

نقش خدمات مامایی و سلامت باروری در اجرای سیاست های جمعیتی

برنامه تفصیلی نقش خدمات مامایی و سلامت باروری در

اجرای سیاست های جمعیتی

تاریخ برنامه	عنوان سخنرانی ، کارگاه ، میزگرد و...	نام و نام خانوادگی سخنران	تخصص سخنران
دوشنبه 10 مرداد 1401	خدمات مامایی و ترویج فرزند آوری	دکتر افسانه کرامت	بهداشت باروری
	سیاستگذاری های کلان جمعیتی و سلامت باروری	دکتر ناهید اکبری	بهداشت باروری
	ترومای زایمانی - فرزند آوری و رویکردهای مشاوره ای موثر	دکتر مریم فرجامفر	روانشک
	رویکردهای موثر در مشاوره فرزندآوری با تاکید بر مصاحبه انگیزشی	دکتر طلعت خدیوزاده	بهداشت باروری

خدمات مامایي و ترویج فرزند آوري

تعريف ماماىي (ICM)

- ▶ 1991-1992 پس از 20 سال تعريفى از ماما به طور مشترك توسط
کنفدراسيون بين الملى ماماها (ICM(International
Confederation of Midwives و فدراسيون بين الملى
متخصصين زنان و ماماىي (FIGO(Federation of
International Obstetrics and Gynecology در نظر
گرفته شد
- ▶ در سال 1993 توسط سازمان بهداشت جهانى به اين صورت مورد
تصويب قرار گرفت» و تاکنون (2019) - UNFPA- who به اين
تعريف ارجاع مى دهند:

▶ يك ماما فردي است كه به طور منظم در يك برنامه تعليماتي مامايي شناخته شده در كشوري كه در آن قرار گرفته، پذيرفته شده است و به طور موفقيت آميزي سلسله درس هاي تعيين شده مربوط به مامايي را تكميل نموده است و صالحيت الزم را كسب کرده و به طور قانوني پروانه انجام كار مامايي را دارد .

▶ « او بايد قادر به سرپرستي، مراقبت و توصيه به زنان در طول بارداري، زايمان و دوره بعد از زايمان باشد . همچنين قادر به هدايت زايمان ها بر اساس مسئوليت هایش و مراقبت از نوزاد و شيرخوار باشد .



- ▶ این مراقبت شامل روشهای پیشگیری، تشخیص شرایط غیرطبیعی در مادر و کودک، فراهم کردن کمک پزشکی و اجرای روشهای اورژانس در عدم وجود کمک پزشکی می باشد.
- ▶ او وظیفه مهمی در مشاوره و «تعلیم بهداشت، نه تنها برای زنان بلکه برای خانواده و جامعه دارد. کار او باید شامل تعلیم زنان قبل از زایمان و آماده کردن آنان برای انجام وظیفه مادری باشد و به زمینه های خاصی از طب زنان، تنظیم خانواده و مراقبت کودک گسترش می یابد.
- ▶ او ممکن است در بیمارستان ها، درمانگاه ها، واحدهای بهداشتی، شرایط اقامتگاهی یا در هر سرویس دیگری کار کند
- ▶ کنفدراسیون بین المللی ماماها، مامایی اصولی، صحیح و کامل می تواند باعث ارتقاء سلامت جسمی و روانی زوجین و فرزندان آنها و همچنین پیشبرد روشهای سلامت جنسی، زندگی خانوادگی و تثبیت نقش خانواده در اجتماع باشد



Core Document

International Definition of the Midwife

"A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education programme that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education and is recognized in the country where it is located; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title 'midwife'; and who demonstrates competency in the practice of midwifery.

Scope of Practice

The midwife is recognised as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct births on the midwife's own responsibility and to provide care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the promotion of normal birth, the detection of complications in mother and child, the accessing of medical care or other appropriate assistance and the carrying out of emergency measures.

The midwife has an important task in health counselling and education, not only for the woman, but also within the family and the community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women's health, sexual or reproductive health and child care.

A midwife may practise in any setting including the home, community, hospitals, clinics or health units."

Adopted at Brisbane Council meeting, 2005

Revised and adopted at Durban Council meeting, 2011

Revised and adopted at Toronto Council meeting, 2017

Due for next review 2023

آیین نامه تعیین حدود صلاحیت ماماهاي کارشناس و کارشناس ارشد:

ماده 1-تعريف ماما ماما به شخصي اطلاق ميشود كه تحصيلات مامايي را در حد كارشناسي، كارشناسي ارشد و دكتر ابرابر مقررات در مراكز آموزش داخلي و خارجي به پايان رسانيده و موفق به اخذ مدرک تحصيلي از مراكز معتبر مورد تائيد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي شده باشد. او قادر است خدمات بهداشت باروري را(از تولد تا سالمندي) به زنان، خانواده و جامعه ارائه نمايد و موجب ارتقاي سلامت مادر، نوزاد و در نهايت جامعه گردد.

ویژگی های خدمات مامایی در ایران

- ▶ سطوح تحصیلی
- ▶ جمعیت دانش آموختگان
- ▶ گستره خدمات در سطح جامعه
- ▶ خدمات مامایی در مراحل مختلف زندگی زنان و خانواده

سطوح تحصیلي

- ▶ کارشناسي
- ▶ ارشد (مامايي در 5 گرايش)
- ▶ ارشد مشاوره در مامايي
- ▶ دکترې بهداشت باروري
- ▶ دکترې مامايي
- ▶ = هم در عرصه توليد علم مربوط و هم در اجراي آن

گستره خدمات

- ▶ پایگاهها و مراکز جامع سلامت (بسیار گسترده)
- ▶ بیمارستانها و زایشگاهها
- ▶ دفاتر کار خصوصی و مراکز مشاوره مامایی
- ▶ مدارس؟
- ▶ مراکز درمان ناباروری
- ▶ مراکز تحقیقاتی
- ▶ دانشگاهها

COMMENTARY

Open Access



Two decades of Iranian midwives' activities as a health care provider under supervision in a multidisciplinary team in reducing maternal mortality

Mojgan Minghafourvand¹, Shahla Khosravi^{2*}, Jafar Sadegh Tabrizi², Azam Mohammadi² and Parvin Abedi²

Abstract

Iran is amongst the countries that have achieved the fifth goal of the United Nations Millennium Development Goal. The maternal mortality ratio (MMR) in Iran has declined from 48 cases per 100,000 in 2000 to 16 cases per 100,000 in 2017, showing an annual decline rate of about 6.3%. In the International Year of the Nurse and the Midwife (year 2020), this commentary highlights two decades of Iranian midwives' activities as a health care provider under supervision in a multidisciplinary team in reducing maternal mortality.

Keywords: Iranian midwives, Maternal mortality, Health care provider

Human development indicates achieving full health, knowledge, and ability to handle and manage life, and it is mainly intended to help and profit human beings [1]. One of the principal points in human development is to consider maternal health because around 808 women die every single day as a result of pregnancy and its complications [2]. Women in poor or low-income countries are facing the risk of dying during pregnancy 130 times more than women in developed countries [2, 3].

A fundamental measure taken to react against the imposing challenges of international development was the Millennium Development Goals (MDGs), committed to helping achieve the eight basic goals by 2015 [4]. Given the importance of maternal mortality, the fifth goal of the UN's MDG (adopted by 189 countries worldwide) explicitly addressed this issue and tried to reduce maternal mortality up to 75% during 1990 and 2015 [5]. As

with this goal, the maternal mortality ratio (MMR) over the course of 25 years had to be reduced by at least 5.5% per year to achieve the ultimate goal [6].

According to the analysis of data available at the Global Burden of Disease (GBD) website, the maternal mortality rate in Iran has declined from 40 deaths per 100,000 live births in 1990 to 14 in 2015, indicating a 1.96% decrease on average. This decline has been constant in Iran so that the trend of mortality (without a peak period) has been steadily declining, with the raw number of maternal deaths from 128 in 1990 to 25 deaths in 2015. Such figures indicate on average a decline of about 5.7 units annually [7], meaning that Iran is amongst the countries that have achieved the fifth goal of the UN's MDG [5]. As reported by the WHO, the maternal mortality ratio (MMR) has declined from 48 cases per 100,000 in 2000 to 16 cases per 100,000 in 2017, showing an annual decline rate of about 6.3% [8].

