

زایمان

با فرا رسیدن هفته های آخر بارداری، در بدن تغییراتی روی می دهد که زن باردار و جنین را برای زایمان آماده میکند . در این زمان جنین قادر است به زندگی خود در خارج از رحم ادامه دهد . زمان زایمان لحظه پر اضطراب و مهیج برای زن و خانواده اش می باشد. زایمان یک روند فیزیولوژیک می باشد که باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیک گسترده در مادر می شود و وضع حمل جنین را از طریق مجرای زایمانی میسر می سازد .

زایمان عبارتست از یک رشته انقباضات رحمی هماهنگ و غیر ارادی موثر که سبب افاسمان و دیلاتاسیون سرویکس می گردد و همینطور کوشش های ارادی که برای خارج نمودن محتویات حاملگی از راه واژن صورت می گیرد . در گذشته تمامی زایمانها بصورت طبیعی انجام می شده است ولی در سال ۱۵۰۰ میلادی اولین زایمان به روش سزارین ، انجام شده است . سزارین در ابتدا برای نجات جان مادر و جنین ابداع شد . نوع ابتدایی سزارین تنها در مواردی انجام می شد که جنین زنده بایست از بدن مادر مرده خارج شود دراین زمان جراحی بلافاصله پس از مرگ مادر و برای نجات جان نوزاد انجام می گرفت . بعدها این جراحی برروی زنان زنده نیز انجام شد اما فقط در مواردی که زایمان طبیعی کاملاً ناممکن تشخیص داد می شد . اصولاً این جراحی بایستی به عنوان آخرین راه بررسی شود . اما متأسفانه امروزه در جامعه ما سزارین فقط در مواقع لازم استفاده نمی شود و حتی رفته رفته شکل تجملی به خود گرفته است . سزارین یک عمل جراحی بزرگ است و در حال حاضر یک از متداولترین اعمال جراحی در کشور می باشد . ما اکنون در محاصره اپیدمی سزارین قرار گرفته ایم و بایستی برای مهار آن چاره اندیشی کنیم .

زایمان طبیعی

زایمان طبیعی می تواند از بسیاری جهات برای مادران مفید باشد . فوایدی از لحاظ پزشکی ، جسمانی ، روانی و مالی . زایمان طبیعی برای کودک هم فوایدی دارد.

مزایای زایمان طبیعی

- در زایمان طبیعی درد قبل از وضع حمل است ضمن این که درد زایمان طبیعی چون متناوب است بین فواصل درد برای فرد امکان استراحت هست .

- کاهش احتمال عفونت و آمبولی و مصرف آنتی بیوتیک

- بازگشت سریع تر به محیط خانواده و شروع زندگی عادی

- زایمان طبیعی به نوزاد فرصت می دهد خود را با محیط خارج از رحم تطبیق دهد. در واقع انقباض های طبیعی رحم هنگام زایمان، سبب کنار آمدن تدریجی نوزاد با محیط خارج از رحم می شود .

- مدت بستری شدن کمتر است

- حجم خونی که مادر طی زایمان طبیعی از دست می دهد تقریباً نصف یک عمل سزارین است ، لذا خطر خونریزی و کم خونی ، در یک زایمان طبیعی خیلی کمتر از زایمان به طریق سزارین است.

- همچنین ، خطرات و ریسک بیهوشی برای زایمان طبیعی وجود ندارد

- از نظر اقتصادی نیز ، زایمان طبیعی به نفع مادر ، بیمارستان و جامعه است.

- پس از زایمان طبیعی ، مادران با انجام ورزشهای مناسب ، به مراتب سریع تر از زمانی که سزارین می شوند ، می توانند تناسب اندام خود را به دست آورند.

- مادر در طول مدت زایمان خود کاملاً هوشیار بوده و به طور کامل در جریان روند زایمان قرار می گیرد.

- در تماس اولیه نوزاد با مادر و شروع شیردهی تاخیر وجود ندارد .
- مادرانی که زایمان طبیعی داشته اند در امر شیردهی و دادن آغوز به نوزاد خود موفق تر هستند .
- زایمان طبیعی از مشکلاتی نظیر افتادگی ها و شل شدن بافت بدن که به واسطه بارداری ایجاد می شود ، جلوگیری می کند

فواید روانی زایمان طبیعی

- ۱ - احساس خوشایند از توانایی در زایمان طبیعی
- ۲ - احساس مشارکت در زایمان و درک نحوه تولد نوزاد
- ۳ - احساس تسلط و حاکم بودن بر اتفاقات حین زایمان
- ۴ - احساس برقراری ارتباط فوری و پیوند احساسی با نوزاد پس از وضع حمل
- ۵ - احساس رضایت از پذیرفتن مسئولیت های مادرانه و مراقبت از نوزاد

روش های کاهش درد زایمان

یکی از مهمترین علل افزایش سزارین های انتخابی درد زایمانی می باشد . طبیعییت زایمان درد است و علت اصلی درد زایمان انقباضات رحم است که باعث باز و نرم تر شدن دهانه رحم می شود تا جنین بتواند از آن به داخل مهبل وارد و سپس از این مجرا خارج شود. واکنش زن باردار نسبت به درد متفاوت است و تحت تاثیر عوامل زیادی از جمله فرهنگ ، احساس ترس و نگرانی ، تجربه زایمان قبلی ، میزان آمادگی برای بچه دار شدن و حمایت همسر می باشد . محل و میزان درد برحسب مراحل مختلف زایمان متفاوت است و معمولا در نواحی زیر شکم ، کمر ، میاندوراه و پاها احساس می شود .

