعی به زیبایی و سلامت زن آسیب وارد می کرد، هیچوقت این انتخاب صورت نمی گرفت.

ببینید اداره زایمانها در کشورهای اروپایی به گونه ای شده است که زایمان یک تجربه خوشایند است و مادر آن را انتخاب می کند.

انتخاب زن ایرانی به ترس او برمی گردد و این هم به اداره زایمان در بیمارستانها مربوط می شود.

من از زنان می پرسیدم شما که اصرار داری سزارین شوی می دانی خودت چطور به دنیا آمده ای؟ از زن ۱۵ تا ۴۰ ساله همه می گفتند بازایمان طبیعی. حالا چه تغییری ایجاد شده که زن ایرانی سزارین را انتخاب می کند.

خوب، چون ۴۰ سال پیش سزارین را بیماری می دانستند؟

دقیقاً؛ خوب حالا چرا خوب می دانند؟

من به عنوان کارشناس ارشد مامایی حاضرم این خدمت را به جامعه انجام دهم که ببینیم سزارین در چند درصد افراد عارضه ایجاد می کند. اگر در ۱۰ نفر هم عارضه ای ایجاد شود زیاد است.

بیمارستانهای فوق تخصصی یا تخصصی اداره مامایی و انجام زایمان را به عهده می گیرد. همچنین در قانون پیش بینی شده که چنانچه زن باردار با مشکلات حاد دوران بارداری نظیر فشارخون، دیابت، بیماریهای قلبی و... مواجه باشد باز هم پزشک متخصص زنان وزیرت بیمار را انجام داده و دستورات خود را صادر می کند سپس ماما و متخصص به صورت تیمی درمان و مراقبت ها را به بیمار ارائه می دهند.

متأسفانه موارد عنوان شده در ایران اجرا نشده و در همه سطوح مادر بارداری که نیاز به مراقبت های مامایی دارد بیمار تلقی شده وبه سمتی که خدمات تخصصی ارائه می شود سوق داده می شود.

عضو هیأت مدیره نظام پزشکی علت این اقدام ها را عدم اجرای کامل دستورالعمل و قوانینی می داند که ازسوی وزارت بهداشت در شرح وظایف ماماها قرارگرفته است. شرح وظایفی که به طور کامل به اجرا درنیامده و باعث شده است ماماها در جایگاههای واقعی خود خدمت نکنند و درنتیجه با خیل عظیمی از ماماهای بیکار روبه رو بشویم.

به طوری که بنابر اظهارات لیلا هادی پور کارشناس اداره مادران وزارت بهداشت از ۴۷ هزارماما فارغ التحصیل حدود ۱۲ هزارماما در بخش دولتی و خصوصی شاغل هستند. شاغلینی که اگر در مطب ها کارمی کنند باز دچار مشکلاتی هستند تا جایی که بازنگری در شرح وظایف آنها ازجمله در نسخه نویسی ضروری به نظرمی رسد. درعین حال که عدم پوشش خدمات آنها توسط سازمانهای بیمه گر آنها را با بحران های دیگری نیز مواجه کرده است.

جامعه مامایی جهت تحت پوشش قراردادن خدمات مامایی (توسط سازمان های بیمه گر) خواستار کارشناسی دقیق ازسوی وزارت رفاه است. خداکرمی در این راستا تصریح کرد: «اگر اهداف سازمان های بیمه گر ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه های درمان و سودآوری سازمان های بیمه گذار است جای بسی شگفتی است تاکنون این سازمان ها از تحت پوشش قراردادن خدمات مامایی خودداری کرده اند. ضمن اینکه گفتنی است در کشورهای توسعه یافته و حتی در کشورهای درحال توسعه خدمتی که انجام می شود تحت پوشش قرارمی گیرد نه دهنده بیمه.»

درواقع تحت پوشش قرارگرفتن خدمات ماماها توسط سازمان های بیمه گر علاوه بر صرفه جویی در هزینه، حرکت بزرگی در حمایت از زنان و دختران بیمه شده خواهدبود.