The quality and quantity of health and therapeutic cares for mothers contribute significantly to prevent maternal mortality rate [9], while yet the performance of skilled and educated health care providers is

* Correspondence: khosravi66@gmail.com

² Department of Community Medicine, Faculty Member of Medicine School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2021. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

خدمات مامایي در مراحل مختلف زندگي زنان و خانواده در حيطه فرزند آوري

▶ قبل از ازدواج:

- نوجواني
- قبل و حين ازدواج

▶ قبل از بارداري و پس از زايمان

- بارداري و زايمان سالم
- مشاوره فرزندآوري
- بارداري ناخواسته (پيشگيري از سقط)
- زنان نابارور
- موارد پرخطر

▶ بارداري و زايمان

- بارداري ناخواسته (پيشگيري از سقط)
- بارداري و زايمان سالم
- خوشايند سازي زايمان
- موارد پرخطر

قبل از ازدواج (نوجوانی)



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

رساله دکتری بهداشت باروری



عنوان

تبیین باورهای دختران دبیرستانی در خصوص فرزندآوری و عوامل مرتبط با آن و طراحی یک مداخله و اجرای آزمایشی آن



استاد راهنما: دکتر تجمه تهرانیان - دکتر افسانه کرامت

استاد مشاور: دکتر محمد شریعتی - دکتر محمد عفت پناه



دانشجو: زینب عشریه

شهریور 1398

<p>عوامل موثر در تصمیم گیری برای فرزندآوری :</p> <p>درسین کودکی ونوجوانی شامل:</p> <p>-وضعیت فرهنگی واقتصادی پدرمادر</p> <p>- نظرات پدرومادر</p> <p>- تاثیرات بین نسلی</p> <p>- شکل گیری ابتدایی فرایند تصمیم گیری</p> <p>درسین بزرگسالی شامل:</p> <p>هنجارهای اجتماعی</p> <p>اشتغال والدين</p> <p>تحصيلات والدين</p> <p>وضعیت اقتصادی</p> <p>شرایط پارتنر</p>	<p>17000متولد بریتانیا از سال 1958 مورد مصاحبه قرار گرفتند</p> <p>هدف مطالعه:</p> <p>تعیین ارتباط پس زمینه‌های ذهنی در مورد فرزندآوری درسین مختلف بر روری نیت‌های باروری در آینده</p>	<p>1700 0</p>	<p>تفاوت‌های آموزشی در تمایلات، نیت و رفتارهای باروری: دیدگاه دوره زندگی</p>	<p>کوهورت</p>	<p>-Berrington 2014 بریتانیا(115)</p>
--	---	-------------------	--	---------------	---

<p>Buhr Bremen, 2014 آلمان(117)</p>	<p>مروری</p>	<p>تجزیه و تحلیل باروری از دیدگاه دوره زندگی</p>	<p>114</p>	<p>هدف از این موضوع خاص، ارائه یک سری مطالعات تجربی مربوط به برخی از این جنبه‌های باروری است و بنابراین به طور قابل توجهی در پیشرفت در تحقیقات باروری طولانی مدت کمک می‌کند. این مطالعات براساس طیف وسیعی از مجموعه داده‌های بین المللی به روش جستجوی سیستماتیک شکل گرفته است.</p>	<p>مروری بر مطالعات مختلف که به صورت غیر سیستماتیک نتایج را در 3 دسته کرده اند: 1- مطالعاتی که تاثیر دوره زندگی را بر باروری بررسی می‌نمایند. 2- مطالعاتی که تاثیر تصمیم گیریهای سیاسی و عوامل اجتماعی را بر باروری بررسی می‌کنند. 3- مطالعاتی که تاثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای را بر باروری بررسی می‌نمایند. خلاصه نتایج حاصله: اهمیت نيات باروری و شکل گیری آنها در دوران کودکی نيات باروری تحت تاثیر عوامل اجتماعی و سیاسی می‌باشد. نيات باروری تحت تاثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای است.</p>
---	--------------	--	------------	--	---

داده‌ها برای کل دوره 1979-2002 از نظرسنجی طولی ملی نوجوانان حاصل شد. مردان و زنان سالانه از سال 1994 و بعد از آن بطور دوسالانه بررسی می‌شدند. دوره فالوآپ 23 سال بود.

آخرین اطلاعات موجود در زمان این تجزیه و تحلیل در سال 2002 جمع آوری شده است. هدف این مطالعه بررسی عوامل موثر بر انگیزه باروری با هدف شرح پیچیدگی‌ها ی این حوزه است.

ما مطالعه خود را بر اساس این مدل ساختیم: دو فاز بر انگیزش و فرایند باروری افراد در طول زندگی تاثیر گذار است. فاز اول مربوط به مسائل فیزیولوژیکی و بیولوژی تولید مثل است که از طریق وراثت و ژنتیک تعیین کننده می‌باشد.

فاز دوم در دوره نوجوانی شروع می‌شود و در سراسر زندگی باروری افراد گسترش می‌یابد. در این مرحله نیات افراد شکل می‌گیرد و سپس در ادامه زندگی باروری پیامد آن مشخص می‌شود.

مطالعه ما فوکوس بر روی فاز دوم است که بسیار در زندگی باروری هر فردی تاثیر گذار است.

3 سوال اصلی تحقیق:

ایا تمایل دارید در آینده فرزند داشته باشید؟

تعداد ایده آل فرزند از نظر شما چندتا است؟

چه زمانی قصد دارید اولین فرزند خود را به دنیا بیاورید؟

فرض بر این بود که باروری نتایج منعکس کننده پیچیده‌ای از رفتارها در طول زمان است که شروع آن از دوره نوجوانی است.

مسیرهای پیشنهادی از صفات انگیزشی به نتایج باروری در سراسر باروری. از اهمیت زیادی برخوردار است

انگیزه‌های باروری در دوره نوجوانی بسیار مرتبط است با نتایج باروری در 20 سال آینده شان.

متغیرهای انگیزه باروری نسبت به متغیرهای انگیزه تحصیل، در طول زمان ثبات بیشتری دارند.

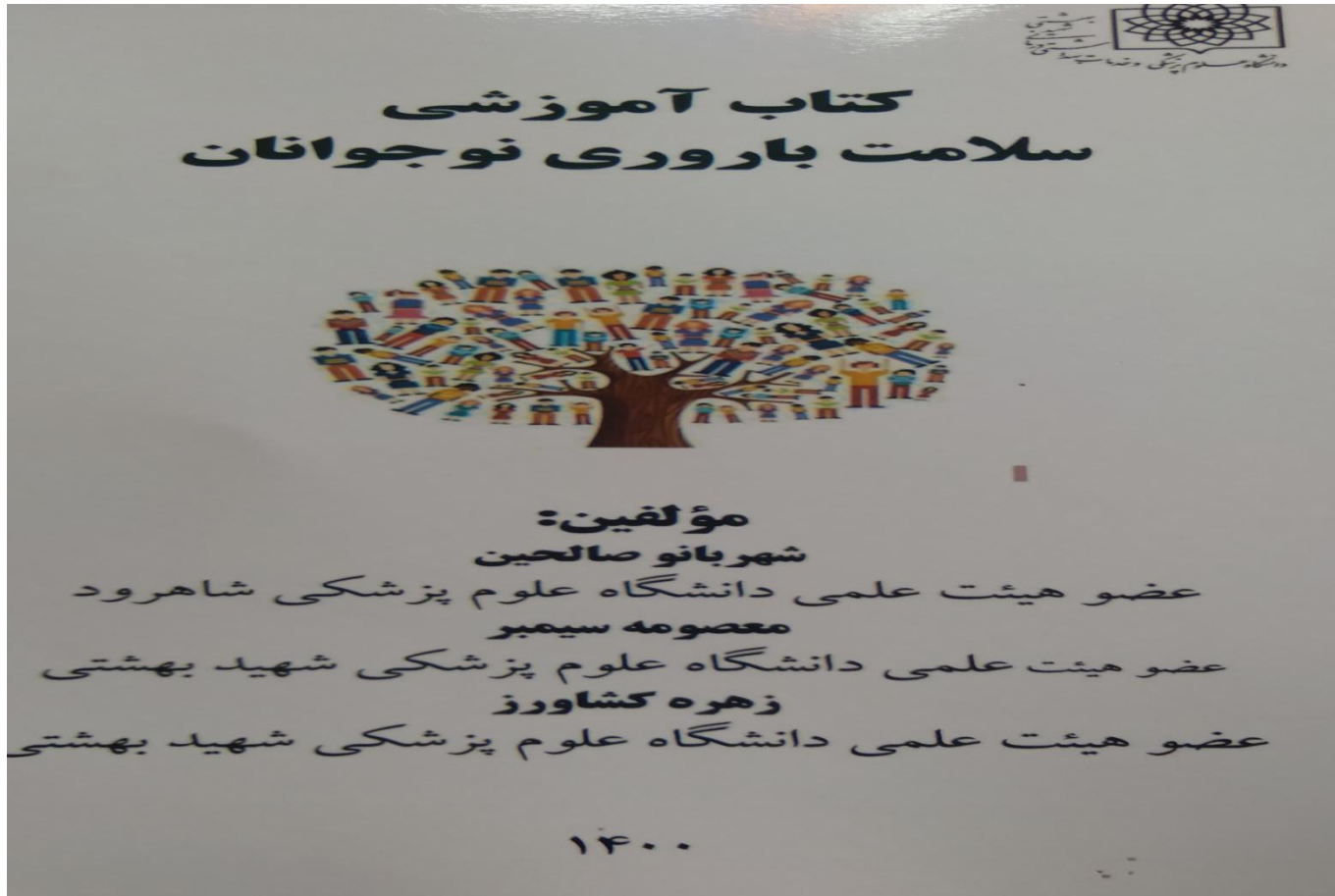
در نهایت آموزش در هر مرحله سبب ثبات باورهای مثبت ونیل باورهای منفی به مثبت گردیده بود.

تمایلات پایدار تنها در طول زمان خود را نشان می‌دهند.

روش های ارتقای انگیزه باروری

- ▶ ارتقای دانش سلامت باروری
- ▶ سناروی پنهان (عشریه)
- ▶ تکنیک های مختلف مشاوره (مصاحبه انگیزشی و ..

