



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

معاونت آموزشی

آموزش مداوم جامعه پزشکی

برنامه تفصیلی وبینار خوشایند سازی زایمان طبیعی

روز شنبه



تاریخ برنامه	ساعت	عنوان سخنرانی، کارگاه، میزگرد و ...	نام و نام خانوادگی سخنران	تخصص سخنران
1400/12/07	09/00-9/45	خوشایند سازی زایمان، ضرورت و راهکارها	دکتر افسانه کرامت	دکتری بهداشت خانواده
	10/30-09/45	مهیا برای بارداری وزایمان (روند زایمان- آمادگی جسمی روانی - طراحی نقشه زایمان - انتخاب همراه زایمان)	دکتر زیبا تقی زاده	دکتری بهداشت باروری
	11/15-10/30	توکوفوبیا، توانمند سازی زنان - روش های غیر دارویی کاهش درد (با تاکید بر تن آرامی)	دکتر محبوبه والیانی	دکتری علوم بالینی و کارشناسی ارشد مامایی
	12/00-11/15	پوزیشن در لیبر و زایمان و ارتباط آن با خوشایند سازی	ناهید لیل حقیقی	کارشناسی ارشد مامایی

خوشایند سازی زایمان

ضرورت و راهکارها

خوشایند سازی و زایمان

- ◉ خوشایند سازی زایمان (تجربه مثبت زایمانی):
- ◉ احساس مثبت و خوب درباره زایمان همراه با کنترل فرایند زایمان، عدم استفاده از داروهای کنترل درد یا استفاده از روش های شناختی جهت کنترل درد و داشتن یک زایمان واژینال خودبخود

ضرورت

- ◉ پیامد های تجربه زایمان خوشایند:
- ◉ افزایش اعتماد به نفس
- ◉ خودکارآمدی
- ◉ دلبستگی مادر و نوزاد
- ◉ پذیرش بهتر نقش مادری
- ◉ خودکفایی و استقلال
- ◉ رابطه بهتر مادر و نوزاد
- ◉ ارتقای کیفیت زندگی زنان
- ◉ توانمندی زنان

تجربه ناخوشایند زایمان

- استرس پس از تروما PTSD
- افسردگی پس از زایمان
- ترس از زایمان بعدی
- انتخاب سزارین
- سقط برای حاملگی بعدی
- کاهش میزان باروری
- افزایش فاصله تا بارداری بعدی



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
دانشکده پرستاری مامایی
رساله دکتری بهداشت باروری

“ طراحی برنامه ارتقای تجربه مثبت (خوشایند) زایمانی در زنان باردار ایرانی ”

اساتید راهنما: دکتر سکینه کلاهدوزان، دکتر زهرا متقی
اساتید مشاور: دکتر افسانه کرامت، دکتر زهره شاه حسینی، دکتر محمود موسی زاده
دانشجو: متیرالسادات حسینی طیلندی

عوامل موثر

فردی	بین فردی	مشکلات طبی غیر قابل انتظار
سن	همسر	مادر لیبر طولانی، القای زایمان، تحریک زایمان، زایمان ابزاری، سزارین اورژانسی و استفاده از بی دردی ها
تعداد زایمان	ارائه دهنده خدمات	کودک آپگار پایین، انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه
ترس		
خودکارآمدی		
کنترل		
مشارکت		
انتظارات		
آمدگی		

مشکلات طبی غیر قابل انتظار

◉ مادر

لیبر طولانی، القای زایمان، تحریک زایمان،
زایمان ابزاری، سزارین اورژانسی و استفاده از
بی دردی ها

◉ کودک

آپگار پایین، انتقال نوزاد به بخش مراقبت های
ویژه

بين فردي

○ - خانواده ، اطرافيان ، همسر

○ ارائه دهنده خدمات

فردی

- عوامل زمینه ای و دموگرافیک - **سن**
- تعداد زایمان
- **ترس**
- خودکارآمدی
- **کنترل**
- مشارکت
- انتظارات
- **آمادگی**

عوامل موثر

جمع		منفی		مثبت		تجارب زایمانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
100	930	47/1	438	52/9	492	حمایت حرفه ای
100	930	45/2	420	54/8	510	حمایت خانواده
100	930	41	381	59	549	کودک
100	930	43/1	401	56/9	529	آمادگی
100	930	53/5	498	46/5	432	ترس
100	930	50/3	468	49/7	462	تجربه مثبت
100	930	39/8	370	60/2	560	کنترل

عوامل موثر بر تجربه مثبت

- کنترل
- کودک
- آمادگی
- حمایت خانواده
- حمایت حرفه ای
- تجربه مثبت
- ترس

راهکارها

MIDWIFERY LED CARE

مدل مراقبت به سرپرستی ماما

- ◉ در این مدل مراقبتی، از اولین مراجعه مادر تا زایمان و اولین روزهای بعد از زایمان، سرپرستی به عهده ماما می باشد
- ◉ مراقبت مداوم به سرپرستی ماما

- این موضوع که در مدل مراقبت مداوم به وسیله ماما، یک ماما یا یک تیم ثابت از ماماها، مراقبت از مادر را از زمان بارداری تا روزهای اولیه بعد از تولد بر عهده دارد، مورد توجه وپسند مادران قرار دارد.
- این تیم هم چنین در صورت لزوم سایر سطوح مراقبتی را در مراقبت از مادر شریک می کنند.
- در مدل هایی که مراقبت به سرپرستی متخصص زنان یا پزشک خانواده انجام می گیرد، معمولا یک مامای مشخص، از ابتدا تا انتهای مراقبت ثابت نیست.



منابع ویروس کورونه (COVID-19)

مقایسه مدل مراقبت مداوم به سرپرستی ماما با سایر مدل‌های مراقبتی برای مادر و نوزاد، در دوران بارداری، حین زایمان و مراقبت‌های اولیه بعد از آن.

 منتشرشده
 28 اوت 2018

نویسندگان:

 Sendell J, Soltani H, Gates S,
 Shennan A, Devenc D

گروه مروری اصلی:

Pregnancy and Childbirth Group

موضوع چیست؟

شیوه‌های مختلفی برای حفظ سلامت و بهزیستی (well-being) مادر و کودک حین بارداری، زایمان و مراقبت‌های اولیه بعد از آن وجود دارد که به آنها اصطلاحاً «مدل‌های مراقبت» اطلاق می‌شود. گاهی متخصص زنان یا پزشک دیگر سرپرست تیم مراقبت سلامت است، و گاهی یک ماما این وظیفه را بر عهده دارد. گاهی وقایف بین ماما و متخصص زنان تقسیم می‌شود. یکی از این مدل‌ها، مدل «مراقبت مداوم به سرپرستی ماما» خوانده می‌شود. در این مدل مراقبتی، از اولین مراجعه مادر تا زایمان و اولین روزهای بعد از زایمان، سرپرستی به عهده ماما می‌باشد. ما می‌خواستیم دریابیم که این مدل مراقبت مداوم به سرپرستی ماما، نسبت به سایر مدل‌های مراقبتی، برتری دارد یا خیر.

چرا این موضوع مهم است؟

این موضوع که در مدل مراقبت مداوم به وسیله ماما، یک ماما یا یک تیم ثابت از ماماها، مراقبت از مادر را از زمان بارداری تا روزهای اولیه بعد از تولد بر عهده دارد، مورد توجه و پسند مادران قرار دارد. این تیم هم‌چنین در صورت لزوم سایر سطوح مراقبتی را در مراقبت از مادر شریک می‌کنند. در مدل‌هایی که مراقبت به سرپرستی متخصص زنان یا پزشک خانواده انجام می‌گیرد، معمولاً یک مامای مشخص، از ابتدا تا انتهای مراقبت ثابت نیست. ما می‌خواستیم بدانیم که مدل مراقبت به سرپرستی ماما به‌خاطر است و این که چه مزایایی برای مادر و نوزاد می‌تواند داشته باشد.

ما چه شواهدی به دست آوردیم؟

ما 15 مطالعه با مجموع 17,674 مادر و کودک شریک‌کننده را شناسایی کردیم (تا 25 ژانویه 2016 جست‌وجو شد). این مرور هم شامل زنان با خطر پایین عوارض و هم زنان با خطر بالای عوارض، ولی هم اکنون بدون عارضه می‌شود. در همه کارآزمایی‌ها ماماها با ملاحظیت حضور داشتند اما هیچ یک از مطالعات به مدل‌های ارائه دهنده زایمان خانگی نمی‌پرداختند. ما از روش‌های مطمئن برای ارزیابی کیفیت شواهد استفاده کردیم و هفت پیامد کلیدی را مدنظر قرار دادیم: زایمان زودرس (پیش از هفته 37 بارداری)، خطر از دست رفتن بارداری یا مرگ نوزاد در ماه اول بعد از تولد، زایمان و زایمان خودبه‌خودی (یعنی بدون القا و بدون کمک فونوسپس)، زایمان ستارین، زایمان و زایمان با کمک ابزار (فونوسپس یا وکتوز)، سالم ماندن پریده و استفاده از بی‌حسی ناحیه‌ای (مثلاً اپیدورال).

 913

چه کسی در مورد این مقاله حرف می‌زند؟

 ویدئو: مرور سیستماتیک
 توضیح داده است

 شواهد سلامت ما چگونه
 می‌تواند به شما کمک کند؟

به زبان‌های مختلف بخوانید

 مرور کامل با
 کتابخانه کارگین


چاپ



66 صوت

66

 Sendell J, Soltani H, Gates S,
 Shennan A, Devenc D.
 Midwife-led continuity
 models versus other
 models of care for
 childbearing women.
 Cochrane Database of
 Systematic Reviews 2018,
 Issue 4. Art. No.:
 CD004687. DOI:
 10.1002/14651858.CD004
 687.pub3

منتشر شده:

28 آوریل 2016

نویسندگان:

SANDALL J, SOLTANI H, GATES S, SHENNAN A, DEVANE D

- 15 مطالعه با مجموع 17,674 مادر و کودک شرکت کننده) تا 25 ژانویه 2016 جست و جو شد
- این مرور هم شامل زنان با خطر پائین عوارض و هم زنان با خطر بالای عوارض، ولی هم اکنون بدون عارضه می شود.
- در همه کارآزمایی ها ماماها با صلاحیت حضور داشتند اما هیچ یک از مطالعات به مدل های ارائه دهنده زایمان خانگی نمی پرداختند.
- هفت پیامد کلیدی : زایمان زودرس (پیش از هفته 37 بارداری)،
- خطر از دست رفتن بارداری یا مرگ نوزاد در ماه اول بعد از تولد،
- زایمان واژینال خودبه خودی (یعنی بدون القا و بدون کمک فورسپس)
- زایمان سزارین،
- زایمان واژینال با (کمک ابزار فورسپس یا وانتوز)
- سالم ماندن پرینه
- استفاده از بی حسی ناحیه ای (مثلا اپیدورال)

این مرور نشان می دهد زنان بارداری که از مدل کنترل مداوم به سرپرستی ماما بهره می بردند

- تحت مداخلات کمتری قرار گرفتند
- از مراقبت ارائه شده برای خود و فرزندشان، خصوصاً در زمینه پیامدهای جانبی احتمالی، در مقایسه با شرکت کنندگان سایر مدل های مراقبت از مادر باردار، رضایت مندی بیشتری داشتند
- برای یافتن راهکارهای رسیدن به کاهش بیشتر زایمان های زودرس و مرگ و میرهای جنینی پیش از هفته 24 بارداری و همه مرگ و میرهای نوزادی/جنینی مرتبط با مدل مراقبت مداوم به سرپرستی ماما، پژوهش بیشتری لازم است

**‘WOMEN AND MIDWIVES..
TOGETHER WE’RE STRONG**

‘MIDWIFERY LED CARE

Astrid Osbourne

Consultant Midwife & Supervisor of Midwives
SRN, SCM, PG Dip Professional Studies, MSc Advanced
Midwifery practice, Post Grad Cert Supervision of
Midwives

Astrid.osbourne@uclh.nhs.uk

AOsbo15084@aol.com

AREAS OF MIDWIFERY PRACTICE THAT HAVE STARTED TO BE DEVELOPED IN THE UK:

- ◉ Normality in childbirth - most Consultant Midwives/senior MW practitioners are engaged in this area of care
- ◉ Birth centres with no medical input
- ◉ In the UK a third of pregnant women do not see a Doctor at all during pregnancy and birth
- ◉ NHS maternity hospitals are managed by Midwives
- ◉ Where teams of Drs and Midwives work together the responsibility is shared
- ◉ Normal birth is the forte of the midwife

TO KEEP BIRTH NORMAL:

- ◉ **Create a homely atmosphere**, demedicalise the environment - hide stuff away - make the place homely
- ◉ Create a positive attitude to **low intervention**
- ◉ **Choice of place of birth** and carers for women including home, birth centre & hospital birth
- ◉ **Women having the opportunity to know their midwife and to trust her/him**
- ◉ Education and training for m/w's and Drs to improve normal birth understanding and confidence
- ◉ **Access to parent education** and prep for birth

MANAGEMENT OF PREGNANCY RISK

- ⦿ Essential for the midwife led care model is the **separation of high and low risk women** [NSF 2004 & Maternity Matters 2007. NICE 2008 Midwifery twenty twenty, 2010]
- ⦿ Acute care in high risk services must be appropriately Dr led and easy to access by MWs
- ⦿ **Low risk midwife led services across the community in partnership with GPs and social care**
- ⦿ **Easy flows from one process to another where necessary**

BIRTH PLACE STUDY RESULTS: OUTCOME

- ◉ Interventions were less frequent in MW led areas of care
- ◉ There was no difference in adverse outcome for primigravid or multigravid women by place of birth
- ◉ Women in a MW led unit were more likely to have a normal birth
- ◉ Primip women at home did slightly less well
- ◉ 62,036 low risk women were evaluated
- ◉ 27% Of the home birth group were primigravid
- ◉ **Costs:** Routine CS costs in excess of £3,000
- ◉ Savings average for MW led home birth = £310
- ◉ Savings for stand alone MW unit = £130
- ◉ Savings for along side MW led unit = £134

HISTORY AND CULTURE OF BIRTH IN THE U.S.

- Sukey Krause, CNM, MSN, Assistant Professor, UMMS-Baystate
- Heather Z. Sankey, MD, MEd, FACOG, CPE, Professor, UMMS-Baystate

VIRTUAL ERADICATION OF MIDWIFERY IN US BY EARLY 1900'S

- Lack of access to existing healthcare system
- Lack of access to schools
 - Eliminated access during time of rapidly developing medical science and discoveries
 - Flexner Report: 1910
- Lack of legal recognition and regulation
- Lack of national professional organization
- Ethnic, racial, and gender discrimination
 - Shepperd Towner Act: 1921
- Distance, poverty, language differences

20TH CENTURY BIRTH

- Historically women gave birth at home, supported by female family members, neighbors and midwives.
- In the early 20th century, there was a shift to giving birth under medical supervision (in hospitals)
 - Seeking pain relief
 - Reassurance from medical experts

“BROUGHT TO BED”

- ⊙ Regular use of obstetrical interventions changed birthing position from upright to recumbent
 - Instrumental delivery
 - Episiotomy and repair
 - Analgesia
- ⊙ Hospital become site of birth
 - Increased intervention necessitated increased asepsis
 - Advent of anesthesia
- ⊙ Birth shifted from generalist to specialty

1920S - 1940S

- ◉ Frequent use of forceps, episiotomies, anesthesia and deep sedation
- ◉ Physicians did not understand aseptic technique
- ◉ Infections spread more easily in the hospital
- This combination led to increased maternal mortality (although neonatal mortality dropped)



1940'S: NATURAL CHILDBIRTH MOVEMENT

- *Childbirth without Fear* was published in England 1933, US in 1944
- Redefinition of “Womanhood” following WWII
- Growing awareness of the dangers of certain “standard” OB procedures
- Spinal anesthesia was introduced in 1940s
- Advent of childbirth classes 1950's and movement towards Natural Childbirth
 - ⑩ The “Lamaze” method became popular in the US in 1960s

BIRTH IN THE 1950'S



90% of births in hospital

- Obstetrical Providers
 - Obstetricians
 - Family practice physicians

Certified Nurse-Midwives provided home and “maternity home” births

- prohibited from hospital birth until 1957

BIRTH IN 1950S

◎ Hospital birth experience

- Routine IV and NPO
- Routine anesthesia still used
- Routine shave prep and enema
- Lithotomy positioning
- Routine episiotomy
- Routine spinal and forceps

· Family separation

- Partners not allowed in delivery room
- Infant and mother separated
- Formula feeding encouraged
- Long hospital stays on bedrest postpartum

1960S-1980S

NATURAL CHILDBIRTH

MOVEMENT

Women increasingly demanding choice and control

Conscious participation of the mother in her own birthing process

- Awake and aware
- Active participant

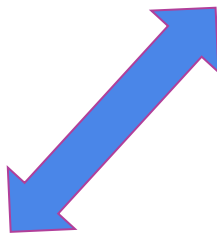
More holistic birth paradigm

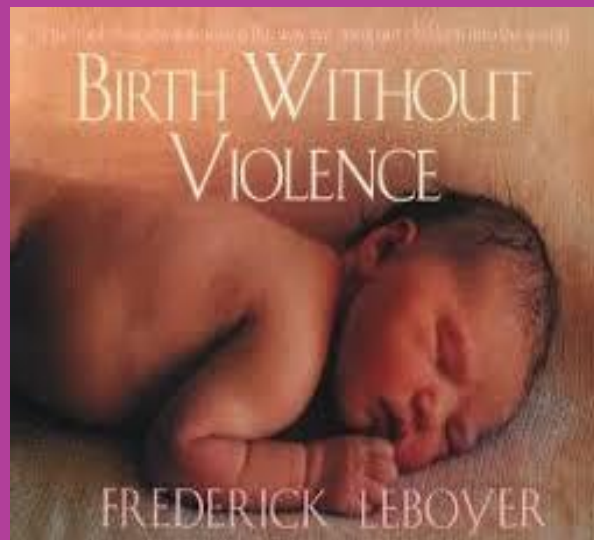
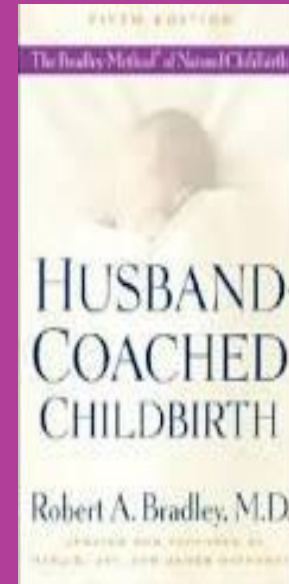
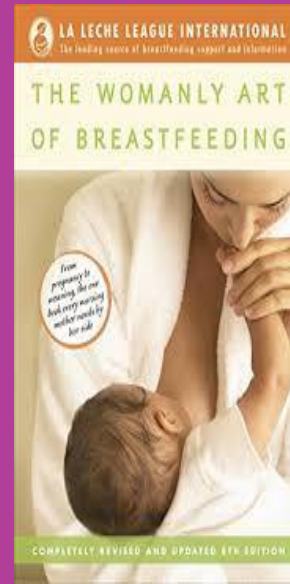
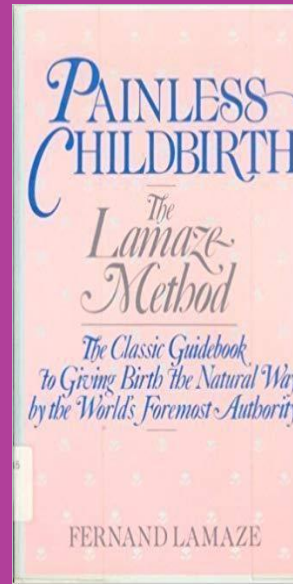
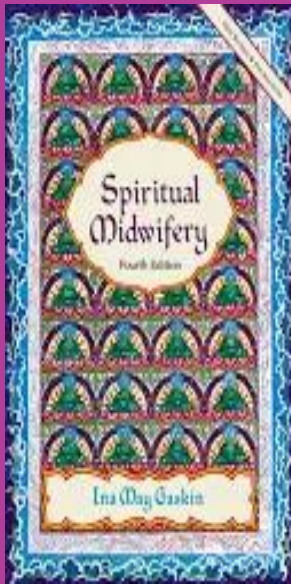
Female body is normal in its own right

CONVERGENCE OF THREE MOVEMENTS

Feminist

Natural
Child Birth
Consume





BOOKS THAT
REINTRODUCED
THE VALUE OF
PHYSIOLOGIC
BIRTH

1980S TO 1990S

- Shift towards epidurals for pain control in labor
- Decrease in routine episiotomies
- Shorter hospital stay
- Drop in cesarean section rates
- Electronic fetal monitoring introduced
 - 44.6% of live births in 1980 to 62.2% in 1988



1990S TO 2000S

- Fetal monitoring becomes routine during labor
- Cesarean section rate starts to rise
- Births attended by midwives rise from 3.3% to 7.9%

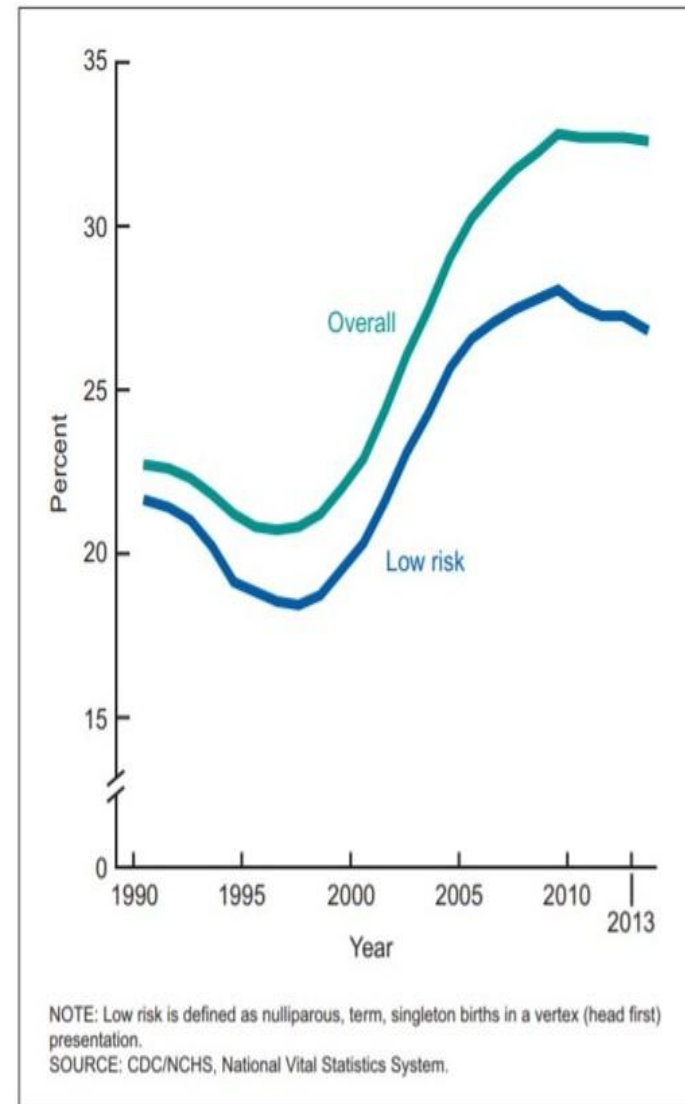


Figure 1. Overall cesarean delivery and low-risk cesarean delivery: United States, final 1990–2012 and preliminary 2013

The Introduction of Evidence

◎ Cochrane Review Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting

- “Most women should be offered ‘midwife-led continuity of care’.