افزایش حقوق و مزایا

جامعه مامایی خواستار افزایش حقوق و مزایا باتوجه به نوع خدمات مامایی و اضطراب ناشی از این کار است. این خواسته درحالی مطرح می شود که حتی قوانین مزایایی تصویب شده، در کشورما به اجرا درنمی آید. نمونه بارز این موضوع عدم اختصاص ۱۰ درصد حق الزحمه ای است که برای ماماها درنظرگرفته شده است.

بنابر اظهارات هادی پور طبق قانونی که در سال ۸۲ به تصویب رسید قرار شد به ازای هر زایمانی که ماما عامل آن است ۱۰ درصد حق الزحمه پزشک به وی تعلق گیرد. در حالی که هم اکنون بیش از ۵۰ درصد بیمارستان ها از انجام این امر خودداری می کنند.

اداره مامایی

وجود تشکیلات مامایی مجزا دروزارت بهداشت جهت استقلال حرفه ای این قشر ضروری به نظرمی رسد: نیازی که در سال های اخیر چالش های زیادی به خود دیده است. در این رابطه عضو هیأت مدیره نظام پزشکی اظهارکرد: «در بیست سال گذشته با تغییر وزیرهای بهداشت، اداره مامایی وزارت بهداشت تحت تأثیر قرارگرفت و استقلال حرفه ای آن با مخاطرات زیادی روبه رو شد.»

به جای تغییرات اساسی و ارتقای تشکیلات مامایی این ساختار کوچک و کوچکتر شد تا اینکه این اواخر کاملاً حذف شد. درحالی که جامعه مامایی خواستار ابقای اداره مامایی در وزارت بهداشت است.»

زمینه ادامه تحصیل برای بسیاری از رشته های پزشکی فراهم شده در حالی که رشته مامایی همچنان در مقطع کارشناسی ارشد متوقف مانده است. با وجود اینکه دکترای بهداشت باروری جهت ادامه تحصیل ماماها به تصویب رسیده اما هنوز راه اندازی نشده است.

بازنشستگی

شغل مامایی توسط اداره بهداشت محیط حرفه ای وزارت بهداشت از مشاغل سخت و زیان آور معرفی شده است ولی هنوز سازمان مدیریت و برنامه ریزی با ۵ سال بخشودگی در بازنشستگی این شغل موافقت نکرده است.

در واقع ماماها محکوم هستند با وجود شرایط کاری سخت پس از ۳۰ سال سابقه کار بازنشسته شوند در حالی که بنابر اظهارات معصومه شاه محمدی کارشناس مامایی وزارت بهداشت با توجه به تعداد محدود ماماها این قضیه نه تنها بار مالی چندانی به همراه ندارد منجر به اشتغالزایی نیز می شود.

***

توسعه خدمات بهداشت باروری

ارائه خدمات بهداشت باروری از هنگام جنین تا مرگ از ملزومات جدایی ناپذیر جامعه است چرا که گسترش این قبیل خدمات ارتقای سلامت زنان جامعه را به دنبال دارد. بنابر اظهارات کارشناس اداره مادران وزارت بهداشت با توجه به اینکه این خدمات در حیطه شرح وظایف ماما قرار دارد، اجرای این امر توسط ماماها نادیده گرفته می شود. امری که اگر دخالت ماماها در آن پررنگ تر شود بسیاری از شبهات و مشکلاتی که زنان و دختران ما با آن درگیر هستند کاسته می شود ودر راستای ارتقای کیفیت بهداشت جامعه گامی بزرگ برداشته می شود.

مشکلی که به نظر می رسد جامعه نیز ضرورت آن را احساس می کند.

***

افزایش کیفیت بهداشت نیاز ضروری بشر می باشد. هر گامی که به سمت این ارتقا برداشته شود عواقب سودمند زیادی به همراه دارد. بنابراین امیدواریم آن بخش از مشکلات جامعه مامایی که ارتباط مستقیم با ارتقای سلامت زنان و دختران ما دارد زودتر حل شود.