آموزش و مشاوره مادران



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

دانشکده پرستاری و مامایی

رساله دکتری بهداشت باروری

تبیین نقش مادر در سلامت باروری دختران نوجوان و ارائه راهکارهای ارتقای آن

اساتید راهنما: خانم دکتر افسانه کرامت و آقای دکتر محمد شریعتی

اساتید مشاور: آقای دکتر رضا چمن و آقای دکتر محمد عفت پناه

دانشجو: زهرا سوکی

۳۱ تیر ۱۳۹۵

۱. انتقال اطلاعات شامل؛

- ✓ آموزش و آماده سازی دختر از تغییرات جسمی بلوغ
- ✓ آموزش بهداشت جسمی بلوغ، آموزش بهداشت معنوی بلوغ
- ✓ آموزش در مورد بارداری
- ✓ دادن اطلاعات در مورد سزارین و زایمان طبیعی
- ✓ استفاده مادر از منابع حمایتی جهت آموزش و اطلاع رسانی به دختر در زمینه بهداشت باروری

جدول ۴-۲۲- شاخص آماری نمره ارتباط مادر و دختر (از نظر دختر) قبل و بعد از ارائه برنامه آموزشی بر حسب گروه

مقیاس	کنترل	تجربی	آزمون	سطح معنی داری
	Mean ± SD	Mean ± SD		
ارتباط مادر و دختر (پس آزمون)	۱۳۲/۶۵ ± ۳۰/۱۲	۱۴۰/۶۸ ± ۳۰/۳۳	Mann-Withney U	۰/۷۴
ارتباط مادر و دختر (پس آزمون)	۱۳۶/۶۸ ± ۲۸/۲۵	۱۶۲/۴۴ ± ۲۶/۵۸	Mann-Withney U	۰/۰۰۱
آزمون	Wilcoxon	Wilcoxon		
سطح معنی داری	۰/۱۵۶	۰/۰۰۱		
آماره	- ۱/۴۱	- ۴/۴۰		

شاخص آماری نمره ارتباط مادر و دختر در دو گروه آزمودنی و کنترل قبل از مداخله مشابه بود و پس از مداخله در گروه آزمودنی افزایش معنی دار ۳۳/۷۶ واحدی نشان داد. هم چنین نمره ارتباط مادر و دختر پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمودنی ۳۳ واحد افزایش معنی دار نشان داد. در حالیکه در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد.

جدول ۴-۲۲- شاخص آماری نمره ارتباط مادر و دختر (از نظر دختر) قبل و بعد از ارائه برنامه آموزشی بر حسب گروه

متغیر	کنترل	تجربی	آزمون	سطح معنی داری
	Mean ± SD	Mean ± SD		
ارتباط مادر و دختر (پیش آزمون)	۱۳۲/۶۵ ± ۲۰/۲	۱۴۰/۶۸ ± ۲۰/۳۳	Mann-Withney U	۰/۷۴
ارتباط مادر و دختر (پس آزمون)	۱۳۹/۶۸ ± ۲۸/۲۵	۱۴۳/۴۴ ± ۲۶/۵۸	Mann-Withney U	۰/۰۰۱
آزمون	Wilcoxon	Wilcoxon		
سطح معنی داری	۰/۱۵۶	۰/۰۰۱		
اماره	= ۱/۴۱	= ۴/۴۰		

شاخص آماری نمره ارتباط مادر و دختر در دو گروه آزمودنی و کنترل قبل از مداخله مشابه بود و پس از مداخله در گروه آزمودنی افزایش معنی دار ۲۲/۷۶ واحدی نشان داد. هم چنین نمره ارتباط مادر و دختر پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمودنی ۳۳ واحد افزایش معنی دار نشان داد، در حالیکه در گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد.

جدول شماره ۴-۲۶- تطابق نظرات مادران و دختران در مورد تأثیر برنامه بر سه شاخص رعایت بهداشت بلوغ در دختران، ارتباط مادر _ دختر و نظارت مادر بر دختر پس از اجرای برنامه

متغیر	آزمون	سطح معنی داری	آماره
بهداشت بلوغ در دختران	ضریب همبستگی spearman	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸
ارتباط مادر _ دختر	ضریب همبستگی spearman	۰/۰۰۲	۰/۵۱۴
نظارت مادر بر دختر	ضریب همبستگی spearman	۰/۰۲۸	۰/۳۷۸

آموزش حین ازدواج

بسمه تعالی

متن توجیهی شیوه نامه برگزاری کلاس‌های آموزش هنگام ازدواج در مراکز خدمات جامع سلامت کشور بر

اساس: برنامه همکاری مشترک بین دستگاهی آموزش و مشاوره هنگام ازدواج

گردش کار برای شفاف سازی نحوه ارائه خدمات آموزش هنگام ازدواج (شش ساعته) در مراکز خدمات جامع سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح ذیل ارائه می‌شود:

۱- زوجین پس از مراجعه به محضر منتخب بر اساس نامه شماره ۹۷/۳۸۶ مورخ ۱۳۹۷/۵/۱۳ رئیس محترم کانون سردفترداران ازدواج و طلاق کشور و نامه شماره ۹۰۰۰/۸۰۰/۱۲۷۰ مورخ ۱۳۹۸/۲/۹ مشاور و مدیر کل محترم پیشگیری های فرهنگی و اجتماعی معاونت اجتماعی پیشگیری از وقوع جرم قوه قضاییه "پیوست" از مدت زمان لازم جهت تخصیص به این امر "۲روز" مطلع گردیده و برگه ارجاع به مرکز جامع خدمات سلامت ارائه دهنده این آموزش ها را دریافت می نمایند.

۲- مسئولیت حسن اجرای برگزاری این کلاس‌ها بر عهده مسئول محترم مرکز خدمات جامع سلامت برگزارکننده کلاس‌های آموزش هنگام ازدواج خواهد بود.

آموزش‌های تحصیلی این سامانه برحسب روزار شوند.

ساعات برگزاری کلاس‌ها حتی‌الامکان به شرح ذیل است:

عنوان کلاس	زمان کلاس	ساعات پیشنهادی برگزاری
بهداشت و سلامت	۹۰ دقیقه	۸:۱۰ تا ۹:۴۰
حقوق زوجین	۴۵ دقیقه	۹:۴۵ تا ۱۰:۳۰
پذیرایی	۱۵ دقیقه	۱۰:۳۰ تا ۱۰:۴۵
روان‌شناسی	۹۰ دقیقه	۱۰:۴۵ تا ۱۲:۱۵
اخلاق و احکام	۹۰ دقیقه	۱۲:۲۰ تا ۱۳:۵۰

تذکر ۱: جابه‌جایی زمان کلاس‌ها با مدیریت مراکز بهداشت و هماهنگی با مربیان بلامانع است.

قبل از بارداری

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما و پزشک عمومی

تجدید نظر هشتم

۱۴۰۱

پیش از بارداری (الف)

ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از عوامل محیطی، شغلی، طبی، رفتاری می توانند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارند. هدف از مراقبت، کاهش مخاطرات شناسایی شده با استفاده از آموزش، مشاوره و مداخلات لازم است.

گروه هدف برای مراقبت های پیش از بارداری شامل:

- کسانی که تمایل به بارداری دارند؛
 - کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛
 - کسانی که برای ارزیابی عفونت های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده اند؛
 - کسانی که برای مراقبت پس از سقط مراجعه می کنند؛
 - کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می کنند.
- در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پز شک باید انجام شود. در این معاینه، پز شک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت پیش از بارداری ثبت کند.
 - در صورت تشخیص عارضه یا بیماری، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک یا ماما تعیین می شود و لازم است تا زمان کنترل یا بهبود عارضه، بارداری به تعویق افتد.
 - در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری، کافی است.
 - در موارد احتمال ناباروری، تا زمانی که فرد تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.
- نکته ۴: اعتبار آزمایش پیش از بارداری یک سال است. در صورتی که طی این مدت فرد باردار شد، برای انجام آزمایش نوبت اول بارداری، یا توجه به نتایج آزمایش پیش از بارداری، نظر پزشک/ ماما و تاریخ انجام آزمایش، تصمیم گیری شود.