◎ Decrease incidence of

- Epidural use
- Episiotomy
- Instrumental birth
- Preterm birth



◎ No adverse effects

Birth By the Numbers 2016

Contemporary Trends in Home Birth

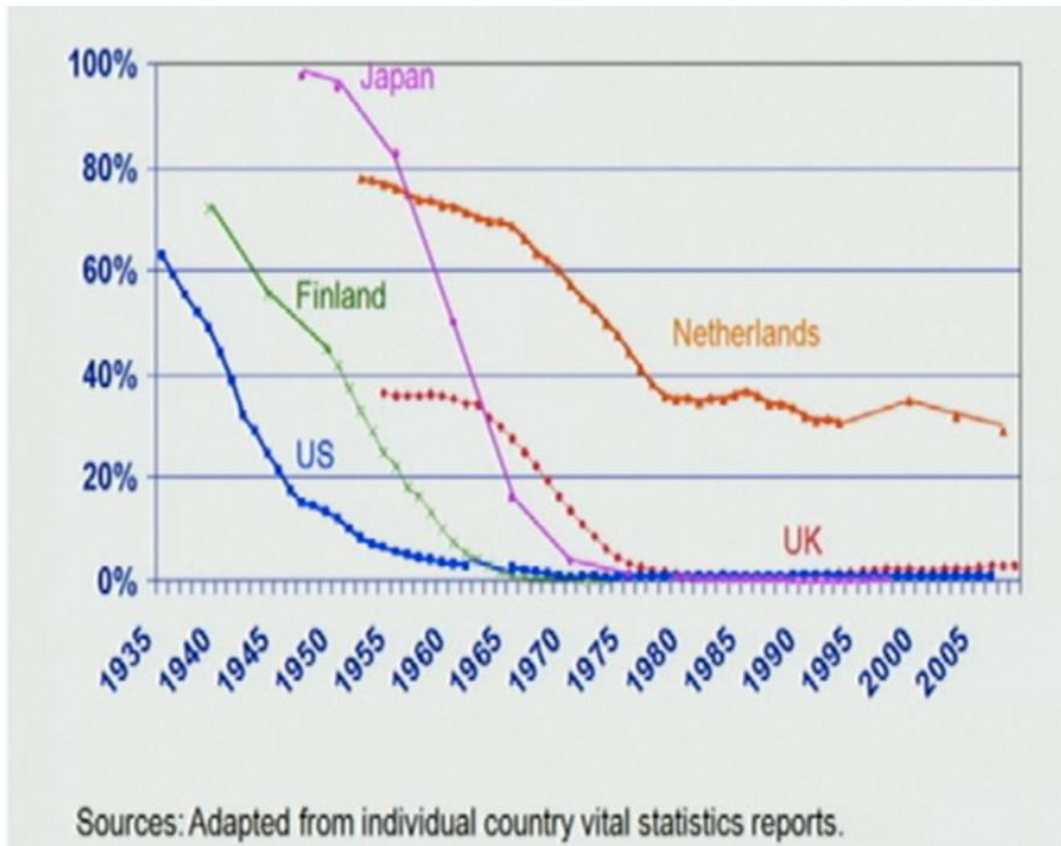
Prof. Gene Declercq, PhD

www.birthbythenumbers.org

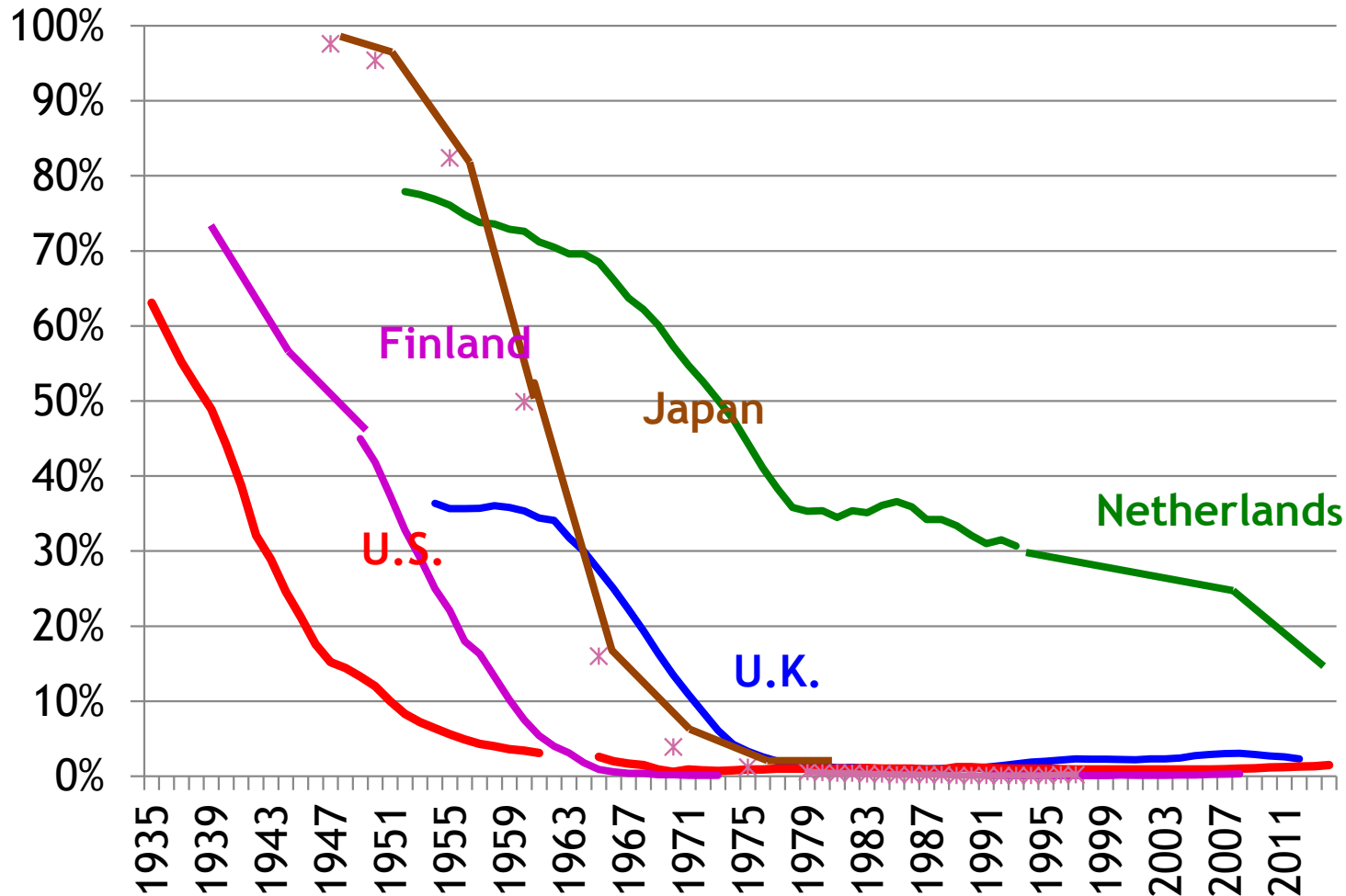
***With support from:
The Transforming Birth Fund***

IS ANYONE HAVING HOME BIRTHS?

INTERNATIONAL TRENDS IN HOME BIRTH, 1935-2008

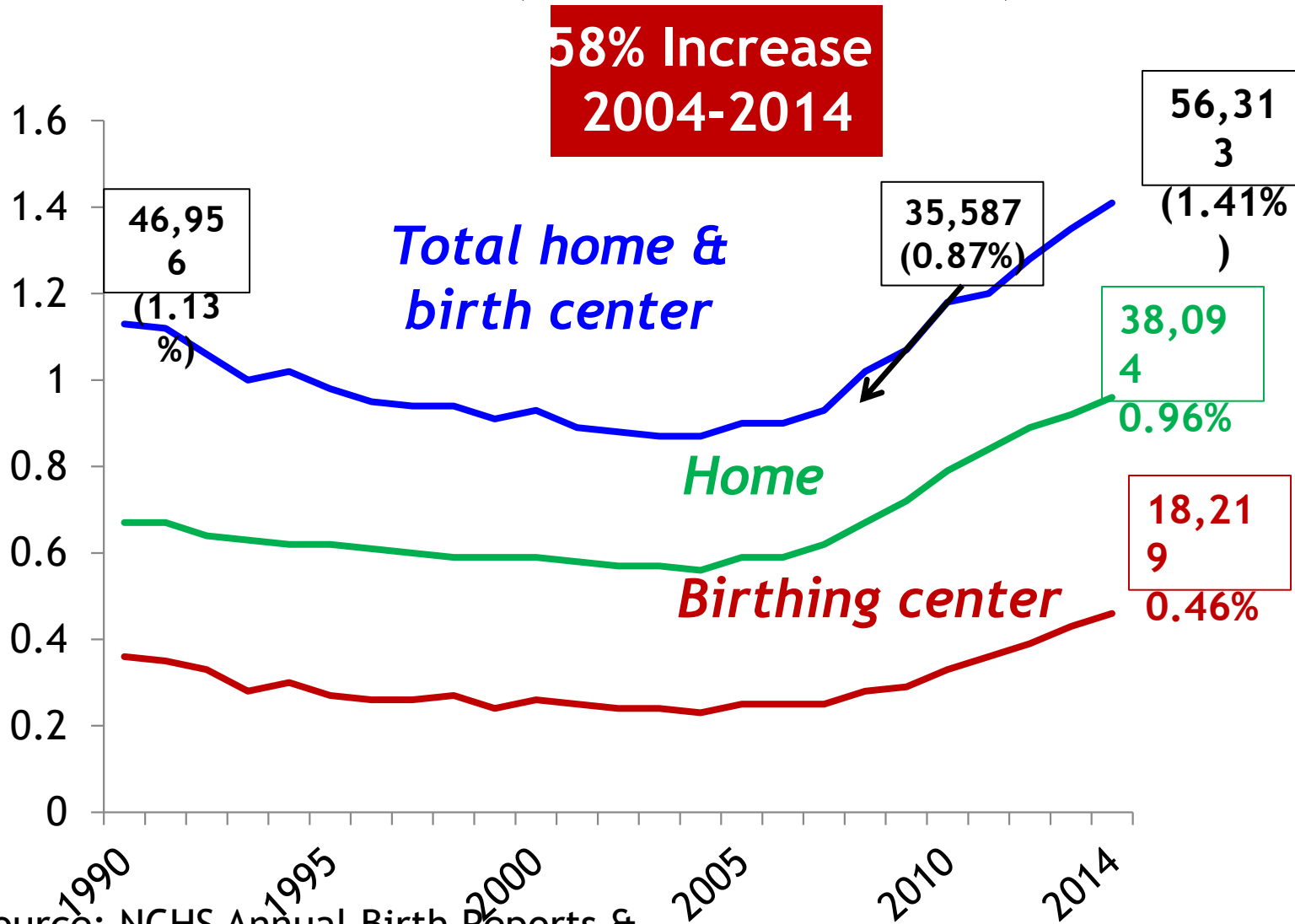


OUT OF HOSPITAL BIRTH RATES, SELECTED COUNTRIES, 1935-2014



Sources: National Vital Statistics and Birth Reports, various countries.