اگر هر گونه اضطراب، ناراحتی، تنش و دلشوره را از زن بگیریم فرایند فیزیولوژی زایمان را تسهیل کرده ایم

تشریح کنیم تا با این آگاهی آرامش پیدا کند. نحوه خروج جنین، علت دردهای زایمان وهمه چیز به زبان ساده توضیح داده شود. خوب زنی که آگاهی ندارد از شدت ترس به زیدنت خود لگد می زند و یا به اوتوهین می کند. این را خودم شاهد بودم. ما نمی دانیم این زن با چه پیشینه ای ساعت۳ نیمه شب به ما رسیده. باید این ارتباط از ابتدا بین مادر و ماما ایجاد شود. مراقبت دوران بارداری نباید صرفاً مراقبت بالینی وجسمی باشد. زن باید یاد بگیرد چگونه هنگام زایمان نفس بکشد.

چگونه عضلات بدنش را شل کند و چگونه با ماما و پزشک همکاری کند. ولی ماماها و رزیدنتهای ما در مراکز شلوغ فشار زیادی را تحمل می کنند.

امروزه در دنیا می گویند محیط اتاق زایمان و برخورد پرسنل باید طوری باشد که وقتی خانم وارد می شود احساس اضطراب نکند. نحوه برخورد اولیه در لحظه ورود بسیار مهم است. حتی رنگ پرده های اتاق زایمان در روحیه مادر مؤثر است. اتاقهای زایمان و تخت های زایمان در اکثر مراکز، غیراستاندارد است من می پرسم چگونه برای این همه سزارین و سونوگرافی بودجه داریم ولی برای تجهیز یک اتاق زایمان آرامش بخش، با تعداد پرسنل کافی نه؟

چرا ماماهای ما از کنار جیغ زن در حال زایمان می گذرند و کمکی نمی کنند؟

همه اینطور نیستند، ماماها خیلی زحمت می کشند. خوب عده ای هم خیلی بی انگیزه شده اند. مامایی که در هر شیفت ۲۰ زایمان گرفته و سرتاپایش غرق خون شده چه حق و حقوقی برایش قائل شده اند؟ لحظه شماری می کند بازنشسته شود و خلاص شود.

وحالا هم که درصدی به زایمانها تعلق گرفته، این حق از ماماها گرفته شده، در حالی که تخصص ماما اداره زایمان طبیعی است.

مگر زنان قدیمی یا کوچ نشینها احتیاجات عاطفی وروانی نداشتند که به تنهایی زایمان می کردند. آنها ماما نداشتند؟

در خانه و در میان خانواده استرس بیمارستان نیست و زن از حمایتهای خانواده بهره می گیرد. مداخله در روند طبیعی زایمان نیست. در سایر کشورها همه تغییرات طبیعی بارداری و زایمان به خود او و همسرش آموزش می دهند حتی در آمریکا گروهی زایمان بدون کمک را آموزش می دهند.

شما از چندنفر مراقبت و حمایت می کردید؟

در این پژوهش و مراقبت اختصاصی - یک ماما از یک زن (one to one) بود. چون هر زنی شرایط خاص خودش را دارد. وضعیت جسمی وروانی او، وضعیت خانواده، رابطه با همسر، روحیات و... هر زن با دیگری متفاوت است.

ماما و پزشک توأماً باید کشف کنند، از تحقیقات جدید باید استفاده کرد و علم روز را داشت. علم مامایی به ماما می گوید چه ماساژهایی به مادر بدهد، چگونه او تغییر وضعیت بدهد و... که زایمان بهتر و بادرد کمتر انجام شود.

شما در پایان نامه خودتان چگونه کار کرده اید؟

من در مورد نحوه اداره زایمان در کشورهای پیشرفته تحقیق و بررسی کردم برای زن انتخابهای مختلفی برای زایمان مطرح می شود. آیا او می خواهد از دستگاه تنس استفاده کند. زایمان در آب را ترجیح می دهد، بی حسی اپیدورال (نخاعی) می خواهد... همه این روشها با عوارض ومحاسنش برای زن توضیح داده می شود و او با آگاهی انتخاب می کند.