قبل از بارداری

- بارداری و زایمان سالم
- مشاوره فرزندآوری
- بارداری ناخواسته (پیشگیری از سقط)
- زنان نابارور
- موارد پرخطر
- سلامت جنسی
- چالش اصلی :
- پوشش کم جمعیت هدف
- کیفیت خدمت

لازمه :

- مهارت برقراری ارتباط موثر
- مجال و مناسب بودن شرایط محیط
- باور و دانش متناسب
- وجود دستورالعمل ها و گایدلاینهای آموزشی و مشاوره ای

پایان نامه دکتری (مراقبت‌های قبل از بارداری)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت آموزشی

۱
۲
۳
۴
۵
۶
۷
۸
۹

..... (یروزوزال: پایان نامه دکتری)

عنوان طرح: ارزیابی برنامه مراقبت‌های قبل از بارداری موجود در ایران، اصلاح و اجرای آزمایشی آن

نام و نام خانوادگی دانشجو: قاطمه غفاری

استاد/اساتید راهنما: خانم دکتر متقی، آقای دکتر شریعتی

استاد/اساتید مشاور: خانم دکتر کرامت، خانم دکتر اکبری

سازمان متبوع: دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تاریخ پیشنهاد:

۱
۲
۳
۴

بسیار رایج

پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری و تاهنجاری، رفتارهای پرخطر - غربالگری سلامت روان - غربالگری اولیه همسر آزاری - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر و مخدر 	<p>مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده</p>



<p>- اندازه گیری قد و وزن و تعیین تعایده توده بدنی</p> <p>- علائم حیاتی</p> <p>- معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمام)</p>	<p>معاینه بالینی</p>
<p>CBC, TSH, HBsAg و FBS,</p> <p>یاب اسمیر (در صورت نیاز)، تیتر آنتی یادی ضد سرخجه (در صورت نیاز)</p> <p>HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)</p>	<p>آزمایش ها یا بررسی تکمیلی</p>

پیش از بارداری	نوع مراقبت مراقبت زمان
<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه / مکمل های دارویی - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد محرک و مخدر - تاریخ مراجعه بعدی - زمان مناسب بارداری 	آموزش و مشاوره
اسید فولیک	مکمل های دارویی
سرخچه، هیپاتیت، توأم	ایمن سازی (در صورت نیاز)

بارداری ناخواسته

- ▶ مشاوره مامایی در بارداری ناخواسته
- ▶ پیشگیری از سقط عمدی (رسولی)

چاره‌داری تاخواسنده



نويسنده:

معصومه رسولی

(کارشناس ارشد مشاوره در مامایی)

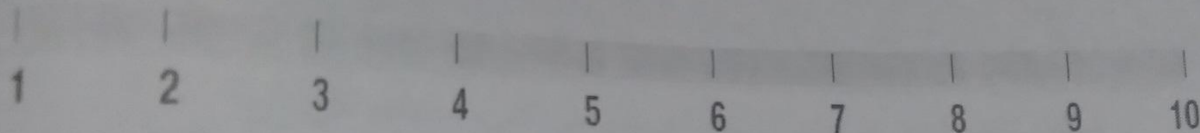
بر نظره:

دکتر افسانه کرامت

و هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهروند



در حال حاضر در کدام نقطه قرار داری؟



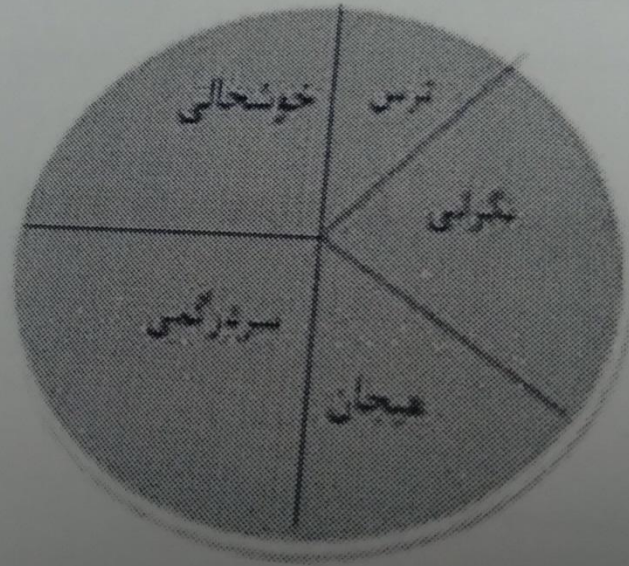
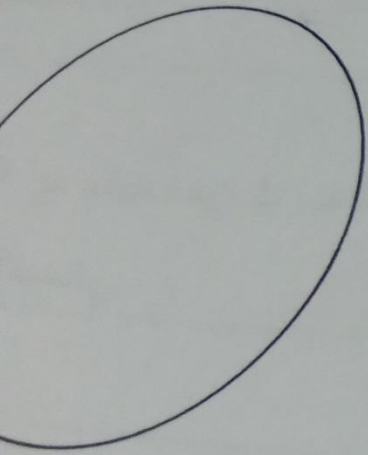
۱- اصلاً اطمینان
ندارم که تصمیم
درستی است

۱۰- بله کاملاً
اطمینان دارم که
تصمیم درستی است

PAS – Activities to help with decision-making: feelings & values – February 2011 D10-147

نیاز داری در کدام نقطه باشی تا در تصمیم نهایی خود در مورد ادامه بارداری، احساس رضایت داشته باشی؟

۲- یک دایره خالی بکشید^۱ آن را به بخش‌هایی تقسیم کنید، سپس هر بخش را با احساساتی که در مورد بارداری ناخواسته‌ی خود دارید نام‌گذاری کنید.



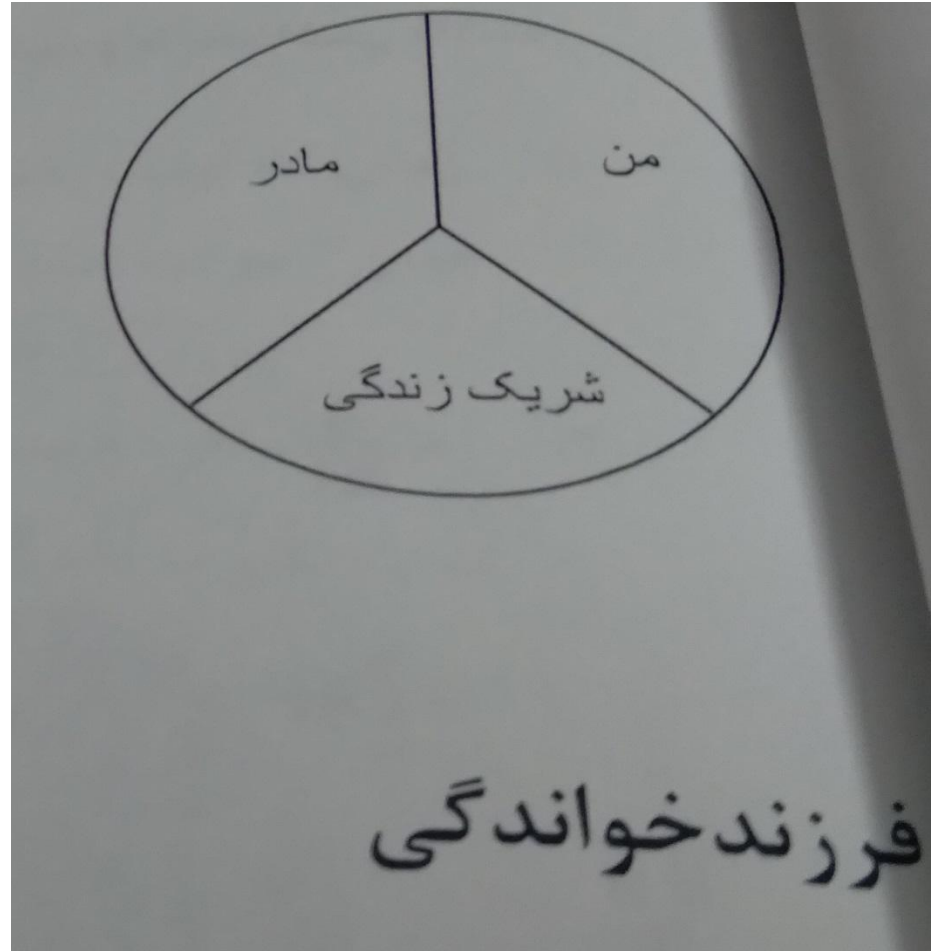
activities to help with decision-making: feeling

نریس سردرگمی	ضعف	اعتماد به نفس	جمافت	تردید	وحشت	خبر و آس بودن	
اسیر و در دام افتاده	قدرت	شرمندگی	خودخواهی	مصمم و با اراده	اندوه	آرامش	سرزندگی
تلهایی	نگران	غمگین	بشیمانی	توانایی	همج کسی دوستم ندارد	مشتاق	تعیین تکلیف
سایر							

۳- در حا

❖

زیرا



GENERAL GYNECOLOGY

Risk factors for repeat elective abortion

Sarah W. Prager, MD, MAS; Jody E. Steinauer, MD, MAS; Diana Greene Foster, PhD; Philip D. Darney, MD, MSc; Eleanor A. Drey, MD, EdM

OBJECTIVE: Repeat abortions account for 48% of all induced abortions in the United States. This study aims to identify correlates of repeat abortion in a US clinic.

STUDY DESIGN: This cross-sectional study investigates a consecutive sample of 398 women who received elective abortion in an urban hospital. All participants answered demographic, reproductive, and other questions.

RESULTS: Older women were more likely to have had a previous abortion than teenagers (odds ratio for women 20-29 years old, 2.9 [95% CI, 1.5-5.7]; odds ratio for women \geq 30 years old, 6.7 [95% CI, 2.8-

16.0]). Alcohol/drug abuse (odds ratio, 2.6; 95% CI, 1.3-5.3) also correlated with increased odds of previous abortion. Depo medroxyprogesterone acetate use approached a significant association (odds ratio, 3.2; 95% CI, 1.0-10.5).

CONCLUSION: The associations between both alcohol/drug abuse and depo medroxyprogesterone acetate use and repeat abortion are new findings. Future studies are needed to identify modifiable risk factors for repeat abortion and to identify populations in which interventions, such as long-term contraception, may lower the risk.