PERCENT OF ALL BIRTHS AT HOME, OR IN A BIRTHING CENTER, UNITED STATES, 1990-2014

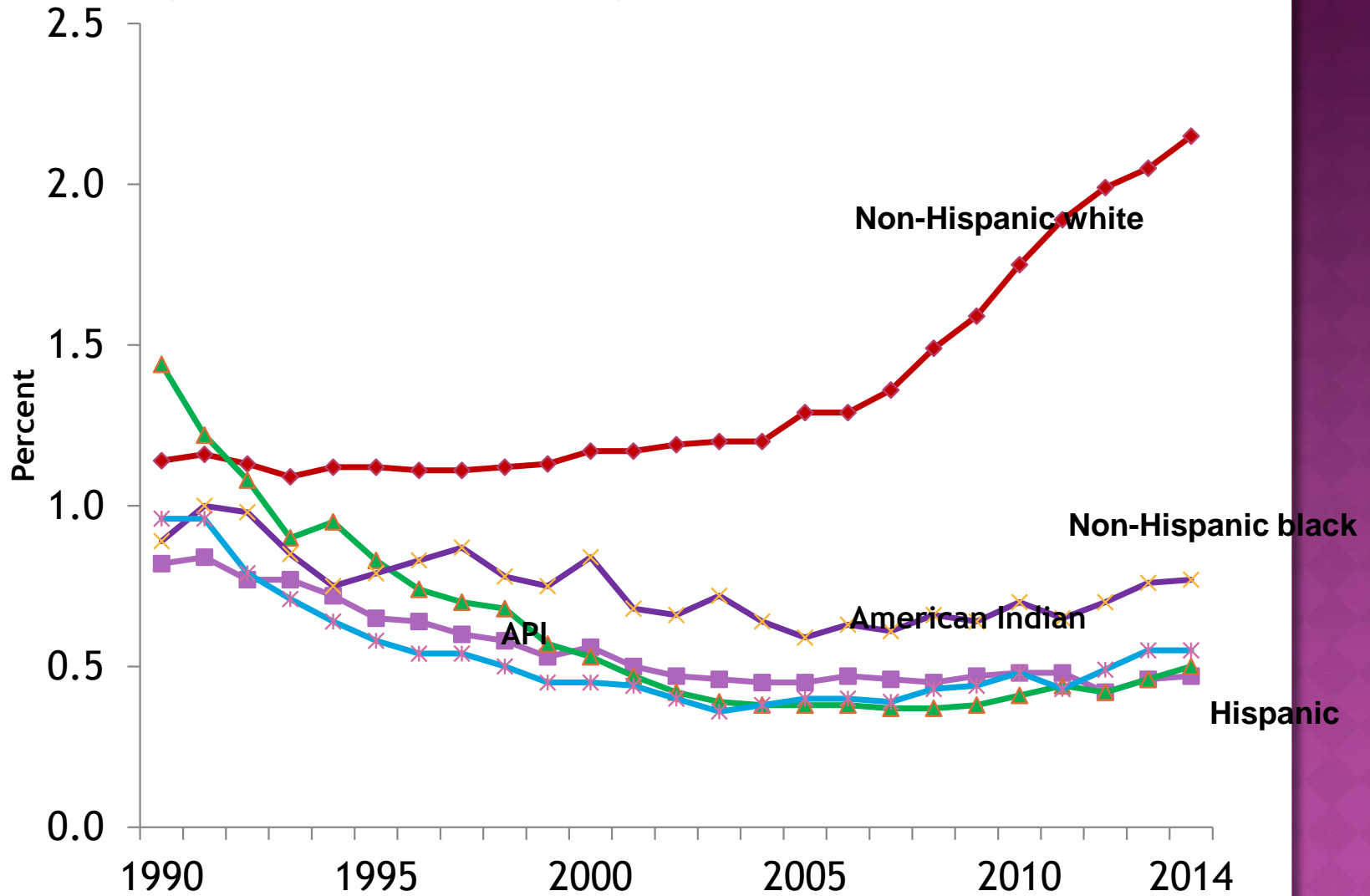


Source: NCHS Annual Birth Reports & CDCVitalStats. <http://www.cdc.gov/nchs/nvss.htm>

WHO'S HAVING HOME BIRTHS?

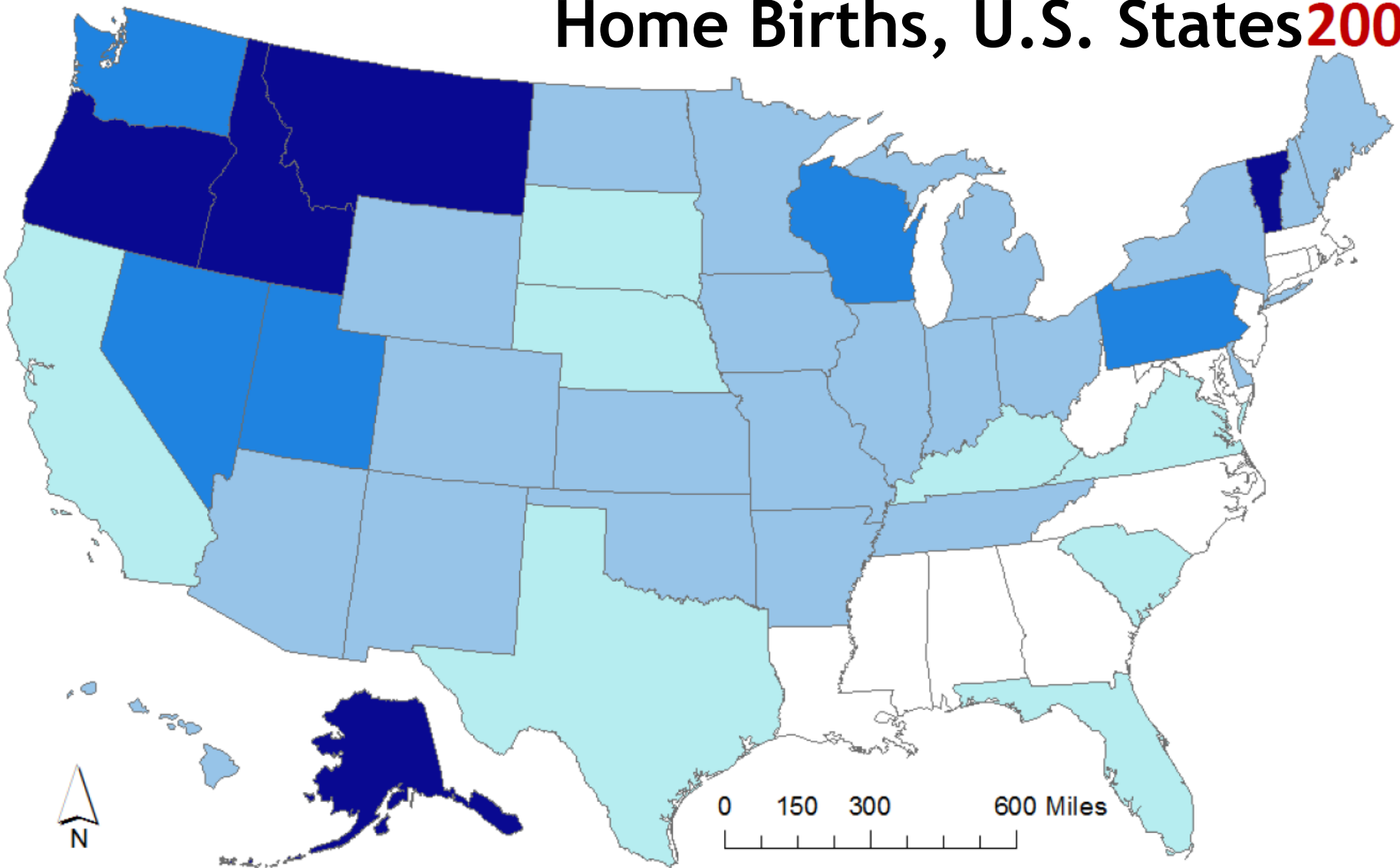
**WHERE IN THE U.S. ARE THEY MOST
COMMON?**

PERCENTAGE OF BIRTHS OCCURRING OUTSIDE A HOSPITAL BY RACE AND HISPANIC ORIGIN OF MOTHER, UNITED STATES, 1990-2014

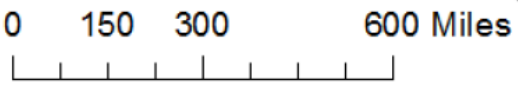
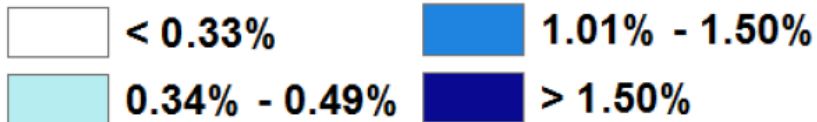


Notes: Non-Hispanic white, Non-Hispanic black and Hispanic data exclude New Hampshire in 1990-92 and Oklahoma in 1990, as these states did not report Hispanic origin on their birth certificates for those years. API denotes Asian or Pacific Islander. Source: Birth certificate data from the National Vital Statistics System.

Home Births, U.S. States 2000

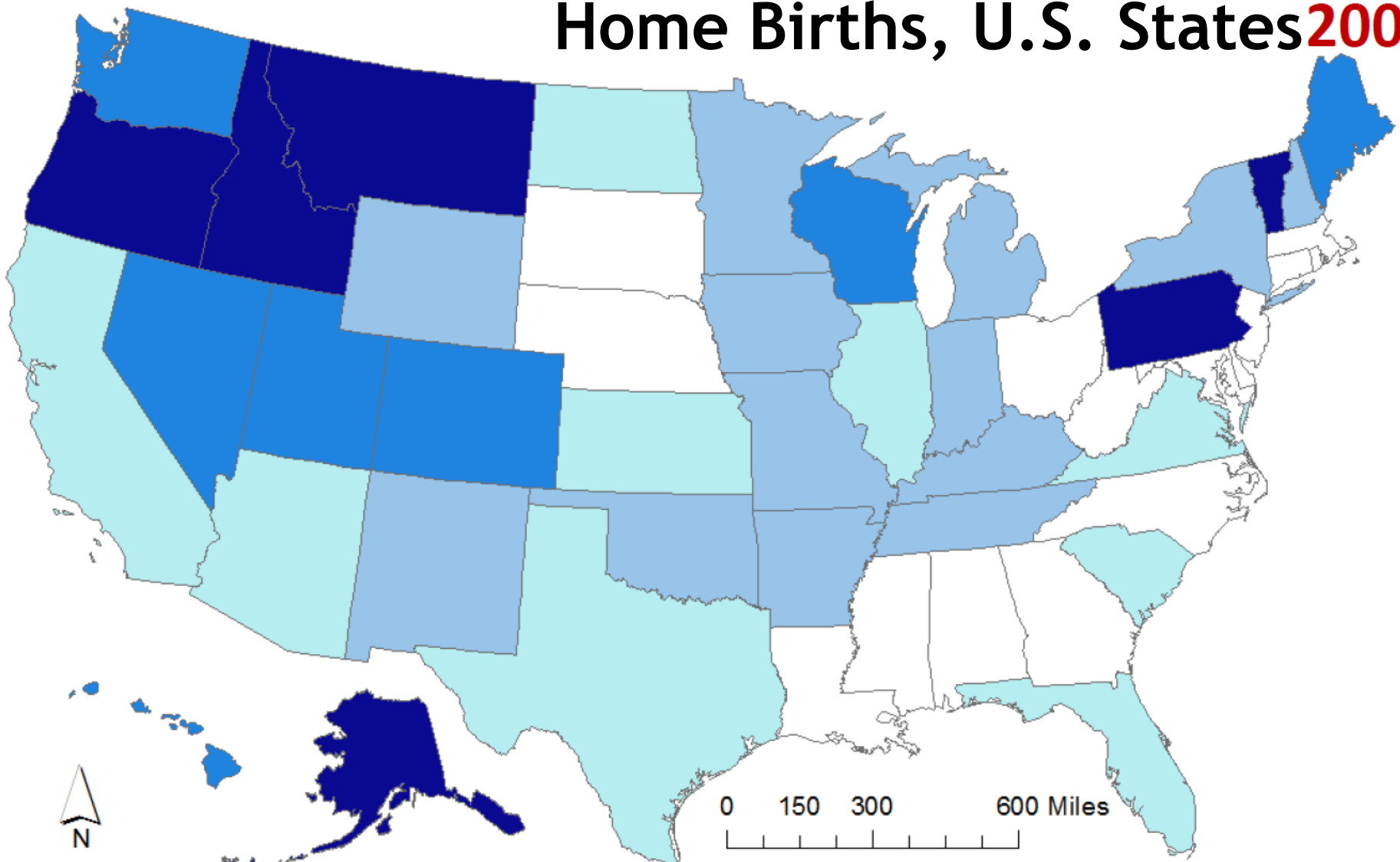


2000 rates








Maps available at Birth by the Numbers (www.birthbythenumbers.org).
Data presented in the map were provided by Dr. Eugene Declercq.
Map created by Dr. Veronica Vieira, April 2015.