خانم با مامای خود دوست و رفیق می شود. زایمان فرایندی است که زمان و طول مدتش مشخص و قابل پیش بینی نیست و برای همین در دنیا کاری می کنند که ماما در تمام طول مدت زایمان زن حضور داشته باشد. نه اینکه فقط دارو بدهد پرونده بنویسد صدا قلب گوش کند.

درباره زایمان در خانه چه نظری دارید؟ نقش ماماها در این نوع زایمان چه می تواند باشد؟

زایمان در خانه در بعضی استانهای ما هم وجود دارد. هر جا فرهنگ مردم چیزی را قبول می کند زایمان هم با آن فرهنگ هماهنگ می شود. اگر بگذارند در خیلی از مناطق ماماها می توانند این کار را انجام دهند. این از روشهای جدیدی است که در کشورهای پیشرفته انجام می شود.

درباره پژوهش خود بیشتر توضیح دهید.

عنوان این پژوهش one to one miwifery care است. یعنی هر یک زن باید توسط یک ماما حداقل از ابتدای زایمان تا انتهای آن تحت مراقبت و حمایت مداوم قرار بگیرد. علاوه بر مراقبت بالینی ماما حضور داشته باشد و عوض نشود و یک سری اقدامات خاصی را انجام دهد.

چون این زن ارتباط خاص و ویژه ای با مامای خودش برقرار کرده، حداقل در فاز فعال زایمان تا انتها مسؤولیت مراقبت از مادر - جنین و هماهنگی، کنترلها و آموزش برای از بین بردن اضطرابهای زن و توانمند کردن او که می تواند از عهده زایمان برآید با همان مامای اختصاصی می باشد. حمایتهای روحی وعاطفی، آموزش تن آرامی، روشهای غیردارویی به عهده این ماماست.

ماما از تمهیداتی برای انحراف حواس مادر از درداستفاده می کند. در کشورهای انگلستان و کانادا براساس پروتکل ۱۹۹۳ مراقبت اختصاصی مامایی one to one در دستورالعمل های مراکز درمانی قرار گرفته است. پژوهش ها نشان می دهد که این نحوه مراقبت باعث می شود مداخلات پزشکی، سزارین، بی حسی نخاعی و استفاده از ابزار و استفاده از داروهای کاهنده درد به مراتب کم می شود.

شما با چند نمونه کار کردید؟

۱۴۵ نفر گروه مراقبت اختصاصی (مداخله) ۱۴۵ نفر گروه مراقبت معمولی (کنترل)

نتایج چه تفاوتی را نشان می داد؟

کاهش طول مرحله اول و دوم زایمان

کاهش میزان سزارین

کاهش میزان زایمان با ابزار

و کاهش ارجاع نوزاد به بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU) نتایج: این کاهش ها را به طور معناداری نشان داد. علی رغم اینکه استفاده کمتری از سرم اکسی توسین (فشار) جهت تشدید دردهای زایمان شده است.

خانمها پس از این مراقبت اختصاصی و پس از زایمان می گفتند زایمان این بود و ما اینقدر می ترسیدیم؟

اگر هرگونه اضطراب، ناراحتی، تنش و دلشوره را از زن بگیریم فرآیند فیزیولوژی زایمان را تسهیل کرده ایم؛ ولی وقتی زنی از ابتدای ورود به اتاق زایمان تنها و بی کس می خوابد حتی از نیروی جاذبه زمین محروم می شود، چگونه زایمان کند! باید ماماها فرصت پیدا کنند حمایت منحصر به فرد و اختصاصی از زن ارائه کنند. حتی طرز سلام ماما در ابتدای دیدن مادر، طرز برخورد و روش او پیامی به زن منتقل می کند. می تواند این پیام را منتقل کند تو بیمار هستی. ولی مراقبت اختصاصی فلسفه اش این است که زایمان پدیده ای طبیعی است.

ماماها مگر در اتاق زایمان با شما ارتباط برقرار می کردند؟

ماماها می گفتند این مراقبت اختصاصی در حقیقت کار مامایی است. رزیدنتها هم وقتی می دیدند زنی آرام شده است می گفتند معلوم است این شیوه مراقبت خیلی اثر دارد.