Key words: contraception, repeat abortion, risk factor

Cite this article as: Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:575.e1-575.e6.

شواهد تازه از سقط جنین عمدی در شهر تهران:

میزان‌ها، دلایل و تغییرات

دکتر امیر عرفانی^{۱*}، دکتر جواد شجاعی^۲

۱. استاد گروه جمعیت‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه نیپسینگ (Nipissing) نورث‌ی، کانادا
۲. استاد ویسیت جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران
۳. دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، کمیته مطالعات و پیش‌سیاست‌های جمعیتی، شورای عالی انقلاب فرهنگی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: آگاهی از شیوع سقط عمدی، به ارتقاء سلامت مادران کمک می‌کند، از این رو برآورد میزان‌های سقط عمدی ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان‌ها و دلایل انجام سقط و تغییرات آنها طی دوره ۵ ساله ۹۳-۱۳۸۸ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه پیمایشی از روش‌های مستقیم برآورد سقط جنین و داده‌های پیمایش باروری ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ تهران (با حجم نمونه تصادفی ۲۹۳۴ و ۳۰۱۲ نفر) استفاده شد. داده‌های مربوط به سقط عمدی از طریق معاهده چهارم‌به‌چهارم با جمعیت زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله ساکن شهر تهران گردآوری شد. شیوع سقط عمدی با محاسبه میزان ویژه سنی سقط، میزان کل سقط، میزان عمومی سقط و نسبت‌های سقط انجام گرفت.

یافته‌ها: از سال ۹۳-۱۳۸۸ میزان کل سقط از ۰/۱۶ به ۰/۱۴ سقط به ازای هر زن، میزان عمومی سقط از ۵/۵ به ۶/۴ سقط به ازای ۱۰۰۰ زن و تعداد سالانه سقط از ۱۱۵۰۰ به ۱۱۴۰۰ سقط کاهش یافته بود. با فرض میزان سقط در تهران به‌عنوان میانگین ملی، سالانه ۱۰۱۰۰۰ سقط عمدی برای کل کشور برآورد می‌شود. حدود ۷۹ بارداری‌ها در تهران به سقط می‌انجامد. میانگین سن زنان در هنگام سقط ۳۳/۶۳ سال است. احتمال سقط در بین زنان با تحصیلات بالاتر، ثروتمندتر، تانگل و کمتر مذهبی، مهاجرین شهری و زنان بدون فرزند یا دارای یک فرزند بیشتر است. سهم دلایل غیر پزشکی انجام سقط از ۷۶٪ در سال ۱۳۸۸ به ۷۸٪ در ۱۳۹۳ افزایش یافته بود. تبعی از سقط‌ها نتیجه تکست روش عزول است، اما فقط یک سوم از تجربه‌کنندگان این تکست پس از سقط به روش مدرن پیشگیری روی آورده‌اند.

نتیجه‌گیری: شیوع سقط برای کنترل موالید، ضرورت ارائه مشاوره بهداشت باروری جهت جلوگیری مؤثر از بارداری‌های ناخواسته را نشان می‌دهد.

کلمات کلیدی: بارداری ناخواسته، بهداشت بارداری، پیشگیری از بارداری، روش‌های برآورد، سقط جنین، سقط عمد.

عنوان سقط

Induced Abortion in Iran: Prevalence, Reasons, and Consequences

Azar Ranji, MS

Introduction: The aims of this descriptive study were to determine the prevalence of illegal induced abortion among participants, the factors that influence decision making to have an abortion, and the health consequences of abortion in Iran.

Methods: Women who attended health centers or an antenatal clinic in Iran were interviewed to complete a questionnaire.

Results: Among the 2705 participants, 17% had experienced at least 1 illegal induced abortion. Education level, family income, religion, ethnicity, number of children, and age at marriage are associated with having an induced abortion. One-third of abortions (33%) were performed by nonmedical providers. The desire to stop or postpone childbearing and family economic problems were the most common reasons for having an abortion. Most women (84%) experienced a complication of abortion that required hospitalization.

Discussion: Strategies to prevent abortion complications are needed and could include training midwives and general physicians to perform abortions and promoting the availability of post-abortion care.

J Midwifery Womens Health 2012;57:482–488 © 2012 by the American College of Nurse-Midwives.

Keywords: induced abortion, post-abortion care, reproductive health services, unwanted pregnancy

Items	n (%)		Odds Ratio ^a	95% CI
	Yes (n = 459)	No (n = 2246)		
Age, y				
<25	16 (3.5)	609 (27.1)	1.00	
25-34	137 (29.8)	1024 (45.6)	1.63	1.12-2.39 ^b
>34	306 (66.7)	613 (27.3)	1.86	1.11-3.12 ^b
Education				
Illiterate	52 (11.3)	425 (18.9)	1.00	
Primary or secondary school	188 (41.0)	958 (42.7)	0.88	0.57-1.38
High school	134 (29.2)	555 (24.7)	1.61	1.01-2.57 ^c
University	85 (18.5)	308 (13.7)	1.83	1.19-2.82 ^c
Employment status				
Not employed	412 (89.8)	2103 (93.6)	1.00	
Employed	47 (10.2)	143 (6.4)	0.85	0.50-1.43
Religion				
Shiite	376 (81.9)	1304 (58.1)	1.00	
Sunni	80 (17.4)	932 (41.5)	0.77	0.71-0.85 ^b
Other	3 (0.7)	10 (0.4)	0.92	0.59-1.44
Ethnicity				
Azerbaijani	376 (81.9)	1307 (58.2)	1.00	
Kurdish	77 (16.8)	913 (40.6)	0.86	0.77-0.96 ^b
Other	6 (1.3)	26 (1.2)	0.97	0.35-2.67
Number of children				
0	7 (1.5)	56 (2.5)	1.00	
1-2	231 (50.3)	1735 (77.2)	1.59	1.46-1.75 ^b
≥3	221 (48.2)	455 (20.3)	2.00	1.12-3.58 ^c
Age at marriage				
≤19	272 (59.3)	1105 (49.2)	1.00	
20-24	138 (30.0)	850 (37.8)	0.33	0.18-0.59 ^b
25-29	43 (9.4)	246 (11.0)	0.86	0.44-1.68
≥30	6 (1.3)	45 (2.0)	0.88	0.57-1.38
Monthly family income, US\$				
<\$300	58 (12.6)	414 (18.5)	1.00	
\$300-\$600	229 (49.9)	1103 (49.1)	1.10	0.58-2.12
>\$600	97 (21.1)	389 (17.3)	2.49	1.42-4.38 ^b
Uncertain	76 (16.4)	340 (15.1)	1.13	0.74-1.74

Table 4. Women's Reasons for Having an Induced Abortion (n = 459)

Reason	n	%^a
Wants no (more) children	194	42.3
Family economic problems	93	20.3
Wants to postpone childbearing	85	18.7
Husband compelled the abortion	44	9.6
Marriage may end soon	39	8.5
Having a baby would interfere with education	20	4.5
Abnormal fetus	18	3.9
Worried about complications of pregnancy	7	1.5
Woman has a disease	6	1.3
The sex of the fetus was undesirable	3	0.7

Table 3. Women's Experience of Their First Induced Abortion (n = 459)

	n	%
Age at the time of first abortion, y		
15-19	38	8.3
20-24	72	15.7
25-29	115	25.1
30-34	108	23.5
35-39	91	19.8
≥40	35	7.6
Abortion provider		
Obstetrician	138	30.1
Midwife	131	28.6
General physician	39	8.5
Nonmedical practitioner	151	32.9
Place of abortion		
Private hospital	62	13.5
Private office of physician or midwife	181	39.5
Public hospital	22	4.8
Home of abortion provider	194	42.3
Method of abortion		
Curettage	252	55.1
Injectable prostaglandins	130	28.4
Insertion of a catheter in the uterus	68	14.9
Herbal medicine	21	4.8
Gestational age at abortion, wk		
≤12	400	87.1
>12	59	12.9



خون ریز

Bleeding

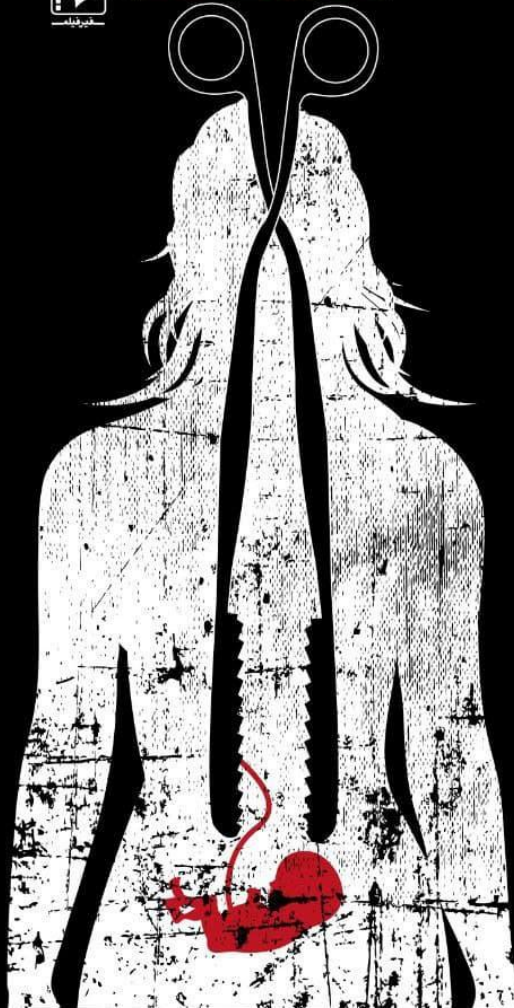
تهیه کننده و کارگردان: محمد خوشدل فر | نویسنده: علی پورمؤمن

تخریب طرح: محمدرضا پورونی | مدیر تولید: محمدتقی بستجانی

پروموتور: محمد حسن صادق زاده | تصویر و صداگذاری: محمد خوشدل فر



| تهیه شده در مرکز مستند سینما فیلم |



مستند «خونریزی» صدای مرگ خاموش نوزادان است

نشست خبری مستند خون ریزی و کمپین نجات آرزوها، در مرکز سفیر فیلم برگزار شد.