هنگام بروز دردهای زایمان ، هورمون هایی در بدن ترشح می شوند که تاثیر فراوانی بر روند زایمان دارند . ترس و نگرانی زن در زمان زایمان از یک طرف باعث ترشح هورمونی می شود که انقباض عضلات و درد را افزایش داده و از طرف دیگر ترشح مواد تسکین دهنده درد را کاهش می دهد . ترشح این هورمون ها تحت فرمان اعصاب هستند . رشته های عصبی همچنین در انتقال حس درد به مغز نقش دارند که امروزه با استفاده از روش های مختلف می توان انتقال این حس را به مغز کاهش داد . بیش از ۱۵۰ سال است که زایمان بدون درد یا کم درد در دنیا شروع شده است و بیش از ۱۵۰ روش در این زمینه شناخته شده است که آنها را به دو دسته کلی دارویی و غیردارویی تقسیم می کنیم :

الف (زایمان بدون درد غیر دارویی : روش هایی که بدون استفاده از داروی بیحسی و با استفاده از مهارت زن موجب می شود که وی بتواند زایمان خود را آگاهانه هدایت کند . در این حالت ، زن قادر است که که احساس درد زایمان را به حداقل برساند . این روش ها عبارتند از :

۱. **تمرین های کششی ، تن آرامی ، مهارت های تنفسی :** با تمرینات کششی می توان از بروز عوارضی مانند : درد مفاصل ، کمر درد ، مشکلات در سیستم گوارشی ، ادراری ، شل شدن عضلات کف لگن و ... جلوگیری کرد . این تمرینات نه تنها باعث توانایی ذهن می شود بلکه به همراه تن آرامی و مهارت های تنفسی ، موجب برقراری هماهنگی قوای جسمی ، ذهنی و روانی می گردد . این مهارت ها در کلاس های آمادگی برای زایمان به طور عملی آموزش داده می شود .

۲. **قرار گرفتن در وضعیت های مختلف در زمان درد :** تغییر وضعیت موجب رفع خستگی ، راحتی بیشتر و گردش خون بهتر می شود . زن باردار می تواند به دلخواه خود ، هر حالتی که راحت تر است (مانند : نشسته ، ایستاده ، خوابیده ، دراز کشیده و یا راه رفتن) را انتخاب کند . آزادی در انتخاب وضعیت موجب می شود تا توانایی وی برای تحمل زایمان افزایش یابد و احساس رضایت و خشنودی کند .

۳. **فشار مخالف :** در این روش فشاری مداوم و قوی با مشت ، پاشنه دست ، ویا شیئی سخت بر پائین کمر وارد می شود . این فشار کمک می کند تا احساس فشار داخلی و درد در پائین کمر راحت تر تحمل شود . سایر مناطقی که فشار روی آنها می تواند اثر آرام بخشی زیادی داشته باشد شامل : لگن ، ران ها ، پاها ، شانه ها

و دست ها می باشد . این فشار در مرحله اول شروع درد زایمان اثر تسکین بخش دارد این روش با کمک همراه انجام می شود .

۴. **تمرکز ، تجسم خلاق ، و انحراف فکر :** زن باردار با متمرکز کردن حواس و فکر خود به شرایطی غیر از شرایط زایمانی مانند دعا کردن ، نگاه کردن به یک عکس ، به یاد آوردن خاطرات خوب ، راه رفتن ، تماشای تلویزیون ، شنیدن ، لمس کردن و انجام صحیح تمرین های تنفسی ، می تواند به کاهش درد کمک کند ، در واقع این روش پرورش دادن تخیل ، تجسم و مثبت گرایی در ذهن است . وی از این طریق می تواند در حین انقباضات رحمی ، به یک تمرکز درونی برسد، در نتیجه احساس درد از طریق انحراف و تمرکز به حداقل برسد .

۵. **آوا یا موسیقی :** شنیدن موسیقی دلخواه یا آوای قرآن می تواند در هنگام انقباض و درد شرایط مطلوبی برای وی ایجاد کند . این روش موجب تن آرامی و کاهش احساس درد می گردد .

۶. **هیپنوتیزم :** این روش بصورت ایجاد تغییرات موقت مغزی ، همراه با بیهوشی می باشد که موجب افزایش قدرت تلقین میشود . هیپنوتیزم باعث آرامش جسمی و فکری ، افزایش تمرکز و حتی ایجاد توانایی در کنترل فشار خون ، ضربان قلب و همچنین کاهش درد می شود ، این روش به دانش و مهارت عامل زایمان نیاز دارد .

۷. **بیوفیدبک :** یکی از روش های آرام سازی است . در این روش زن باردار از طریق دیداری و یا شنیداری اطلاعاتی در مورد عملکرد خودکار فیزیولوژیک بدن کسب می نماید . در واقع وی می آموزد که عملکرد غیر ارادی بدن خود را تحت کنترل در آورد .

۸. **گرمای سطحی :** تاثیر این روش در کاهش درد با استفاده از اشیاء گرم (بطری آب گرم ، حوله مرطوب و گرم) آغشته کردن قسمت های تحتانی بدن (شکم ، کشاله ران ، میاندوره و کمر) با ژل های گرم کننده ، کشیدن پتوی گرم بر روی تمام بدن و دوش گرفتن با آب گرم امکان پذیر است . گرما باعث افزایش جریان خون در منطقه دردناک می شود . استعمال گرما در کاهش درد ناشی از خستگی نیز موثر است .

۹. **سرمای سطحی :** در این روش استفاده از کیسه آب یخ ، تکه های یخ و حوله خیس شده با آب سرد بر روی کمر ، میاندوره ، و مقعد توصیه می شود . به خصوص اگر احساس گرما می کند ، استفاده از لباس های خنک می تواند باعث راحت تر شدن وی گردد . حرارت از طریق کم کردن درجه حرارت عضله و کاهش گرفتگی آن باعث کاهش درد می شود .

۱۰. **آب درمانی و استفاده از وان زایمان :** این روش برای شل شدن عضلات ، کاهش اضطراب ، درد و تحریک زایمان مفید است . این روش موجب احساس راحتی و تن آرامی حین انقباضات می شود . روش های مختلف آب درمانی شامل : استفاده از وان یا دوش آب گرم ، استفاده از دوش دستی برای ریختن آب روی شکم و کمر ، استخر زایمان و جکوزی میباشد. زایمان در آب یکی از روش های کاهش درد زایمان می باشد . زن باردار می تواند برای کاهش درد زایمان از وان و زایمان در آب استفاده کند . در مورد چگونگی انجام زایمان در آب حتما با عامل زایمان مشورت شود .