Home Births, U.S. States 2004



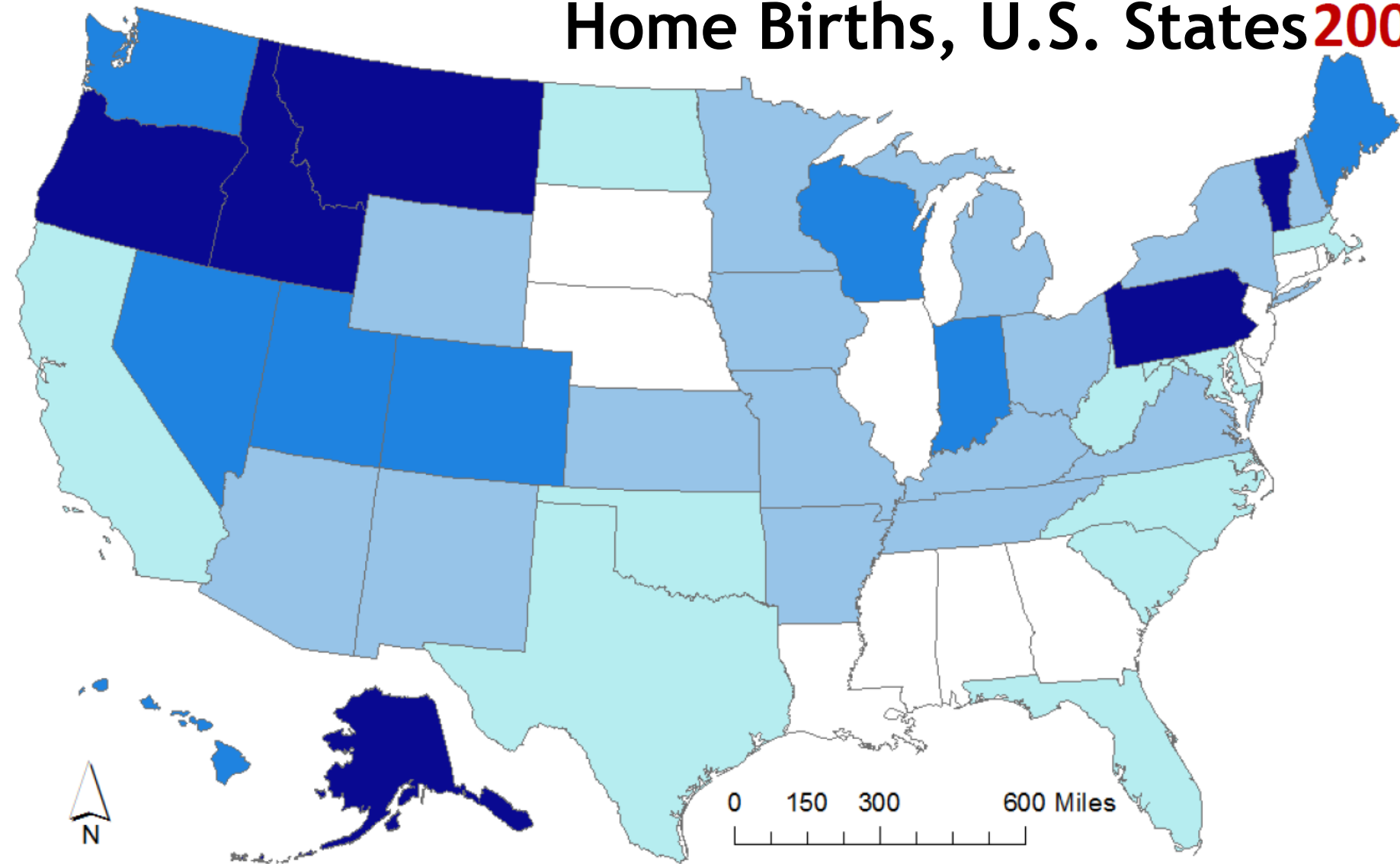
2004 rates

	< 0.33%		0.50% - 1.00%
	0.34% - 0.49%		1.01% - 1.50%
			> 1.50%

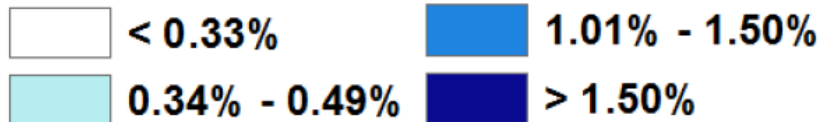
6 States > 1.5%
6 States 1.0-1.5%

Maps available at Birth by the Numbers (www.birthbythenumbers.org).
Data presented in the map were provided by Dr. Eugene Declercq.
Map created by Dr. Veronica Vieira, April 2015.

Home Births, U.S. States 2007

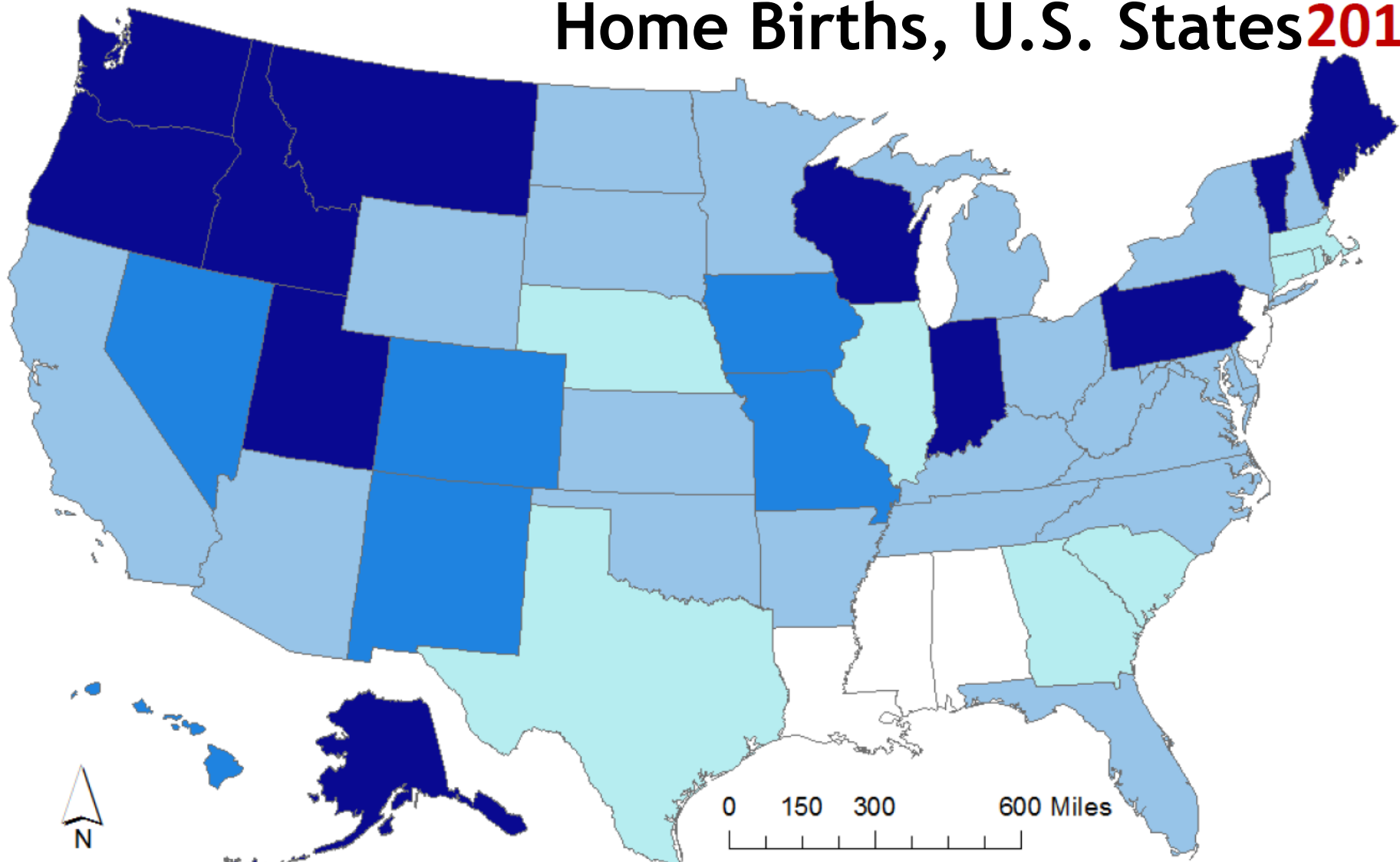


2007 rates

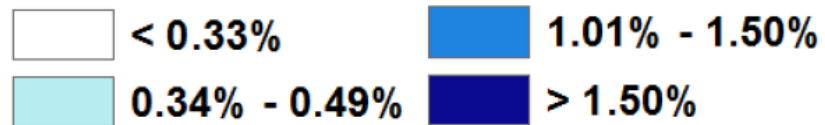


Maps available at Birth by the Numbers (www.birthbythenumbers.org).
Data presented in the map were provided by Dr. Eugene Declercq.
Map created by Dr. Veronica Vieira, April 2015.

Home Births, U.S. States 2010

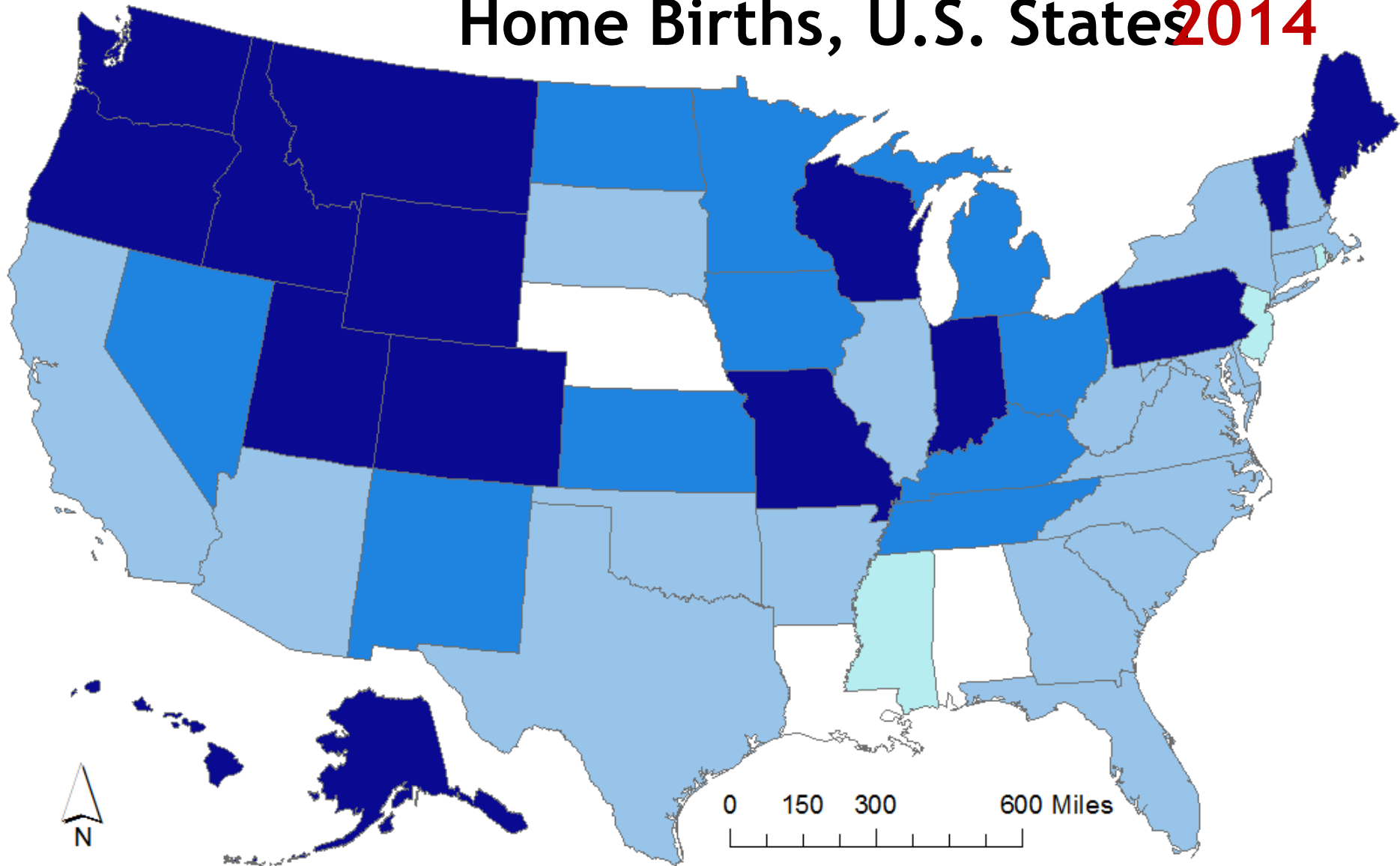


2010 rates



Maps available at Birth by the Numbers (www.birthbythenumbers.org).
Data presented in the map were provided by Dr. Eugene Declercq.
Map created by Dr. Veronica Vieira, April 2015.