تکنیک مهم نیست ارتباط مهم است.

چند درصد زایمان اول بودند؟

۷۰ درصد زایمان اول بودند و زایمان دومی ها هم می گفتند شما هر کاری را به ما می گویید بکنیم در زایمان قبلی می گفتند نکنید.

حضور یک فرد حرفه ای آموزش دهنده آرامش و امنیت ایجادمی کند وقتی با خنده و روی باز و همدلی صحبت می کردم همان زنی که تا آن لحظه گریه می کرد می خندید و دردش را هم خوب تحمل می کرد. وقتی ماما ارتباط درست برقرار می کند مادر حرفش را گوش می کند، می فهمد که او راست می گوید و کارهایی که او می گوید انجام می دهد.

مامایی، نیازمند تولدی دوباره

افسانه بهرامی

امروز فن مامایی که با خلقت انسان مقارن بوده و در طول اعصار به «حرفه» تبدیل شده دچار مخاطراتی شده است. مخاطراتی که به طور مستقیم جامعه انسانی را نیز تحت تأثیر قرار داده و باعث شده تا در سالهای اخیر مادران و نوزادان با عوارض مختلفی روبرو شده و سیاستگذاران در راه ثبوت بیشتر این رشته قدم بردارند.

تربیت آکادمیک مامایی در ایران بیش از ۷۰ سال قدمت دارد. تا قبل از دهه ۷۰ ارائه خدمات مامایی با مشکل چندانی روبرو نبود. بسیاری از درمانگاهها و بخشهای زنان و زایمان به طور مستقیم و مستقل توسط ماما اداره می شدند. اما پس از دهه هفتاد این رشته دچار بحرانهایی شد.

ناهید خداکرمی دبیر جمعیت مامایی ایران وعضو هیأت مدیره نظام پزشکی معتقد است: «پس از دهه هفتاد با تربیت متخصصین که نیاز کشور بود کم کم به صورت سلیقه ای از برخی مراکز خصوصی محدود کردن استقلال حرفه ای ماماها شروع شد و بدون استدلال قانونی و آیین نامه ای این امر در مراکز آموزشی نیز روسخ کرده و در نهایت منجر به سلب استقلال کامل این حرفه شد.»

سلب استقلال حرفه مامایی که در افزایش کیفیت سلامت مادران و نوزادان نقش به سزایی دارد در سالهای اخیر کشورمان را با مشکلات جدی در زمینه سلامت زنان، دختران و نوزادان مواجه کرده است. بنا بر گفته های عضو هیأت مدیره نظام پزشکی علی رغم اینکه در کشور ما مرگ و میر مادران و نوزادان کاهش پیدا کرده در بعد عوارض با افزایش روبرو شده ایم. در واقع کاهش زایمانهای طبیعی، دخالتهای تخصصی غیرضروری، ختم های زودهنگام حاملگی و در نتیجه جراحی هایی که جهت تولد نوزاد به کار گرفته می شوند علاوه بر تحمیل هزینه های سنگین به خانواده ها و سیستم سلامت منجر به بروز عوارضی چون مشکلات و فشارهای روحی - روانی شده که ناشی از فرزند بیمار یا تولد کودک نارس است.

عمده ترین مشکل این قشر سلب استقلال حرفه ای است. در بسیاری از مراکز ماماها وادار شده اند که تحت نظر پزشک کار کنند در صورتی که طبق استانداردهای دنیا وحتی دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در بیمارستانهای کوچک زایمانهای طبیعی و مراقبت های دوران بارداری در مادر کاملاً طبیعی، می تواند به طور مستقل و بدون مشورت، توسط ماما ارائه شود. همچنین در بیمارستانهای بزرگتر در صورتی که مادر باردار با زن غیرباردار مبتلا به بیماریهای شایع دستگاه تناسلی و یا بیماریهایی باشند که در شرح وظایف ماما قرار می گیرد، ماما طی مشورت با یک متخصص آنها را جهت ویزیت ارجاع می دهد و چنانچه بیمار نیاز به هزارماما فارغ التحصیل حدود ۱۲ هزارماما در بخش دولتی و خصوصی شاغل هستند. شاغلینی که اگر در مطب ها کارمی کنند باز دچار مشکلاتی هستند تا جایی که بازنگری در شرح وظایف آنها ازجمله در نسخه نویسی ضروری به نظرمی رسد. درعین حال که عدم پوشش خدمات آنها توسط سازمانهای بیمه گر آنها را با بحران های دیگری نیز مواجه کرده است.