۱۱. **لمس و ماساژ :** این روش راهی برای آرام کردن می باشد . مدارکی دال بر انتقال انرژی از طریق لمس موجود است . نوازش اطمینان بخش و دوستانه گونه و موها ، در آغوش گرفتن ، ماساژ نواحی دست ، کمر و باسن و سایر قسمت های بدن توسط همراه ، می تواند موجب کاهش درد و تسکین زن باردار شود .

۱۲. **طب سوزنی :** برای کاهش درد ، با سوزن بر روی نقاط مشخصی از بدن فشار وارد می شود . این روش به مهارت عامل زایمان نیاز دارد .

۱۳. **طب فشاری :** در این روش ایجاد فشار عمیق با دست بر روی نقاط مشخصی از بدن موجب کاهش درد می شود . معمولا این فشار با بند انتهایی انگشت شست و سایر انگشتان وارد می شود . نقاط طب فشاری شامل: شانه ها ، پائین پشت ، لگن ، قوزک پا ، ناخن های کوچک انگشتان پا و کف پا می باشد که توسط همراه آموزش دیده در هنگام درد های زایمان استفاده می شود .

۱۴. **تحریک الکتریکی عصب از راه پوست:** در این روش یک دستگاه الکتریکی مخصوصی بر روی کمر نصب می شود و با فرستادن امواج موجب کاهش درد هنگام انقباضات رحم می گردد . زن باردار در حین انقباضات می تواند میزان تحریک دستگاه را کنترل کند .

۱۵. **آروماتراپی :** استفاده از روغن های مخصوص مانند : اسطوخودوس ، بابونه ، پونه و مریم گلی ، برای تقویت سلامت و افزایش آرامش و کاهش اضطراب موثر است . طریقه مصرف این مواد عبارتند از : بخور یا بوکردن دستمال

آغشته به مواد معطر ، ماساژ پشت و کمر به همراه روغن های پایه آغشته به این مواد ، گذاردن پاها در درون وان آب آغشته به آن و ...

نکته : بسیاری از روش های فوق در کلاسهای آمادگی زایمان آموزش داده می شود و می توان از یک و یا چند روش همزمان برای کاهش درد استفاده کرد .

ب) زایمان بدون درد دارویی : روش هایی که با تزریق نوعی داروی بیحسی مانع انتقال حس درد به مغز می شود. این روش ها عبارتند از :

۱- بی حسی نخاعی و یا اپیدورال : داروی بی حسی در فضای ستون فقرات و در اطراف یا داخل نخاع تزریق می شود . در این روش زن درد را احساس نمی کند ولی بیدار و هوشیار است .

۲- استنشاق داروی بی دردی : داروی بی حسی از طریق گذاردن ماسک بر روی بینی و دهان به بدن زن منتقل شده و دردهای وی را تا حدی کاهش می دهد .

۳- تزریق داروی بی دردی : داروی بی دردی در داخل عضله و یا رگ تزریق می شود که زن درد کمتری احساس می کند .

سزارین

سزارین عبارتست از زایمان جنین از طریق ایجاد برش هایی در دیواره قدامی شکم و رحم .

سزارین دو نوع است :

* سزارین انتخابی

* سزارین اورژانس

از آنجائیکه سزارین اورژانس می تواند یکی از ضروریات نجات جان مادر و نوزاد باشد در مورد آن و ضرورت انجام آن بحثی وجود ندارد ولی مشکلات ناشی از افزایش بی رویه موارد سزارین انتخابی بیشمار می باشد

برخی از مضار سزارین عبارتست از :

- طولانی شدن دوران بستری در بیمارستان در مقایسه با زایمان طبیعی
- طولانی شدن دوران نقاهت در مقایسه با زایمان طبیعی
- عدم امکان تماس مادر و نوزاد در ساعت اول تولد نوزاد و به تعویق افتادن شیر دهی
- مشکلات ناشی از عدم ارتباط عاطفی مادر و نوزاد به دلیل تاخیر اولیه در ایجاد روابط اولیه مادر و نوزاد
- احتمال بروز عوارضی مانند ایست قلبی ، خونریزی از محل سزارین ، عفونت ، عوارض بیهوشی ، ترومبوآمبولی و هیستروکتومی در مقایسه با زایمان طبیعی
- افزایش خطر عوارض تنفسی در نوزاد ما حاصل سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی (زجر جنین ، تنگی نفس گذرا و افزایش زمان بستری)
- افزایش احتمال مرگ نوزادی حاصل از سزارین به نسبت زایمان طبیعی
- سزارین برای حاملگی بعدی نیز ممکن است باعث بروز عوارضی به شرح زیر گردد :**
- افزایش خطر چسبندگی جفتی که ممکن است هیستروکتومی را الزامی کند .
- افزایش خطر پارگی رحم

- در صورت نیاز به عمل جراحی شکمی ممکن است به علت چسبندگی های متعدد ، آسیب جدی به مثانه و روده او وارد شود .

چرا سزارین ؟

در نگاه اول ترویج زایمان طبیعی و کاهش سزارین ساده می نماید اما بررسی علل و ریشه های مسئله پیچیدگی آن را نشان می دهد و موانع و مشکلات ترویج زایمان طبیعی و عوامل تسهیل کننده انجام سزارین را ظاهر می کند. **در نگرش فرایندی** به علل و عوامل گسترش انجام زایمان به روش سزارین متوجه می شویم که این فرایند یک فرایند بزرگ با مراحل بسیار ، پیچیدگی های فراوان و مشتریان مختلف در سطوح ارائه خدمت میباشد و چنانکه هر فرایندی دروندادهایی دارد این فرایند نیز درونداد هایی دارد که در حال حاضر تمامی آن درونداد ها فراهم می باشد (از جمله وجود پزشک متخصص آموزش دیده ، اتاق های عمل آماده ، بخش خصوصی فعال ، تعرفه مشخص ، شرایط فرهنگی و اجتماعی مساعد، بیمه های درمانی و ...) و تا زمانیکه این درونداد ها تامین می شوند ، زمینه ساز انجام سزارین می باشند . همچنین در حال حاضر هیچ مانعی برسر راه انجام سزارین وجود ندارد . در نگاه دیگر به انجام زایمان طبیعی، این فرایند نیز به درونداد هایی نیاز دارد که با تامین آن زمینه ترویج آن فراهم خواهد آمد و در حال حاضر تمامی این دروندادها فراهم نمی باشند (از جمله وجود بیمارستان های دوستدار مادر جهت انجام زایمان های بدون درد دارویی و غیر دارویی ، وجود متخصصان آموزش دیده در این زمینه ، وجود تعرفه های مشخص ، آگاهی گیرندگان خدمت و ...)