Home Births, U.S. States 2014



2014 rates

< 0.33%

0.34% - 0.49%

0.50% - 1.00%

1.01% - 1.50%

> 1.50%

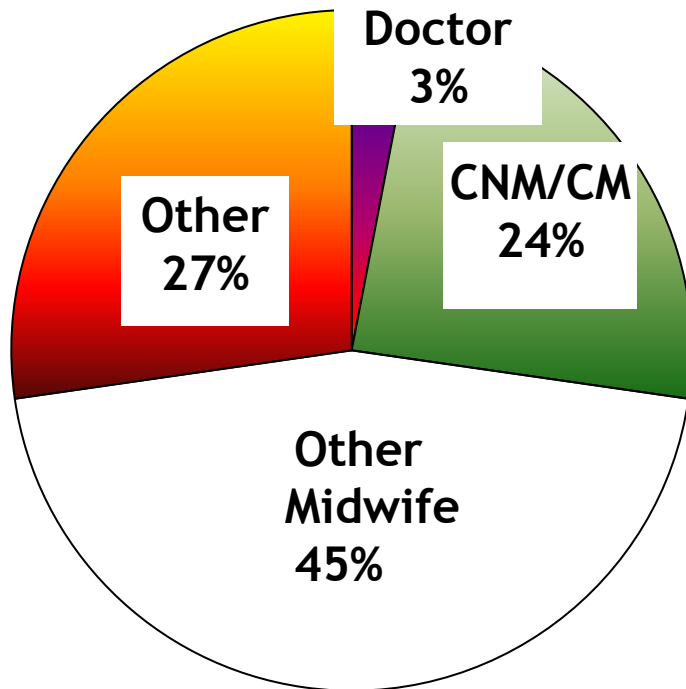
15 States > 1.5%
10 States 1.0-1.5%

Maps available at Birth by the Numbers (www.birthbythenumbers.org).
Data presented in the map were provided by Dr. Eugene Declercq.
Map created by Dr. Veronica Vieira, December 2015.

WHO'S ATTENDING HOME BIRTHS?

PERCENT OF HOME AND BIRTHING CENTER BIRTHS BY TYPE OF ATTENDANT, US, 2014

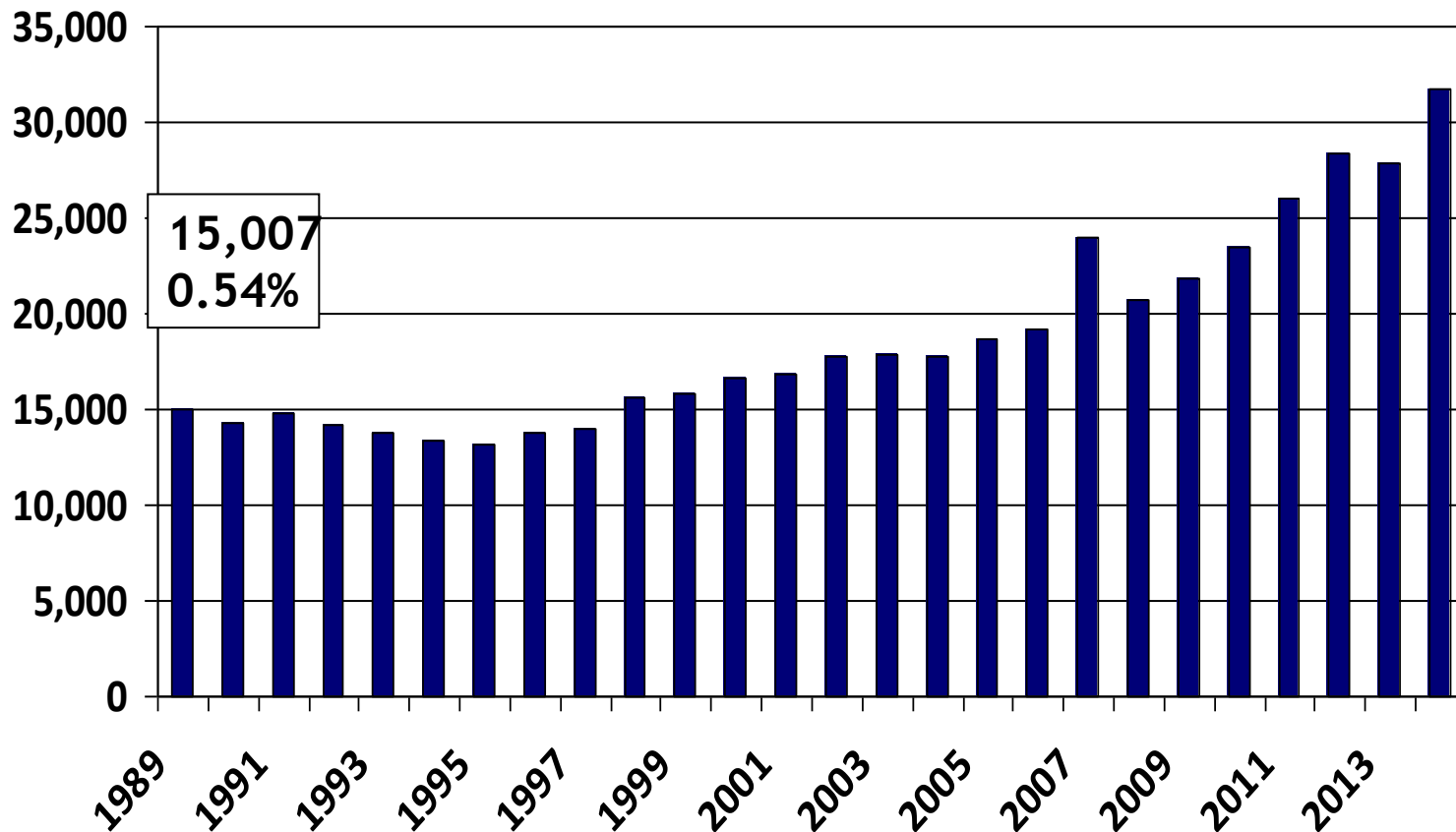
Home



NOTE: CNM/CM = certified nurse midwife or certified midwife.

SOURCE: Birth certificate data from the national vital statistics system.