جامعه مامایی جهت تحت پوشش قراردادن خدمات مامایی (توسط سازمان های بیمه گر) خواستار کارشناسی دقیق ازسوی وزارت رفاه است. خداکرمی در این راستا تصریح کرد: «اگر اهداف سازمان های بیمه گر ارتقای کیفیت خدمات، کاهش هزینه های درمان و سودآوری سازمان های بیمه گذار است جای بسی شگفتی است تاکنون این سازمان ها از تحت پوشش قراردادن خدمات مامایی خودداری کرده اند. ضمن اینکه گفتنی است در کشورهای توسعه یافته و حتی در کشورهای درحال توسعه خدمتی که انجام می شود تحت پوشش قرارمی گیرد نه دهنده بیمه.»

درواقع تحت پوشش قرارگرفتن خدمات ماماها توسط سازمان های بیمه گر علاوه بر صرفه جویی در هزینه، حرکت بزرگی در حمایت از زنان و دختران بیمه شده خواهدبود.

افزایش حقوق و مزایا

جامعه مامایی خواستار افزایش حقوق و مزایا باتوجه به نوع خدمات مامایی و اضطراب ناشی از این کار است. این خواسته درحالی مطرح می شود که حتی قوانین مزایایی تصویب شده، در کشورما به اجرا درنمی آید. نمونه بارز این موضوع عدم اختصاص ۱۰ درصد حق الزحمه ای است که برای ماماها درنظرگرفته شده است.

بنابر اظهارات هادی پور طبق قانونی که در سال ۸۲ به تصویب رسید قرار شد به ازای هر زایمانی که ماما عامل آن است ۱۰ درصد حق الزحمه پزشک به وی تعلق گیرد. در حالی که هم اکنون بیش از ۵۰ درصد بیمارستان ها از انجام این امر خودداری می کنند.

اداره مامایی

وجود تشکیلات مامایی مجزا دروزارت بهداشت جهت استقلال حرفه ای این قشر ضروری به نظرمی رسد: نیازی که در سال های اخیر چالش های زیادی به خود دیده است. در این رابطه عضو هیأت مدیره نظام پزشکی اظهارکرد: «در بیست سال گذشته با تغییر وزیرهای بهداشت، اداره مامایی وزارت بهداشت تحت تأثیر قرارگرفت و استقلال حرفه ای آن با مخاطرات زیادی روبه رو شد.»

به جای تغییرات اساسی و ارتقای تشکیلات مامایی این ساختار کوچک و کوچکتر شد تا اینکه این اواخر کاملاً حذف شد. درحالی که جامعه مامایی خواستار ابقای اداره مامایی در وزارت بهداشت است.»

زمینه ادامه تحصیل برای بسیاری از رشته های پزشکی فراهم شده در حالی که رشته مامایی همچنان در مقطع کارشناسی ارشد متوقف مانده است. با وجود اینکه دکترای بهداشت باروری جهت ادامه تحصیل ماماها به تصویب رسیده اما هنوز راه اندازی نشده است.

بازنشستگی

موضوعی که علاوه بر رکود استعداد و توانایی افراد مستعد بعضاً مهاجرت هایی را نیز جهت ادامه تحصیل به دنبال داشته است.

بازنشستگی

شغل مامایی توسط اداره بهداشت محیط حرفه ای وزارت بهداشت از مشاغل سخت و زیان آور معرفی شده است ولی هنوز سازمان مدیریت و برنامه ریزی با ۵ سال بخشودگی