برخی از علل افزایش سزارین های بی رویه در سالهای اخیر عبارتند از :

برخی علل مربوط به پزشکان :

- انجام سزارین زمان کمتری نسبت به زایمان طبیعی لازم دارد
- اغلب موارد ، دستمزد سزارین بیشتر از دستمزد زایمان طبیعی است .
- مشکلات و گرفتاری های کاری پزشک (حضور در مطب ، درمانگاه ، تعداد مراجعان و رسیدگی به وضعیت همه آنها) تصمیم گیری انجام سزارین را تسهیل می کند.
- اغلب زمان سزارین از قبل مشخص می شود و وقت گیری های زایمان طبیعی را هم ندارد. (زایمان طبیعی ممکن است در هر ساعت از روز یا شب اتفاق بیافتد)
- ترس از احتمال مشکلات حقوقی و شکایات به دنبال زایمان طبیعی برای متخصصان وجود دارد.

برخی علل مربوط به سیستم ارائه خدمت:

- عدم آمادگی برای انجام زایمان طبیعی و اورژانس های مامایی در بیمارستان
- عدم دسترسی سریع به پزشکان در مواقع اورژانس در انجام زایمان طبیعی
- عدم آمادگی جهت انجام زایمان های بدون درد دارویی و غیر دارویی

برخی علل مربوط به مادران :

- درد زایمان طبیعی (در برخی بررسی ها مهمترین علت انتخاب سزارین توسط مادران ترس از درد می باشد)
- عوامل فرهنگی و اجتماعی (بررسی ها نشان می دهد انجام سزارین در طبقات برخوردار بیشتر است و متأسفانه برخی از خانمها سزارین را مثل يك پدیده مد می دانند و فکر می کنند که سزارین نشانه توسعه یافتگی میباشد در حالی که درصد سزارین در اغلب کشورهای پیشرفته کمتر می باشد .
- برخی هم فکر می کنند سزارین برای نوزادشان بهتر است، چرا که ((فشار)) بروی سر بچه وارد نمی شود.
- سزارین انتخاب تک فرزندها نیز می باشد و برخی مادران به خاطر انتخاب تک فرزندی ریسک سزارین را به جان می خرند .

سایر علل :

- تبلیغات منفی علیه زایمان طبیعی
- کاهش خطرات عمل جراحی برای مادر و جنین
- پیشرفت پزشکی و تکنولوژی
- مسافت های طولانی و مشکلات دسترسی به بیمارستان ، بعضا تسهیل کننده انجام سزارین میباشد . و ...

اندیکاسیون های سزارین :

انجام سزارین در مراجع علمی صرفا براساس یک سری اندیکاسیون های مشخص مجاز می باشد و در زمان مورد نیاز انجام آن ضروری بوده و تضمین کننده سلامت مادر و نوزاد و انجام زایمان ایمن می باشد ولی در غیر این موارد هیچگونه مجوزی برانجام آن وجود ندارد . در ذیل به مهمترین اندیکاسیون های علمی سزارین اشاره می شود :

۱. عدم تطابق سرجنین بالگن مادر
۲. طرز قرار گرفتن غیر عادی جنین
۳. دیسترس جنینی
۴. جفت سرراهی - عروق جفتی سر راهی - پرو لاپس بند ناف
۵. دکولمان (در صورتیکه جنین زنده و بالغ و قریب الوقوع نبودن زایمان واژینال ، دیسترس جنینی ، خونریزی شدید مادر و به مخاطره افتادن جان مادر)
۶. سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی ، ترمیم آنومالی های رحمی و...) سزارین متعدد قبلی ، اسکار رحمی ناشی از سزارین قبلی ، بغیر از اسکار عرضی تحتانی ، سابقه جراحی های ترمیمی سرویکس و واژن (کولپورافی ، واژینوپلاستی) ، سرکلاژ داخل شکمی
۷. سه قلوئی و بالاتر ، دو قلوئی در موارد غیر سفالیک بودن قل اول
۸. آنومالی های قابل درمان جنین (هیدروسفالی ، مننگو سفالی و ...)
۹. درصورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیاء موفق نباشد از ۵ تا ۳۰ دقیقه پس از ایست قلبی مادر ، سزارین فوری به منظور حفظ حیات جنین انجام می شود .
۱۰. هرگونه توده خوش خیم و بد خیم که باعث ایجاد انسداد در سیر زایمان از طریق کانال واژینال گردد
۱۱. سرطان دهانه رحم
۱۲. وجود ضایعات فعال هرپسی در هنگام زایمان
۱۳. در موارد ذیل طبق ارزیابی وضعیت مادر و جنین و چگونگی پیش رفت لیبر ، انجام سزارین اورژانس در شرایطی می تواند با نظر پزشک ضرورت پیدا کند :
- وجود مکونیوم غلیظ در مایع آمنیوتیک و عدم قریب الوقوع بودن زایمان
- ضرورت به ختم حاملگی و وجود کنتراندیکاسیون های القاء زایمان (پاریتی بالا)

IUGR -

- الیگو هیدرو آمنیوس شدید

- دوقلویی در موارد غیر سفالیک بودن قل دوم

- ناسازگاری شدید RH

- بیماریهای زمینه ای مادر (مثل کبد چرب حاملگی ، کلیه پیوندی ، واریس مری و...)