مستند خونریزی به رویه قانونی شدن سقط جنین در آمریکا و مخالفان و موافقان این کار در این کشور با بررسی زندگی یک زن طرفدار سقط پرداخت.

نجات آرزوها

د توسط ناجیان زندگی (پویش نجات آرزوها) خریداری شده تا به صورت رایگان در اختیار عموم قرار گیرد.
بر صورتی که مایل به حمایت مادی یا معنوی از این پویش هستید به سایت پویش مراجعه کنید:

www.nejatarezooha.com



Photo By: Mahin Ghazemi



این بار در دانشگاه معارف قرآن و عترت عليه السلام

همراه با حضور : حجت الاسلام و المسلمین علیرضا امینی

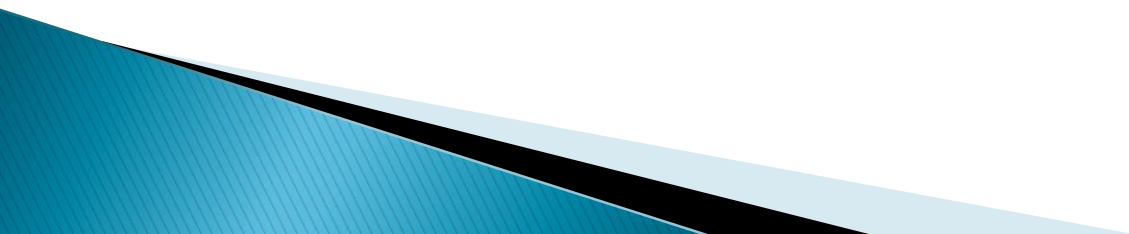
هیات علمی گروه معارف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

همراه با مراسم افروختن شمع هایی

به یاد غروب زود هنگام عمر جنین های سقط شده در کشور...







زوج نابارور

مشاوره مامايي و سلامت باروري در زوج نابارور

- ▶ موفقیت درمان (اصلاح سبک زندگی و ..) (افزایش دانش سلامت باروري و کنترل استرس)
- ▶ سلامت مادر و نوزاد
- ▶ سلامت جنسي
- ▶ خشونت و روابط زوجي
- ▶ شکست درمان



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
دانشکده پرستاری و مامایی
رساله دکترای تخصصی بهداشت باروری

**"تداوم درمان و عوامل موثر بر آن در زوج های نابارور، ارائه و ارزشیابی
یک مداخله حمایتی"**

○ اساتید راهنما

خانم دکتر افسانه کرامت - خانم دکتر فاطمه سادات حسینی

○

اساتید مشاور

خانم دکتر شهربانو صالحین- آقای دکتر مسعود یونسین

دانشجو: مریم قربانی

1401/04/14

میزان بروز قطع درمان

بر اساس 17 مطالعه کوهورت:
بروز کلی قطع درمان های ناباروری:
13% تا 70%

محتوای مداخله

- ▶ محتوای جلسات آموزشی حیطه های مختلف از جمله آشنایی با ناباروری، علل و درمان های آن و میزان موفقیت درمان ها، شناسایی و خود مراقبتی در مورد استرس، افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، مهارت های مقابله با استرس، نحوه تعامل با دیگران، مدیریت خشم را پوشش می داد.
- آشنایی با ناباروری، درمان ها و میزان موفقیت تکنیک های ART، منابع تامین هزینه ها و سازمان های حمایتی
- آشنایی با مسائل و مشکلات در اولین هفته های بعد از شکست درمان و نحوه برخورد با آنها
- آشنایی با استرس و نحوه برخورد صحیح با آن
- آشنایی با اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و راهکارهای مقابله با اضطراب
- آشنایی با افسردگی و راه های کنترل افسردگی
- تعامل صحیح با اطرافیان به دنبال شکست درمان و آموزش مهارت های ارتباطی
- آشنایی با مراحل خشم
- کسب مهارت در مدیریت صحیح خشم

P-value	متغیر
0/750	استرس ناباروری
0/188	مهارت های ارتباطی
0/112	سلامت روان
0/152	فرآیند تغییر رفتار

جدول ۳۲-۴-۴: تغییرات قصد تداوم درمان قبل و بعد از مداخله در دو گروه


مداخله		کنترل					
جمع	بعد از مداخله		جمع	بعد از مداخله			
	بله	خیر		بله	خیر		
۱۹	۱۶	۳	۲۵	۷	۱۸	خیر	قبل از مداخله
۴۶	۴۵	۱	۴۰	۳۵	۵	بله	
۶۵	۶۱	۴	۶۵	۴۲	۲۳		جمع
<۰/۰۰۱			۰/۷۷۴			P-value	

جدول ۸۵. مقایسه مراحل تغییر رفتار در دو گروه مداخله و کنترل (پس از مداخله)

		گروه بندی
کنترل	مداخله	مراحل تغییر رفتار پس از مداخله
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۲۳ (۳۵.۴٪)	۴ (۶.۲٪)	مرحله پیش تفکر
۱۵ (۲۳.۱٪)	۸ (۱۲.۳٪)	تفکر
۱۴ (۲۱.۵٪)	۱۴ (۲۱.۵٪)	آمادگی
۸ (۱۲.۳٪)	۱۲ (۱۸.۵٪)	عمل
۵ (۷.۷٪)	۲۷ (۴۱.۵٪)	نگهداری
P<0.001 S		نتیجه آزمون کای اسکوئر

خوشایند سازی زایمان پیشگیری از ترومای زایمان

Review paper

 European Journal of Midwifery

Models for midwifery care: A mapping review

Tine S. Eri¹, Marie Berg^{2,3}, Bente Dahl⁴, Helga Gottfreðsdóttir^{5,6}, Eva Sommerseth⁴, Christina Prinds^{7,8}

ABSTRACT

INTRODUCTION According to WHO, midwives are found competent to provide evidence-based and normalcy-facilitating maternity care. Models for midwifery care exist, but seem to be lacking explicit epistemological status, mainly focusing on the practical and organizational level of care delivery. To make the values and attitudes of care visible, it is important to implement care models with explicit epistemological status. The aim of this paper is to identify and gain an overview of publications of theoretical models for midwifery care.

METHODS A mapping review was conducted with systematic searches in nine databases for studies describing a theoretical model or theory for midwifery care that either did or was intended to impact clinical practice. Eligibility criteria were refined during the selection process.

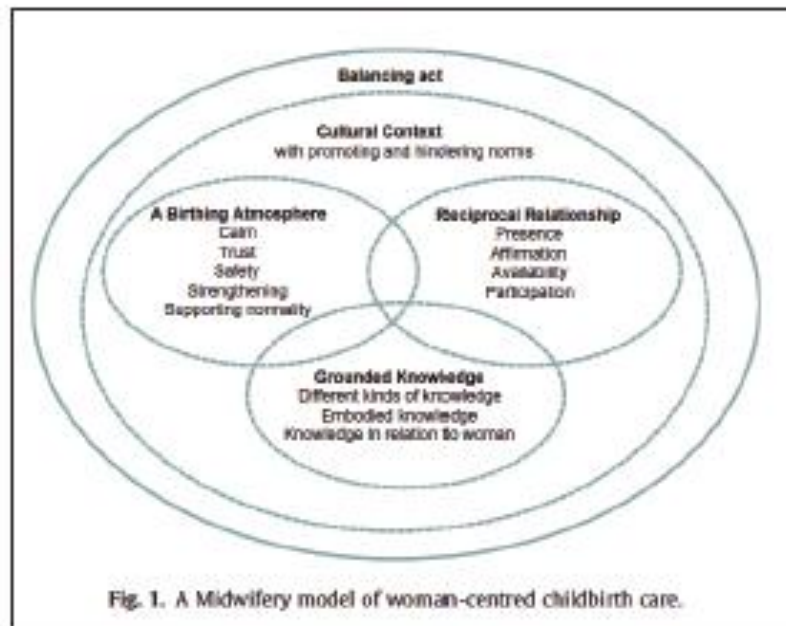
RESULTS Six models from six papers originating from different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies and had different philosophical underpinnings and complexity gradients. Some characteristics were common, the most distinctive being the emphasis of the midwife-woman relationship, secondly the focus on woman-centeredness, and thirdly the salutogenic focus in care.