TOTAL BIRTHS ATTENDED BY OTHER MIDWIVES, U.S., 1989-2014

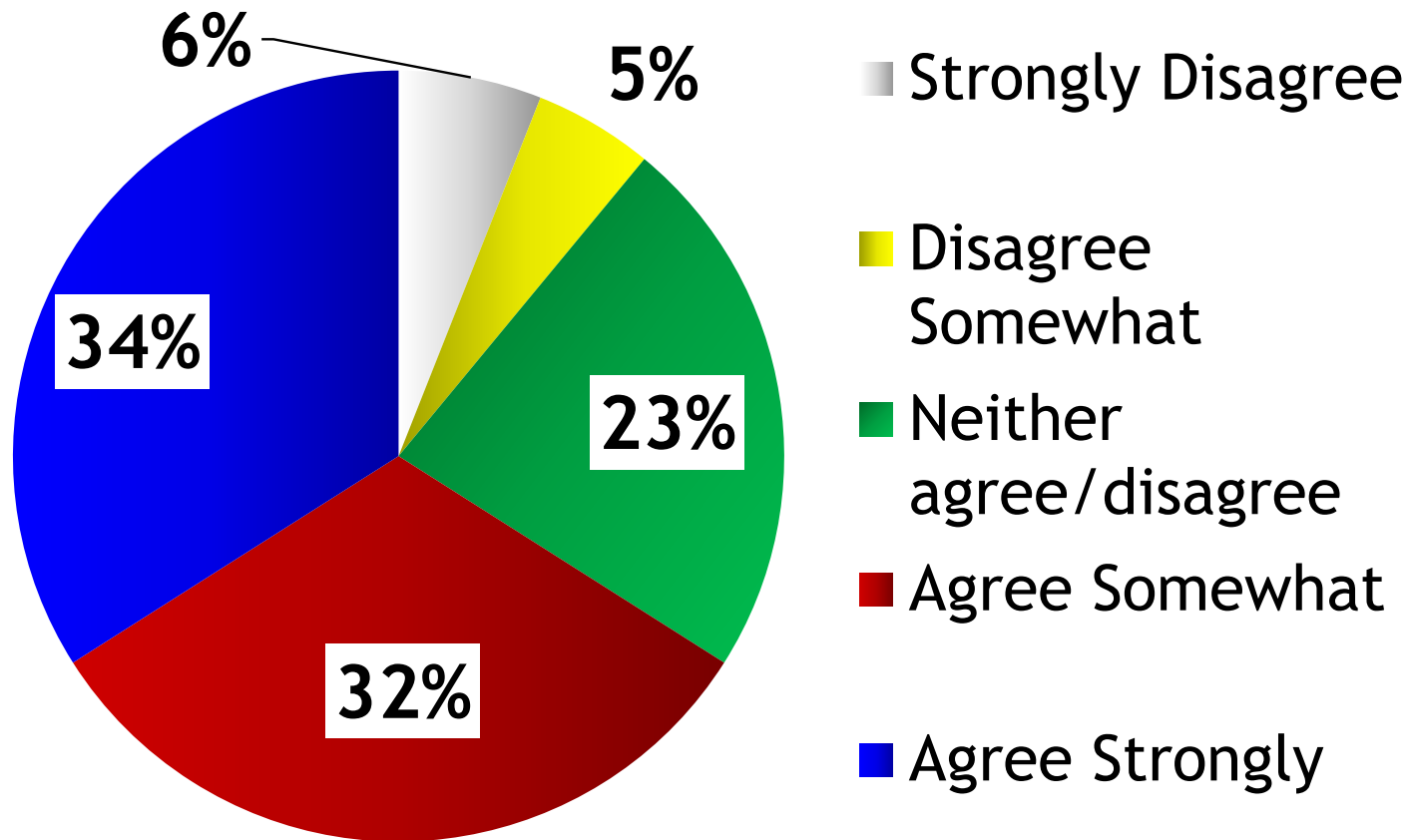


31,701
0.80%

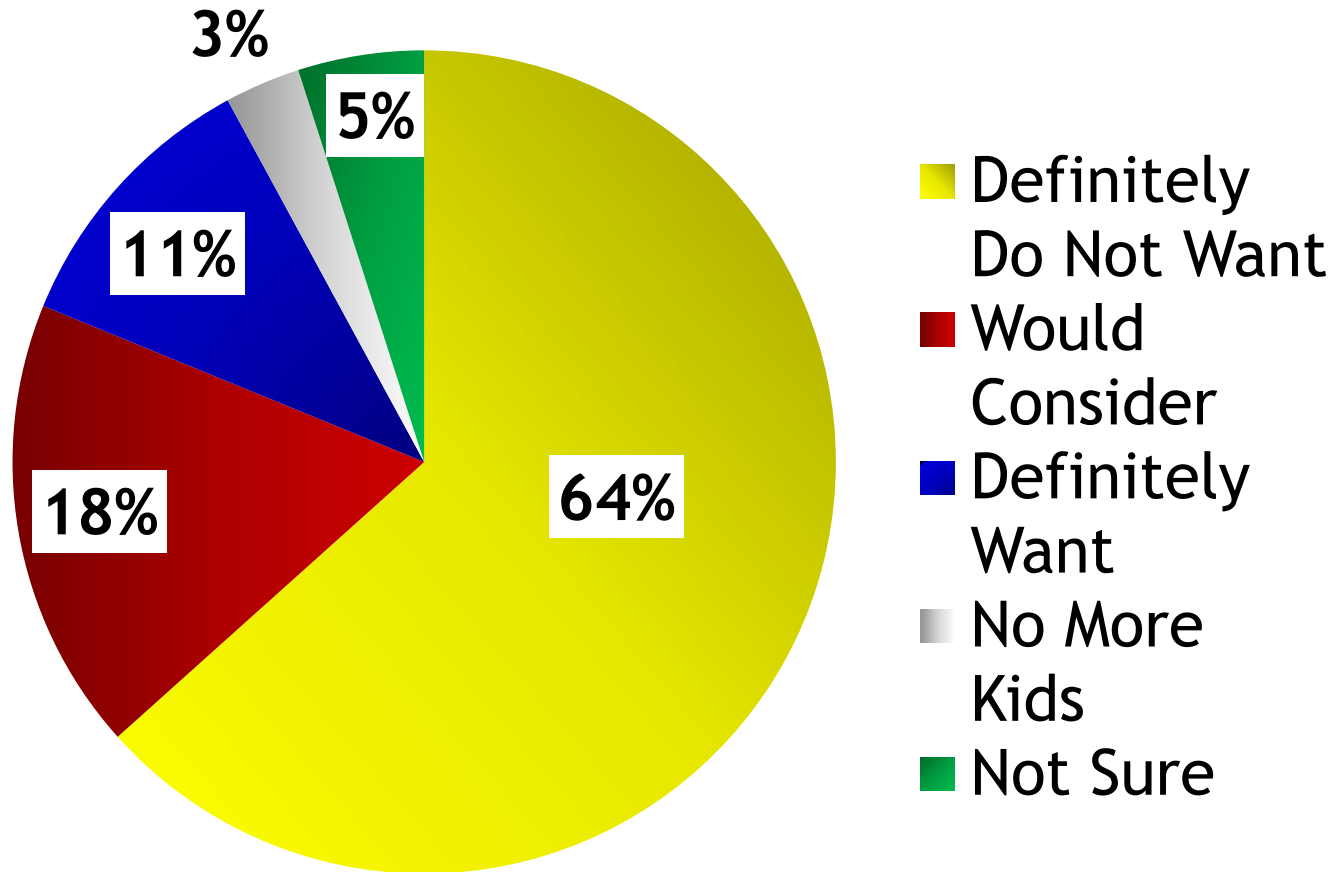
Source: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. VitalStats. <http://www.cdc.gov/nchs/vitalstats.htm>. Accessed November 28, 2015

WHAT'S THE FUTURE FOR HOME BIRTH?

IF A WOMAN WANTS TO HAVE HER BABY AT HOME, SHE SHOULD BE ABLE TO DO SO.

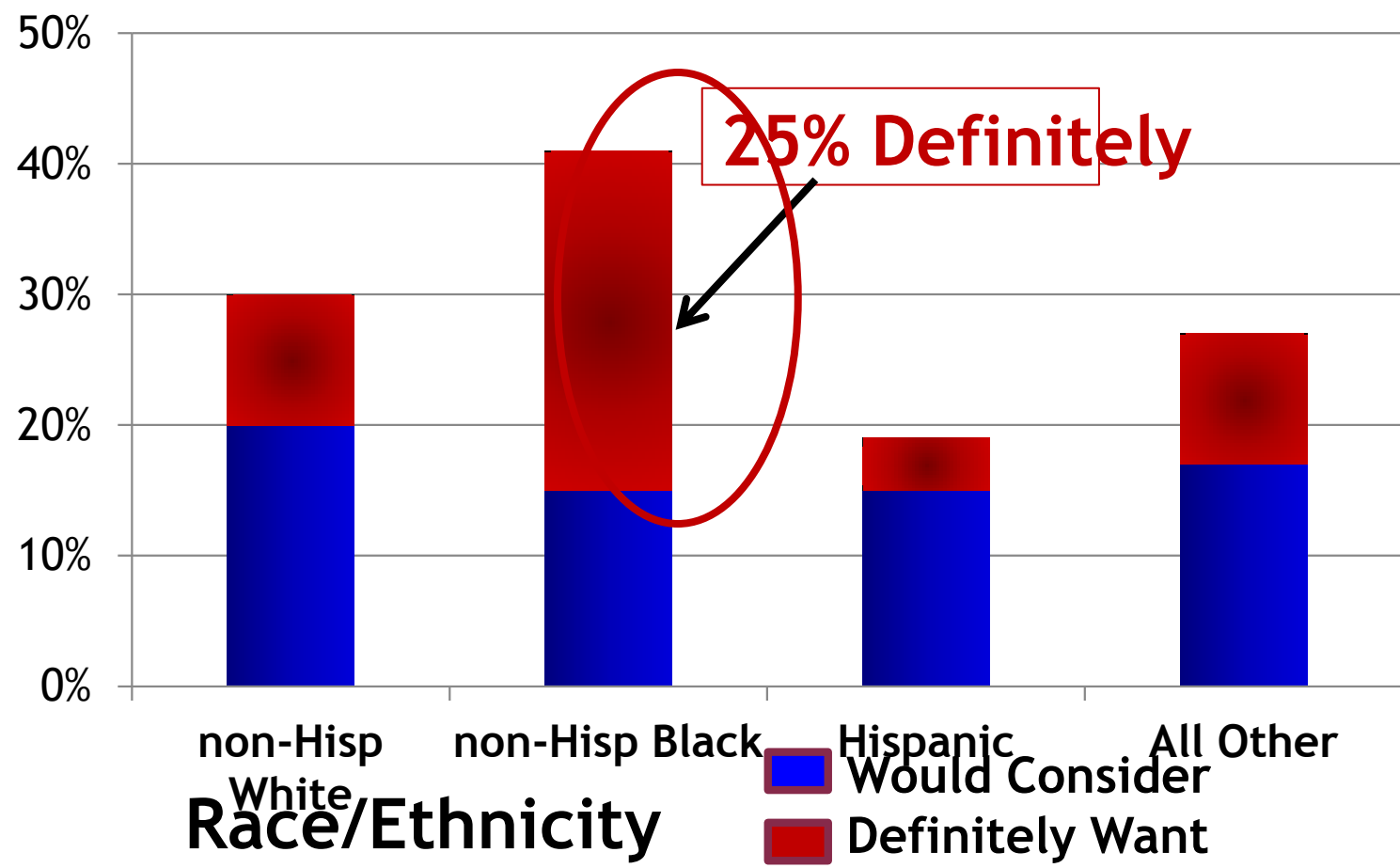


*FOR ANY FUTURE BIRTHS, HOW OPEN
WOULD YOU BE TO GIVING BIRTH AT **HOME**?*



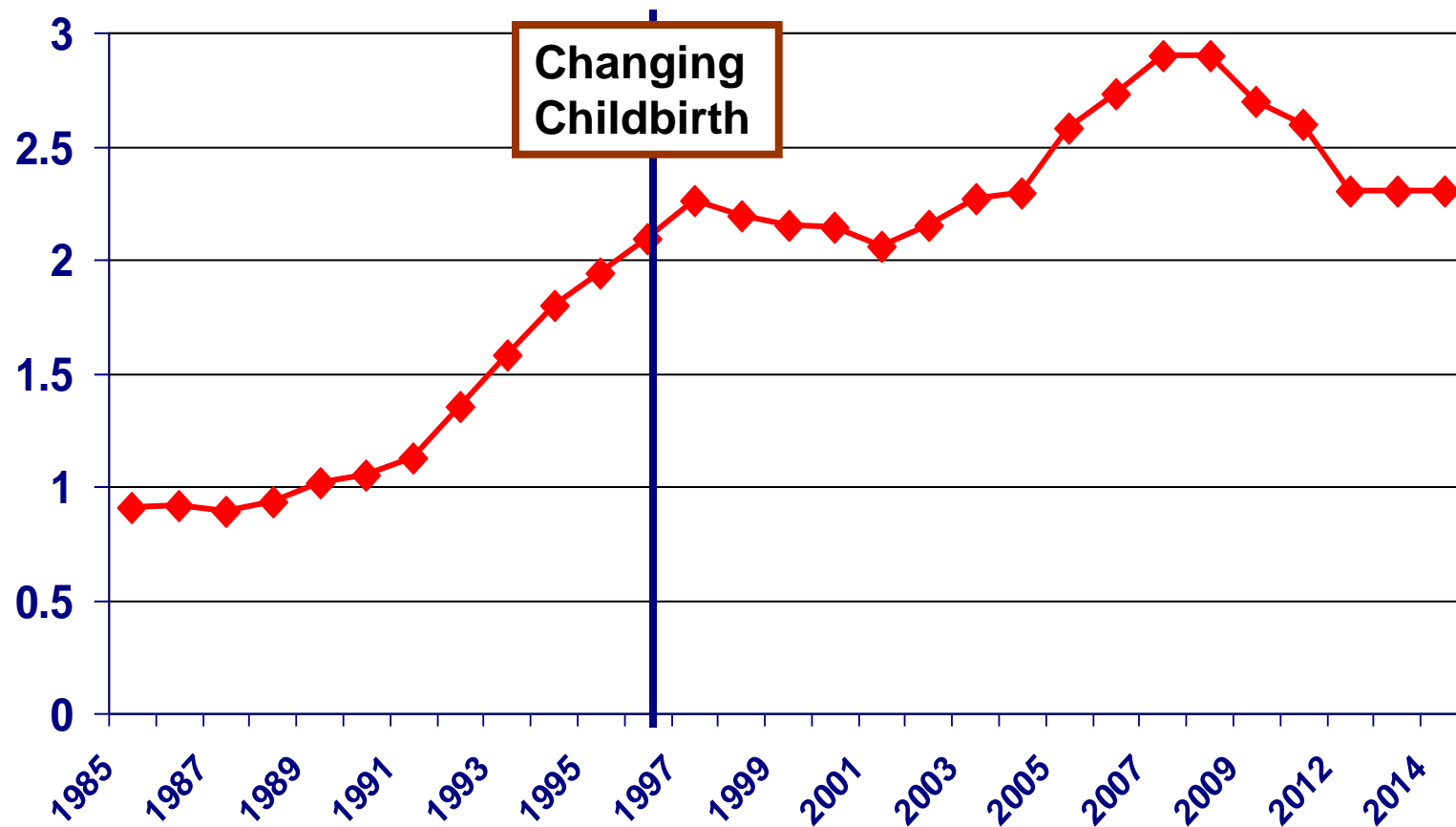
FOR ANY FUTURE BIRTHS, HOW OPEN WOULD YOU BE TO GIVING BIRTH AT HOME?

% Agree



**HOW FAR IS THIS INCREASE LIKELY
TO GO?**

PROPORTION OF HOME BIRTHS, ENGLAND, 1985-2014



FUTURE OF OUT-OF-HOSPITAL BIRTHS IN THE U.S.

- ◉ Likely to continue to grow for a time.
- ◉ Home birth is not likely to rise much beyond 2-3%.
- ◉ May be much greater potential for growth in Birth Center births if growth in CNMs.
- ◉ *Biggest question is whether or not the U.S. will develop integrated systems of care.*

Trends and State Variations in Out-of-Hospital Births in the United States, 2004-2017

Marian MacDorman, Ph.D. [Research Professor] and
Maryland Population Research Center, University of Maryland

Eugene Declercq, Ph.D. [Professor]
Department of Community Health, Boston University School of Public Health

Abstract

Background: Out-of-hospital births have been increasing in the United States, although past studies have found wide variations between states. Our purpose was to examine trends in out-of-hospital births, the risk profile of these births, and state differences in women's access to these births.

Methods: National birth certificate data from 2004–2017 were analyzed. Newly available national data on method of payment for the delivery (private insurance, Medicaid, self-pay) were used to measure access to out-of-hospital birth options.

Results: After a gradual decline from 1990–2004, the number of out-of-hospital births increased from 35,578 in 2004 to 62,228 in 2017. In 2017, 1 of every 62 births in the US was an out-of-hospital birth (1.61%). Home births increased by 77% from 2004–2017, while birth center births more than doubled. Out-of-hospital births were more common in the Pacific Northwest, and less common in the southeastern states such as Alabama, Louisiana, and Mississippi. Women with planned home and birth center births were less likely to have a number of population characteristics associated with poor pregnancy outcomes, including teen births, smoking during pregnancy, obesity, and preterm, low birthweight, and multiple births. More than 2/3 of planned home births were self-paid, compared to 1/3 of birth center and just 3% of hospital births, with large variations by state.