- اکلامپسی و پره اکلامپسی (در موارد نیازمند ختم اورژانس حاملگی)

- کوندیلوماهای شدید واژن

راهکارهای کاهش سزارین

آنچه مسلم است این است که ترویج زایمان طبیعی و کاهش سزارین به یک همسویی ، همفکری و هماهنگی مابین ، سیاست گذاران ، مجریان ، سیستم ارائه خدمت و مشتریان نیاز دارد و با بررسی و نگرش فرایندی و اقدام مبتنی بر آن خواهیم توانست موانع موجود را برطرف نمائیم . به بیان دیگر در هر سطحی از نظام سلامت مداخلات متناسب بایستی طراحی و اجرا گردند . برخی راهکار های کاهش سزارین در سطح واحد های ارائه خدمت عبارتند از :

- آموزش های عمومی جهت افزایش سطح آگاهی زنان

- آموزش مادران و خانواده های آنان در رابطه با فواید زایمان طبیعی و خطرات سزارین

- تشکیل کمیته های کاهش سزارین در بیمارستانها و بررسی علتی موارد سزارین

- برگزاری کلاسهای آمادگی زایمان برای مادران

- و...

در سطوح بالاتر می توان مداخلات دیگری کرد از جمله :

- راه اندازی بیمارستان های دوستدار مادر و نهادینه کردن روشهای زایمان بدون درد

- افزایش تعرفه زایمان طبیعی

- هماهنگی با بیمه های درمانی در مورد سزارین های بدون اندیکاسیون

- و...

فعالیت های فرهنگی در زمینه افزایش انگیزه زنان برای زایمان طبیعی در کشور باید تقویت شود ، چون تبلیغات منفی در این زمینه نظیر درد زایمان طبیعی ، موجب سوق دادن زنان جامعه به سزارین شده است .

بیمارستانهای دوستدار مادر

نتایج حاصل از نظام مراقبت مرگ مادری از سال ۱۳۸۰ نشان داد که اغلب موارد مرگ مادری در بیمارستانهای کشور اتفاق می افتد و بررسی موردی مرگ ها نیز از درصد بالای miss-management و malpractice به عنوان علت اصلی مرگ مادران به خصوص در بیمارستانها و مراکز زایمانی خبر می داد . همچنین نتایج مطالعه DHS در سال ۷۹ نشان داد که اغلب زایمان ها در کشور در بیمارستانها انجام و میزان سزارین در کشور بسیار بالاتر از کشور های توسعه یافته و محدوده اعلام شده توسط WHO (پنج الی پانزده درصد) می باشد.

لذا با بهره گیری از تجربیات جهانی و انجام بررسی تطبیقی در اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، استراتژی ایجاد بیمارستان دوستدار مادر از نیمه دوم سال ۸۱ در دستور کار قرار گرفته است که هدف اصلی در آن نه راه اندازی و افتتاح بیمارستانی جدید، بلکه اصلاح گردش کار بود و «ارائه الگوی جدید مراقبت به مادران به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت مادران ، بهبود کیفیت مراقبت های زایمان طبیعی ، کاهش هزینه ها و توجه به حقوق مادر و نوزاد . بیمارستان دوستدار مادر مکانی است که هر مادری، در هر زمانی از بارداری و زایمان و پس

از آن با هر وضع سلامتی که مراجعه کند، خدمات اثربخشی دریافت خواهد کرد تا سلامت جنین و نوزاد تامین شود و خاطره ای خوشایند از بارداری و زایمان باقی بماند.»

اصطلاح بیمارستانهای دوستدار مادر در دهه ۱۹۹۰ در جهان رواج یافته است .

رسالت بیمارستان دوستدار مادر :

ارائه یک الگوی جدید مراقبت به مادران به منظور تامین ، حفظ و ارتقای سلامت مادران و بهبود شرایط زایمانی ، توجه به رضایت مادران از خدمات ارائه شده و تلاش جهت منطقی کردن هزینه های تشخیصی و درمانی. این الگوی دوستدار مادر باید مبتنی برشواهد بوده و در آن برنامه های پیشگیری و ارتقای سلامت بر برنامه های پر هزینه تشخیصی و درمانی ترجیح داده شود .

چشم انداز بیمارستان دوستدار مادر :

بیمارستان دوستدار مادر مکانی است که در آن هر مادری ، در هر زمانی از بارداری ، زایمان و تا ۶ هفته پس از زایمان با هر وضعیتی از سلامتی مراجعه کرد خدمت اثر بخش و کار آمد دریافت کند به صورتی که سلامت جنین و نوزاد او در این مکان تامین گردیده و این حضور برای او خاطره ای خوشایند از فرایند بارداری و زایمان باقی گذارد .

اهداف کلی بیمارستان دوستدار مادر :

- کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان بر اثر عوارض بارداری ، زایمان و پس از زایمان
- کاهش موربیدیتی ناشی از بارداری و زایمان در مادران و نوزادان

اهداف اختصاصی بیمارستان دوستدار مادر :

- کاهش میزان سزارین های غیر ضروری
- ترویج روش های مختلف زایمان طبیعی کم درد یا بی درد به گونه ای که مادران حق انتخاب داشته باشند .
- بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی در فوریت های مامایی و زایمان
- کاهش تاخیر در شروع درمان مادران در معرض خطر

اصول بیمارستان دوستدار مادر :

- طبیعی بودن روند زایمان
- توانمندسازی مادر
- آزادی عمل و استقلال مادر
- انجام مداخلات براساس اندیکاسیون های مشخص و نه بصورت روتین
- مسئولیت پذیری ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت

اقدامات ده گانه بیمارستانهای دوستدار مادر:

اصول فوق منجر به تدوین ۱۰ اقدام بیمارستانهای دوستدار مادر به شرح ذیل گردیده است :

۱-ارائه مراقبت های معمول دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان براساس پروتکل های وزارت بهداشت

۲-ارائه فوریت های مامایی بر اساس پروتکل های وزارت بهداشت

۳- فراهم بودن کلاسهای آمادگی برای زایمان برای مادران و همراهان آنان

۴- انجام زایمان فیزیولوژیک به روشهای کاهش درد

۵- رعایت خلوت مادران (Privacy)

۶- احترام به اعتقادات و باورهای مذهبی مادر

۷- حضور همراه آموزش دیده

۸- ارتباط با سطوح بیمارستانی بالاتر و پایین تر

۹- حذف مداخلات غیر ضروری روتین (مانند : شیو ، انما ، اینداکشن ، اپیزیاتومی ، عدم حرکت آزادانه در لیبر و ...)