CONCLUSIONS Overall, scarcity exists regarding theoretical models for midwifery care with explicit epistemological status. Further research is needed in order to develop generic theoretical models with an epistemological status to serve as a knowledge base for midwifery healthcare.

AFFILIATION

- 1 Faculty of Health Sciences, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway
- 2 Sahlgrenska Academy, Institute of Health and Care Sciences, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden
- 3 The Obstetric Unit, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden
- 4 Centre for Women's, Family and Child Health, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Kongsberg, Norway
- 5 Department of Midwifery, Faculty of Nursing, University of Iceland, Reykjavik, Iceland
- 6 Women's Clinic, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland
- 7 Institute of Clinical Research, University of Southern Denmark, Odense C, Denmark
- 8 Department of Research, University College South Denmark, Haderslev, Denmark

Figure 4: Overview over two included visual models (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011 and Berg et al, 2012) (with permission from the publishers)



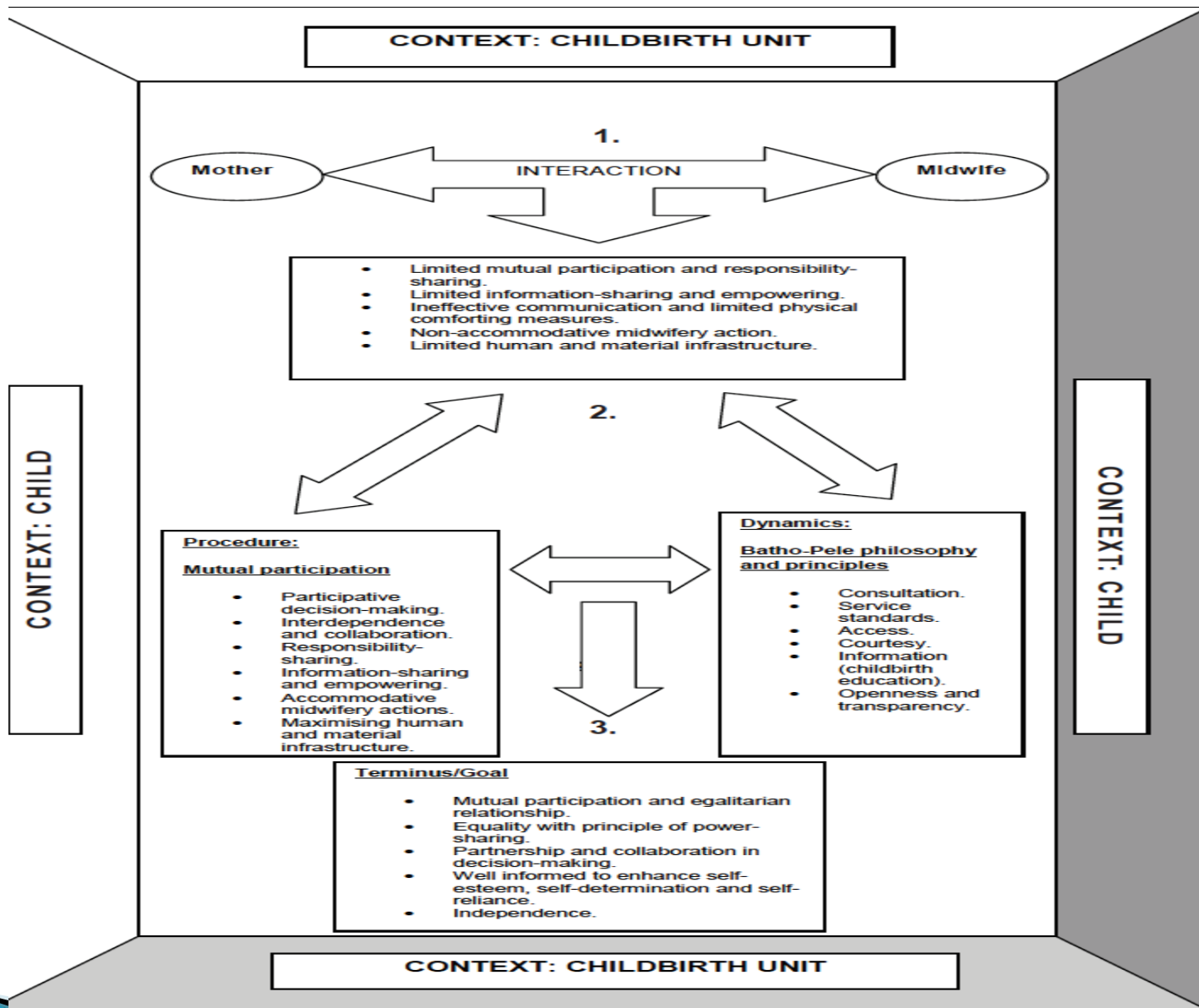
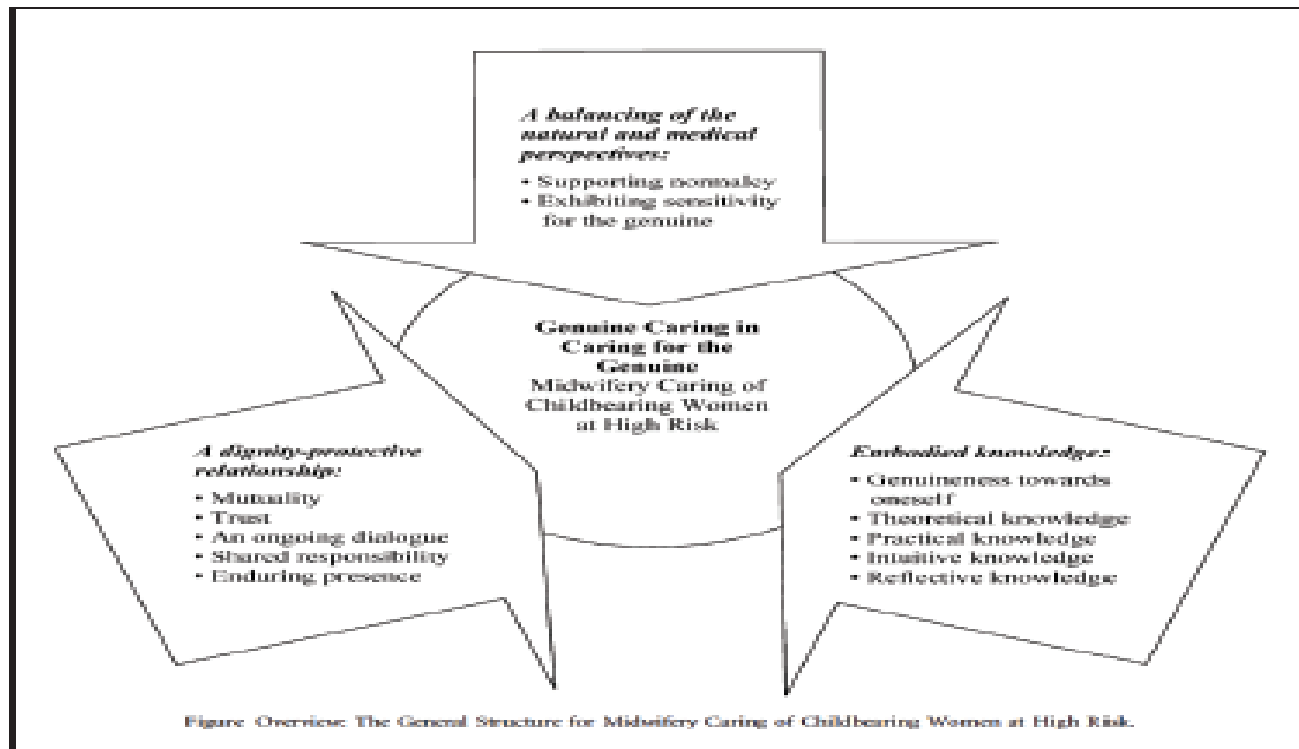


FIGURE 1
Conceptual model of woman-centered care

Figure 3: Overview over two included visual models (Berg, 2005 and Maputle, 2010) (with permission from the publishers)



Continued

Figure 2: Overview over two included visual models (Fleming, 1998 and Kennedy, 2000) (with permission from the publishers)