Conclusions: Lack of insurance or Medicaid coverage is an important limiting factor for women desiring out-of-hospital birth in most states. Recent increases in out-of-hospital births despite important limiting factors highlights the strong motivation of some women to choose out-of-hospital birth.

Research Letter | Obstetrics and Gynecology



Trends in Home Birth Information Seeking in the United States and United Kingdom During the COVID-19 Pandemic


Christina N. Schmidt, BS; Laeesha N. Cornejo, BS; Nicholas A. Rubashkin, MD


This Issue


Views **2,780** | Citations **1** | Altmetric **96**

 PDF

  More ▾

 CME & MOC

 Cite

 Permissi

Research Letter | Obstetrics and Gynecology

May 17, 2021

Trends in Home Birth Information Seeking in the United States and United Kingdom During the COVID-19 Pandemic

Christina N. Schmidt, BS¹; Laeesha N. Cornejo, BS¹; Nicholas A. Rubashkin, MD²

ADVERTISEMENT

healthline

Get our nutrition newsletter

Expert advice straight to your inbox



SIGN UP

PARENTHOOD > PREGNANCY

Interest in Home Births Rises During the COVID-19 Pandemic

Across the country, COVID-19 has pregnant families reassessing their birth plans and questioning whether home birth is a safer option.

Medically reviewed by [Meredith Wallis, MS, APRN, CNM, IBCLC](#) — Written by [Julia Ries](#) on June 17, 2020

ADVERTISEMENT

Get daily tips to eat well

Subscribe to our nutrition newsletter



CDC DATA: HOME BIRTHS SURGED LAST YEAR AMID THE PANDEMIC

-
- ◉ The number of home births rose by nearly 20% in 2020 as the U.S. grappled with COVID-19

THE BIRTH CENTER: A WOMEN'S HEALTH CARE CONCEPT

PRESENTED BY SUSAN WEGELT HEINZ, DNP, CNM











WHY DO WE NEED A NEW SYSTEM
OF CARE ?

INTRODUCTION

- In the United States cesarean section rates and induction rates have reached an all-time high at 32% and 22.5% respectively.
- New models of care that decrease interventions have value both economically and in terms of morbidity and mortality.

INTERNATIONAL STATISTICS

◉ Infant mortality

The **infant mortality rate (IMR)** is the number of deaths of infants under one year old per 1,000 live births. This rate is often used as an indicator of the level of health in a country.

WHO: The Netherlands ranked 19 4.7/1000 births
United Kingdom ranked 22 4.8/1000 births
United States ranked 33 6.3/1000 births

◉ C Section rates

OECD (Organization for economic co-operation and development) Ranked from highest to lowest; 16 industrialized nations

United States #3 (32%)
United Kingdom # 10 (24%)
The Netherlands #16 (12.9)

◉ Cost per capita (in US dollars)

UK \$2,560
Netherlands \$3,093
US \$6,096

THE MODEL

- ◉ An international model of care **used in the Netherlands is discussed as an** example of a model of care similar to the one proposed.
- ◉ **Midwifery care, physiologic/non-interventive birth has been well documented to improve outcomes.**
- ◉ This presentation is the development of a model of care designed for a specific community, Linn and Benton Counties in Oregon; however it is a model of care that could be adapted to other communities adjusting for their specific needs.

MATERNITY CARE IN THE NETHERLANDS

- Midwives are the primary gatekeepers.
- Essentially all women start care with a midwife. If determined to be higher risk, obstetrical referral is made (women may return to midwifery care)
- Very specific risk criteria
- Homebirth for healthy women encouraged and supported by National Health Policy
- Birth centers and “short term maternity hospitals” available
- Location of birth determined when in labor if low-risk
- 30% home birth rate

WHY SO MUCH HOME BIRTH IN THE NETHERLANDS?

- ◉ General belief in the importance of birth as a natural, family event
- ◉ Governmental policy supporting the independence and value of midwives
- ◉ General acceptance of the belief that intervention encourages intervention
- ◉ Economics

TWO UNIQUE PARTS OF THE NETHERLAND MODEL OF MATERNITY CARE

- All women who are low risk are assessed at home by the midwife and location of birth is determined in labor
- Post partum care and follow-up;
The birth assistant (7 hours a day for 8 days) and midwife care for all women, regardless of where they give birth.

آنچه از کشور های توسعه یافته می آموزیم

- ماما به عنوان یک عضو محوری و مهم در خوشایند سازی زایمان مطرح است (تنها رشته ای که می تواند بین ضرورت مداخلات طبی و طبیعی بودن زایمان تعادل برقرار کند)
- کشور هلند با سیاست مبتنی مدل ماما محور موفق تر از سایر کشورها توسعه یافته در خوشایند سازی زایمان و ارتقای شاخص های سلامت مادر و نوزاد بنظر می رسد
- حتی در کشور آمریکا که سیاست غالب آن با محوریت پزشکی و طبی است مدل های مختلف با محوریت ماما در حال فعالیت هستند
- جامعه مامایی با رصد کردن دقیق نیازهای جامعه در حال تقویت موقعیت و جایگاه خود در ارتقای کیفیت زایمان طبیعی و خو

در ایران

- زایمان فیزیو لوژیک
- کلاس های آمادگی برای زایمان
- بیمارستان های دوست دار مادر
- مامای همراه
- مامای خصوصی
- اتاق های تک نفره زایمان (LDR)

◉ از جمله افزایش تحولات این طرح، افزایش بیش از ۲۰ هزار تخت بیمارستانی و واحدهای زایمان طبیعی و همچنین تکمیل پرونده الکترونیک بهداشت ایرانیان بوده است، توسعه و ساخت ۱۸۰۰ اتاق تک نفره زایمان قابل دسترس بوده است.

نَهضت بیمارستان های دوستدار مادر

- مقدمه و تاریخچه:
- از ابتدای سال 1381 بهبود کیفیت خدمات ارائه شده مادران در دستور کار اداره سلامت مادران قرار گرفت
- در ابتدا گروهی متشکل از 9 نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران که فلوشیپ پریناتولوژی بودند به مدت حدود یک سال طراحی اولیه پروتکل های بالینی را انجام دادند.
- به موازات این گروه، 2 گروه دیگر نیز شامل متخصصین بیهوشی (برای تدوین پروتکل های انجام
- زایمان بی درد دارویی
-) و گروه کارشناسان ارشد مامایی (برای تدوین استانداردهای انجام زایمان طبیعی و کم درد غیر دارویی) (به مدت حدود یکسال) تا بهمن ماه 1382 (پروتکل های اولیه را تدوین نمودند.

اهداف

- الف. بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی
- ب. کاهش هزینه های غیر ضروری
- پ. احترام بیش از پیش به حقوق مادران و نوزادان

اصول بیمارستان دوستدار مادر:

- طبیعی بودن روند زایمان
- توانمند سازی مادر
- آزادی عمل و استقلال
- انجام مداخلات بر اساس اندیکاسیون های
مشخص و نه به صورت روتین
- مسئولیت پذیری

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شماره: ۴۷۷۲
تاریخ: ۱۳۸۸/۱۱/۲۲
پست

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

با سلام و احترام

پیرو بخشنامه شماره ۶/۵۹۱۲۷/س مورخ ۱۳۸۷/۱۰/۲۲ موضوع آیین نامه مراکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی، و با توجه به بند «ج» ماده ۴ آیین نامه مذکور، بدینوسیله استandarها، تعرفه و آیین نامه نظارتی «مامای همراه» (DOULA) جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی به شرح ذیل تعیین می گردد:

۱) استانداردهای «مامای همراه» (DOULA)

الف) «مامای همراه» مامایی است که به عنوان همراه در صورت تمایل و به انتخاب مادر از ایستای بارداری تا زایمان و پس از زایمان انجام وظیفه می نماید.

ب) مامای همراه می بایست در یکی از مراکز رسمی مشاوره و ارائه خدمات مامایی، ثبت نام نماید. ج) برای مامای همراه، داشتن گواهی گذراندن دوره های آموزشی ۶۰ ساعته آمادگی برای زایمان و روشهای کاهش درد لوزایی است. (نامه شماره ۵۷/۱۹۱۰-۲ مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۲۲ دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس).

د) استانداردهای مدت زمان نوبت و زایمان

مرحله زایمان	مدت زمان در مادران نخست زا	مدت زمان در مادران چند زا
فاز نهفته مرحله اول	متوسط ۱۴ ساعت	متوسط ۱۰ ساعت
فاز فعال مرحله اول	متوسط ۶ ساعت	متوسط ۴ ساعت
مرحله دوم	متوسط ۵ دقیقه	متوسط ۲۰ دقیقه
مرحله سوم	متوسط ۱۵ دقیقه	متوسط ۱۵ دقیقه
مرحله چهارم	متوسط ۲ ساعت	متوسط ۲ ساعت

همه مامایی که به عنوان «همراه مادری انتخابی» می شود، باید همه روزه و در همه ساعات شبانه روز تا ۲ ساعت پس از زایمان، در دسترس باشد.

و) مامای همراه نمی تواند نقش عامل زایمان را ایفا نماید و اجازه هیچگونه مداخله بالینی در روند آید، زایمان و پس از آن را ندارد. مامای همراه تنها حمایت فیزیکی، روحی و روانی از مادران را به عهده دارد.

دستورالعمل ترویج زایمان طبیعی در سال

۱۳۹۷

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

۱۴. برقراری امکان انعقاد قرارداد مراکز مشاوره مامایی ، ماماهاى داراى دفتر كار و متخصصين زنان و زايمان با بیمارستان هاى خصوصى و تك بیمارستان دولتى شهرستان محل خدمت خود (بر اساس مقررات ماده ۸۸) به نحوى كه بتوانند خانم باردار تحت مراقبت خود را جهت انجام زايمان طبيعى با استفاده از روشهاى بى دردى و كم دردى به آن بیمارستان معرفى و شخصا نسبت به انجام زايمان وى اقدام نمايد. بديهى است كه با توجه به مسئوليت مشترك كارى و قانونى متخصص زنان و ماما، در بدو پذيرش زائو ماما مى بايست متخصص مقيم يا آنكال را در جريان فرآيند زايمان قرار داده و متخصص نيز موظف است در صورت اعلام نياز توسط ماما، بر بالين مادر حضور يابد. فرآيند گردش كار و نحوه پرداخت حق الزحمه به ايشان تا پايان فروردين توسط كميته كشورى ترويج زايمان طبيعى تدوين و ابلاغ خواهد شد. دستورالعمل بازنگرى شده مامای همراه نیز همزمان با اين دستورالعمل ابلاغ خواهد شد.

۲۷. تهیه ضوابط راه اندازی مراکز زایمانی خصوصی (Birth Center)، که به صورت مستقل اداره می شوند توسط کمیته ی کشوری سلامت مادران و تایید آن توسط کمیته کشوری ترویج زایمان طبیعی

آیا تلاش‌ها موفق بوده‌اند؟

- آغاز نهضت خوشایند سازی زایمان حداقل 50 سال دیرتر از کشورهای توسعه یافته
- بصورت يك جریان و با درخواست مشخص از سطح جامعه نبوده است (مطالبه گري توسط مردم و خانواده ها)
- عدم وجود سیستم و یا مدل مراقبت به سرپرستی ماما با حمایت کامل
- گرایش مردم و حتی جامعه مامایی به رویکرد های طبي تا طبيعى
- ماما به عنوان يك نيمه متخصص زنان یا پزشك با محدودیت های قانونی شناخته شده نه به عنوان يك هویت مستقل و توانمند حیطة مهارت‌های غير طبي هدايت زایمان با رویکرد طبيعى و خوشایند
- تعارض منافع گروه‌های قدرتمند در کانون‌های تصمیم‌گیری و اجرا
- ..و

وظیفه جامعه مامایی؟

- ◉ شناخت صحیح و کامل از هویت مستقل مامایی و نقش آن در خوشایند سازی زایمان
- ◉ افزایش دانش و مهارت در این زمینه
- ◉ شناساندن هویت و دانش و مهارت های متمایز کننده به جامعه پزشکی و مردم
- ◉ ایفای نقش کلیدی و محوری در حوزه خوشایند سازی زایمان
- ◉ و..

◉ با تشکر