۱۰- رعایت موارد ده گانه بیمارستان دوستدار کودک

کلاسهای آمادگی زایمان :

بیان مسئله :

در تمام کشورهای توسعه یافته دنیا ، امروزه اعتقاد براین است که از میزان مداخلات پزشکی در حین بارداری و زایمان کاسته شود . بارداری و زایمان یک فرایند طبیعی است ولی با توجه به تغییراتی که در ساختار جسمی و روانی مادر رخ می دهد باید تحت حمایت قرار گیرد . اگر مادر حمایت نشود ، این تغییرات می تواند اثر نا مطلوب بروی مادر و جنین بگذارد .

ایجاد کلاسهای آمادگی دوران بارداری به روش های متفاوت می تواند راه حل مناسبی برای این مشکل باشد . بنا براین مراقبت های دوران بارداری به انجام آزمایش ، معاینه و سونوگرافی ختم نمی شود .

هدف این کلاسها بی درد کردن زایمان نیست ، زیرا طبیعت زایمان درد است ، بلکه به مادر کمک می کند تا بارداری سالمتر و با عارضه کمتری داشته باشد ، بتواند در زمان زایمان درد هایش را از طریق تمرین های تنفسی و تن آرامی به طور ارادی کنترل کند ، ذهنیت درست از زایمان ایجاد کند ، نگرانی های مادر در بارداری را کاهش دهد و در مهمترین تجربه اش نقش فعال داشته باشد .

پس در جهت ایجاد امنیت ، آرامش ، کاهش ترس و اضطراب ناشی از درد زایمان ، افزایش انگیزه مادران نسبت به انجام زایمان طبیعی و زایمان آسان و مطلوب ، لازم است کلاسهای آمادگی زایمان برای مادر و همراه اجرا گردد .

هدف کلی : آمادگی مادران برای زایمان طبیعی با استفاده از روش های کاهش درد

اهداف اختصاصی :

- آموزش مراقبت های دوران بارداری (تغذیه ، بهداشت فردی ، بهداشت روانی ، علائم خطر دوران بارداری) و مراقبت های پس از زایمان

- آموزش روش های کاهش درد (دارویی و غیر دارویی)

- اصلاح وضعیت جسمانی مادر در طول بارداری و زایمان

- آموزش تکنیک های تنفسی کاهش درد زایمان به مادر و همراه

- آموزش به همراه در مورد حمایت های روانی مادر در طول بارداری و زایمان

- آموزش به همراه در مورد مراقبت های حین زایمان و بلافاصله پس از زایمان

- آموزش مراقبت از نوزاد به مادر و همراه

- آموزش همسر در مورد حمایت های روانی از مادر و آمادگی برای زایمان

ویژگی آموزش دهندگان : کارشناس یا کارشناس ارشد مامایی که دوره آموزش تئوری و عملی آمادگی برای زایمان را گذرانده و گواهی گرفته باشد

ویژگی آموزش گیرندگان :

- تمامی زنان باردار ، صرف نظر از سن و سواد آنان می توانند در کلاسها شرکت کنند مشروط براینکه مراقبت های بارداری را انجام دهند و ممنوعیتی از نظر متخصص زنان / ماما برای حضور در کلاس نداشته باشند .

- در جلسات علاوه بر مادر حضور همراه ضروری است . همراه خانمی است که مادر انتخاب میکند تا در هنگام زایمان در کنار وی باشد . همراه باید یک فرد ثابت باشد و در کلاسهای دوران بارداری شرکت کند تا بتواند گواهی آن را اخذ نماید . همراه باید راز دار و امین و ترجیحا با سواد باشد و مادر با وی احساس امنیت کند

روش کار : کلاسهای آمادگی برای زایمان از هفته ۲۰ بارداری شروع تا هفته ۳۷ ، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار می شود . در هر جلسه ابتدا مطالب شفاهی و سپس مهارت ها بصورت عملی ، توسط مربیان دوره دیده ، آموزش داده می شود . برای تکمیل مطالب ارائه شده در کلاسها کتاب و DVD آموزشی نیز تهیه شده و در اختیار مادران قرار داده می شود . در هر کلاس حد اکثر ۱۰ خانم باردار و همراهش شرکت می کنند . برگزاری این کلاسها با رعایت استاندارد های اعلام شده از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، توسط بخش خصوصی امکان پذیر است .

وضعیت فعلی اجرای کلاسها در کشور :

اجرای این کلاسها از سال ۸۵ در ۸ بیمارستان در سطح کشور آغاز گردیده و در حال گسترش در بخش دولتی و خصوصی می باشد . **مرکز آموزشی درمانی الزهرا** در تبریز نیز به عنوان سایت منطقه ای برگزاری این کلاسها راه اندازی گردیده است و ضمن برگزاری این کلاسها برای مادران باردار ، تربیت مربیان آموزشی این کلاسها نیز توسط اساتید گروه آموزشی زنان و مامایی این دانشگاه صورت می گیرد .

سابقه انجام زایمان های فیزیولوژیک در کشور :

زایمان فیزیولوژیک به **زایمان کم درد غیردارویی** اطلاق می شود که با رعایت حرمت مادر حداقل مداخلات زایمانی صورت می گیرد، مادر پیش از زایمان در کلاسهای آمادگی برای زایمان شرکت می کند و با روشهای مختلف زایمان آشنا می شود، آزادانه مجاز به انتخاب شیوه زایمانی است و در این روش مادر با همراه به اتفاق زایمان وارد می شود. برنامه آمادگی برای زایمان و انجام زایمان فیزیولوژیک از سال ۸۵ در هشت بیمارستان کشور اجرایی شده است . به منظور انجام زایمان های فیزیولوژیک در ۴۱ دانشگاه کشور ۸۲ نفر برای آموزش دادن سایر کادر پزشکی آموزش دیده اند.

زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده

مقدمه و بیان مسئله : اگر در مناطق شهری زایمان ایمن با چالش سزارین روبرو است ، در مناطق روستایی ، به دلیل ویژگی های خاص فرهنگی ، اجتماعی و جغرافیایی ، **انجام زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده** ، مهمترین چالش می باشد . هر چند در سالهای اخیر به سبب توسعه یافتگی و گسترش راههای روستایی ، احداث مراکز بیمارستانی و مراکز زایمانی ، توسعه خدمات بهداشتی ، توسعه امکانات خودرویی و ... کاهش چشمگیر این موارد را شاهد هستیم ، با اینحال در بعضی مناطق بالخصوص در **روستاهای سیاری** ، هنوز این چالش پابرجاست.

با اینکه ترویج زایمان طبیعی از اهداف برنامه زایمان ایمن می باشد ولی با توجه به اینکه در انجام زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده ، هیچ یک از استانداردهای زایمان ایمن از جمله : محل مناسب ، امکانات و تجهیزات مناسب و عامل زایمانی دوره دیده ، وجود ندارد بنابر این انجام این نوع زایمان با افزایش مورتالیتی و موریبدیتی مادر و نوزاد همراه است . نتایج حاصل از بررسی موارد مرگ مادر و نوزاد نشان می دهد که در حوزه خارج بیمارستانی و در مناطق روستایی ، زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده ، ارتباط مستقیمی با مرگ مادران دارد و عموما موارد مرگ مادر بدنبال انجام زایمان در منزل و تبعات ناشی از آن رخ داده است .

راهکار های کشوری

با توجه به اینکه یکی از اهداف کشوری برنامه سلامت مادران کاهش شاخص زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده به کمتر از ۱٪ می باشد ، در دهه های اخیر وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی راهکار های مختلفی را جهت دستیابی به این شاخص در برنامه کاری خود داشته است . مهمترین این راهکار ها عبارتند از :

۱- تربیت عامل زایمانی دوره دیده برای مناطق محروم و دور افتاده

۲- ایجاد مراکز تسهیلات های زایمانی

تربیت عامل زایمانی دوره دیده برای مناطق محروم و دور افتاده

هر چند در دهه هفتاد با تاسیس آموزشگاههای ماما روستایی ، تربیت ماما روستا در دستور کار وزارت قرار گرفته و به تبع آن در استانها نیز این برنامه اجرا و تعداد زیادی **ماما روستا** تربیت شده اند . با اینحال این استراتژی در دهه بعد کارایی خود را به دلایل مختلف از دست داده و تعداد کثیری از این افراد غیر فعال شدند . عدم پذیرش این افراد توسط مردم به دلایل جوانی و کمی تجربه ، عدم توان رقابت با ماماها محلی ، ازدواج و مهاجرت آنان ، کاهش موارد بارداری و ... از جمله دلایل رکود عملکرد ماما های روستایی بوده است .

نتایج حاصل از یک بررسی کشوری در سال ۸۱ نشان داد که خانم های روستایی علاقمندی خود را به انجام زایمان توسط عامل زایمانی با ویژگی هایی نظیر : داشتن سواد ، سن بالا ، متاهل بودن ، داشتن سابقه زایمان ، حضور دائم در روستا و داشتن رابطه خوب با اهالی ، نشان داده اند لذا با توجه به این موارد و سایر معیار ها **تربیت بهورز ماما** به عنوان راهکار هزینه اثر بخش انتخاب و در دستور کار قرار گرفت .

در حال حاضر تعداد اندکی ماما روستایی در بعضی از روستاهای استان مشغول فعالیت می باشند و همچنین با برگزاری اولین دوره تربیت بهورز ماما در استان در سال ۸۷ ، در ۵ شهرستان نیز تعدادی از بهورزان در کنار خدمات بهورزی آمادگی انجام زایمان های طبیعی کم خطر را یافته اند .

تسهیلات های زایمانی

این واحد ها واجد حداقل های انجام زایمان ایمن می باشند که بصورت شبانه روزی در مناطق محروم و دور افتاده توسط کارشناسان مامایی اداره می گردند . علاوه برانجام زایمان طبیعی ، مراقبت های مادران و زنان واجد شرایط نیز در این مراکز انجام میگردد . همچنین پشتیبانی علمی و عملی و تدارکاتی ماما های روستایی و بهورزماما نیز برعهده این مراکز گذاشته شده است . در سالهای اخیر با افزایش بیمارستانها و افزایش دسترسی به آنها ، تعداد زیادی از این مراکز در استان غیر فعال شده و مراکز فعال نیز با کاهش موارد زایمانی مواجه شده اند به نحوی که در سال ۸۸ ، حدود ۶٪ از کل موالید استان در این مراکز به دنیا آمده اند . با اینحال با توجه به اینکه ۸ واحد تسهیلات زایمانی فعال استان عموماً در مناطق محروم و دور افتاده واقعند در کاهش موارد زایمان در منزل و پیشگیری از وقوع مرگ مادری نقش بسزایی را ایفا می کنند .

وضعیت استانی

نتایج حاصل از بررسی ذیح حیاتی در استان آذربایجانشرقی نشان می دهد که در سال ۷۷ زایمان توسط فرد دوره ندیده در مناطق روستایی استان ۱۶/۰۷٪ بوده است که این شاخص در سال ۸۸ به ۰/۷۷٪ تنزل پیدا کرده است . هرچند دستیابی به اهداف کشوری برنامه زایمان ایمن **موفقیت چشمگیری** برای نظام سلامت می باشد با اینحال بررسی های تفصیلی نشان می دهد که این شاخص در بعضی مناطق نیاز به ارتقا دارد .

نتایج بررسی موارد زایمان های دوره ندیده استان در سال های **۸۶ و ۸۷** نشان می دهد که بیش از ۸۰٪ موارد زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده در ۸ شهرستان رخ داده است و با اینکه ۱۰٪ جمعیت روستایی استان در روستاهای سیاری ساکنند باینحال از نظر تعداد، ۴۲٪ موارد در روستا های سیاری رخ داده است .