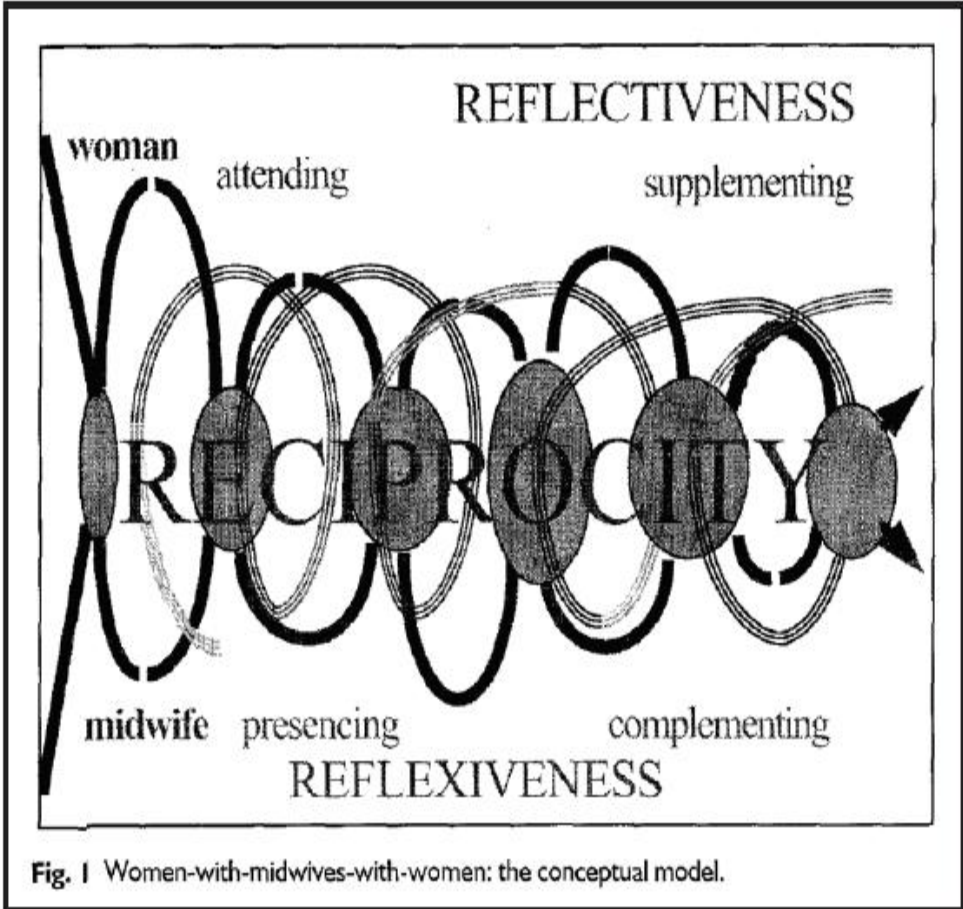
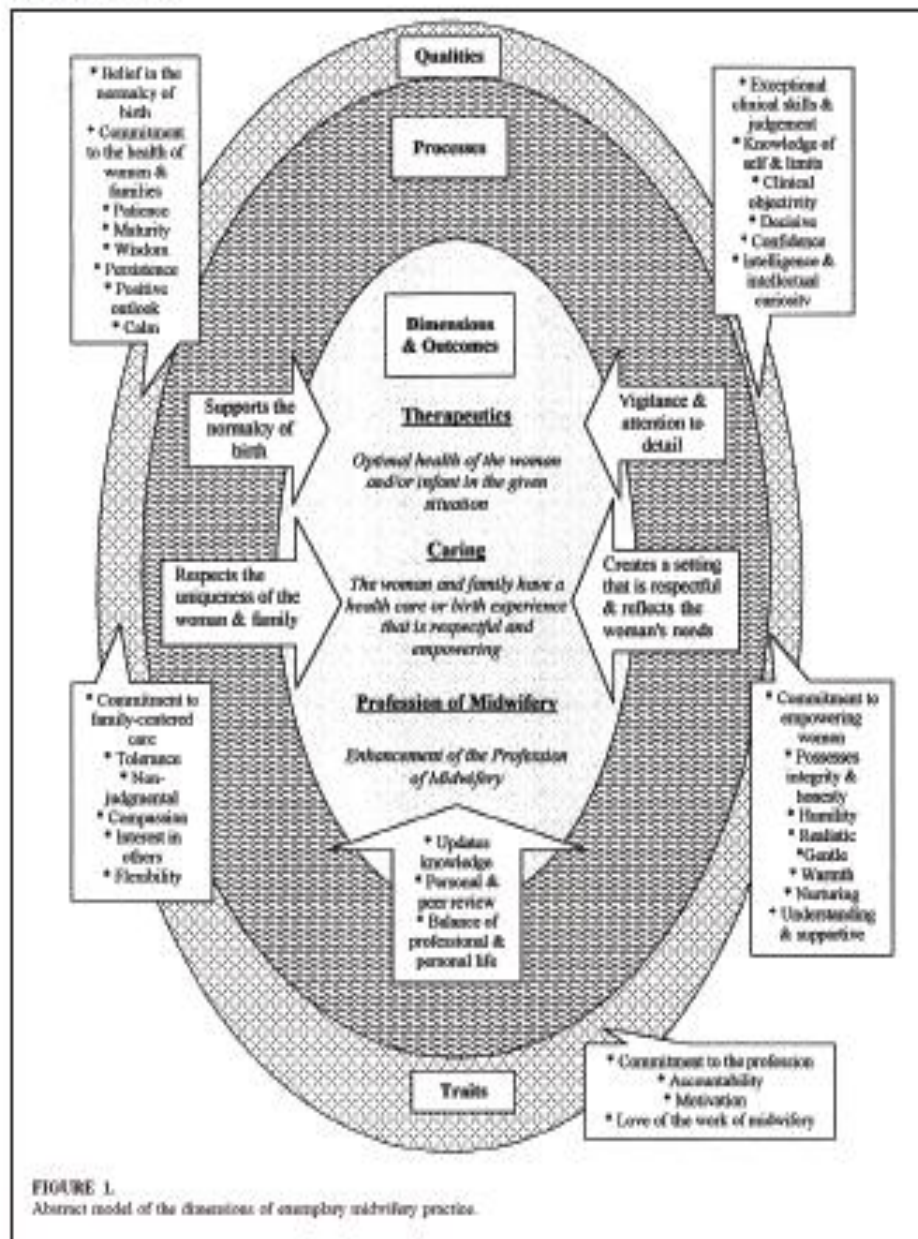


Fig. 1 Women-with-midwives-with-women: the conceptual model.

Figure 2: Continued



مقایسه مدل‌های مراقبت مداوم به سرپرستی ماما، در مقابل سایر مدل‌های مراقبت از مادران باردار

Jane Sandall*, Hora Soltani, Simon Gates, Andrew Shennan, Declan Devane

پیشینه

در سراسر جهان ماماها (Midwives) اولین سطح ارائه دهنده خدمات مراقبتی از مادران باردار هستند. با این وجود اطلاعات مناسبی پیرامون تفاوت مدل‌های مراقبتی مداوم به سرپرستی ماما و سایر مدل‌های مراقبتی در زمینه تفاوت در نرخ مرگ و بیماری، اثربخشی و پیامدهای روان‌شناختی گردآوری نشده است.

اهداف

مقایسه مدل‌های مراقبت مداوم به سرپرستی ماما با سایر مدل‌های مراقبتی، برای مادران باردار و نوزادان آنها.

روش های جستجو

ما ثبت کارآزمایی‌های گروه بارداری و زایمان در کلکترین (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register) (تا 25 ژانویه 2016) را جستجو کردیم و همچنین فهرست منابع مقالات انتخاب‌شده را نیز بررسی کردیم.

معیارهای انتخاب

تمام کارآزمایی‌های منتشرشده یا منتشرنشده که در آنها زنان باردار به صورت تصادفی تحت مراقبت مداوم به سرپرستی ماما یا سایر مدل‌های مراقبتی از مادر باردار و نوزاد قرار گرفته بودند، برای این مطالعه مروری انتخاب شدند.

گردآوری و تحلیل داده‌ها

دو نویسنده مطالعه مروری به طور مستقل، مطالعات را از منظر شرایط ورود به مطالعه مروری ارزیابی کردند، داده‌ها را استخراج و خطر سوگیری (Bias) را در آنها بررسی کردند و همچنین نقت مطالعات را تعیین کردند. کیفیت شواهد با استفاده از روش GRADE ارزیابی شد.

نتایج اصلی

15 مطالعه با مجموع 17674 زن شرکت‌کننده انتخاب شدند. ما با استفاده از روش GRADE، کیفیت شواهد مرتبط با هر یک از پیامدهای اولیه (شامل: بی‌حسی ناحیه‌ای (تخاعی / اپیدورال)، زایمان با سزارین، زایمان واژینال با کمک (فورسپس / وکیوم)، زایمان واژینال خود به خود، سالم ماندن برینه و تولد زودرس (قبل از هفته 37 بارداری)، مرگ قبل از هفته 24 جنینی و مرگ نوزادی) را ارزیابی کردیم. شواهد مربوط به همه پیامدهای اولیه از کیفیت بالایی برخوردار بودند.

در مورد پیامدهای اولیه، زنان تحت مراقبت مداوم به سرپرستی ماما، گزارش کمتری از بی‌حسی ناحیه‌ای (میانگین خطر نسبی (RR): 0.85؛ 95% فاصله اطمینان (CI): 0.78 تا 0.92؛ 17674 شرکت‌کننده؛ 14 مطالعه؛ شواهد با کیفیت بالا)، زایمان واژینال با کمک (میانگین RR: 0.90؛ 95% فاصله اطمینان

نتیجه گیری

- ▶ نقش پررنگ و اساسی خدمات مامایی در حوزه فرزند آوری
- ▶ کمی-کیفی و محتوای خدمات و گستره آن در سطح جامعه و امکان تولید علم
- ▶ لازمه :
- ▶ اصلاح باورها - افزایش مهارتها و بکارگیری دانش تولید شده
- ▶ اعتماد سازی و حمایت طلبی
- ▶ نوآوری و فعالیت هماهنگ بخش

▶ با تشکر فراوان