از سال ۸۷ ضمن طراحی مداخلات استانی ویژه ، بررسی علتی موارد زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده در دستور کار قرار گرفته است . نتایج حاصل از این بررسی ها نشان میدهد مشکلات ناشی از توسعه نیافتگی از جمله نبود راه مناسب و امکانات خودرویی ، محرومیت مردم ، آگاهی ناکافی ، عدم وجود همراه ، فعالیت ماما های محلی و ... از جمله دلایل انجام زایمان در منزل بوده است .

مداخلات استانی

هرچند مداخلات استانی صورت گرفته از سال ۸۷ جهت کاهش زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده در ۸ شهرستان طراحی گردید ولی این راهکار ها قابلیت اجرا در شرایط مشابه را در کلیه شهرستانها دارد . اجرای این مداخلات در سال ۸۷ کاهش ۳۸/۸٪ موارد را در روستا های استان نشان داد و موجبات تثبیت اجرای این راهکار ها را فراهم نمود. راهکار های اتخاذ شده عبارتند از :

- **شناسایی به موقع مادران و انجام مراقبت های دوران بارداری :** اولین گام در مراقبت های مادران ، شناسایی به موقع مادران باردار و افزایش پوشش خدمات می باشد. این امر بایستی بصورت **فعال** و با بررسی لیست زنان واجد شرایط تنظیم خانواده و پیگیری زنان دارای تمایل به بارداری و نوجوانان انجام گیرد .

- **افزایش آگاهی مادران و خانوارها:** آموزش مادران در طول دوران بارداری خصوصا در سه ماهه آخر بارداری یکی از مهمترین اقدامات در پیش گیری از وقوع زایمان در منزل می باشد . با اینحال توسعه آموزش ها و تعامل با اطرافیان تاثیر گذار مادر از جمله شوهر و مادرشوهر مهم می باشد . ارائه دهندگان خدمت به مادران از جمله ماما های تیم سلامت ، بهورزان و حتی پزشکان خواهند توانست با یاد آوری مزایای زایمان در مراکز زایمانی و خطرات و عواقب ناگوار زایمان در منزل ، مادران و خانواده های آنان را جهت زایمان در مراکز زایمانی ترغیب نمایند .

- **پیگیری فعال مادران :** در اواخر دوران بارداری، پیگیری فعال مادر جهت زایمان در مرکز زایمانی ، تا کسب اطمینان لازم و حصول نتیجه انجام می شود .

- **انتقال فعال مادران :** موانع موجود بر سر راه انتقال مادر به مرکز زایمانی (نبود خودرو ، انسداد راه و ...) بصورت فعالانه و با هماهنگی های لازم با سطوح بالاتر ، مرتفع میگردد.

- **پذیرش فعال مادران :** مادران ارجاع داده شده در سطوح ارائه خدمت ، به هیچ وجهی نباید تا پذیرش در بیمارستان رها شوند . ارائه دهندگان خدمت و کارشناسان و در مرحله بعد مدیران شبکه های بهداشت و درمان هماهنگ کننده پذیرش مادران در مراکز زایمانی هستند . با پذیرش فعال مادران از موارد زایمان در بین راه و خارج بیمارستان کاسته خواهد شد .

- **اسکان مادران :** برطبق دستورالعمل های وزارتی بایستی محلی در مجاورت بیمارستان جهت اسکان موقت مادران باردار مهیا گردد تا مادرانی که با انتقال فعال و یا داوطلبانه زودتر از موعد مقرر به بیمارستان مراجعه نموده اند تا زمان زایمان در آن محل اسکان یابند . معاونت های درمان دانشگاه ها متولی و هماهنگ کننده راه اندازی این محل ها در استان می باشند و در اغلب بیمارستانهای استان محل اسکان آماده شده است . وظیفه اطلاع رسانی وجود چنین محلی برعهده ارائه دهندگان خدمت می باشد .

- **ممانعت از فعالیت ماما های محلی :** ماما های محلی عهده دار انجام اغلب موارد زایمان در منزل می باشند و با توجه به غیر مجاز بودن فعالیت های این افراد ، ضمن **ابلاغ تذکرات شفاهی و کتبی** در بعضی موارد نیز برخورد قانونی با نامبردگان از طریق کارشناسان نظارت بردرمان شبکه ها صورت پذیرفته است .

- **هماهنگی امکانات خود رویی:** در مواردی که تامین خودرو توسط خانواده مادر و یا اهالی روستا مقدور نبوده است با برنامه ریزی قبلی با استفاده از امکانات خودرویی شبکه های بهداشت و درمان و مراکز بهداشتی و درمانی و واحد های اورژانس ۱۱۵ **انتقال فعال مادران** صورت گرفته است .

- **بررسی علتی زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده :** با بررسی علل زایمان در منزل توسط فرد دوره ندیده راهکار های استانی و شهرستانی متناسب طراحی می شود. این بررسی با پرسشنامه های یکنواخت و انجام مصاحبه با مادران باردار و یا بستگان آنان ، صورت میگیرد و نتایج ضمن ورود در نرم افزار ، بصورت استانی و شهرستانی استخراج و تحلیل می گردد .

- **هماهنگی ارائه دهندگان خدمت :** هماهنگی و همسویی مابین ارائه دهندگان خدمت از جمله ماموران سیاری بهورزان و ماما ها و پزشکان تیم های سلامت میتواند فعالیت های همدیگر را تقویت نموده و در ایجاد آمادگی لازم برای زایمان در مرکز زایمانی موثر باشد .

نتیجه گیری :

شاخص های برنامه زایمان ایمن از مهمترین شاخص های برنامه سلامت مادران می باشد که دستیابی به آن و بهبود مستمر آن بدون مشارکت و همراهی تک تک افراد شاغل در نظام سلامت میسر نمی باشد . امید است این بسته آموزشی و اطلاع رسانی در ایجاد نگرش و اقدام مشترک در نظام سلامت موثر بوده و شاهد ارتقای شاخص های زایمان ایمن و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان باشیم