ایمنی دوران مادری و نقش ماما در آن

سیده طاهره میر مولایی *- ملک شاکری **

چکیده :

در سال ۱۹۸۷ در یک پروژه بین المللی سازمان جهانی بهداشت WHOو صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF) و صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) و بانک جهانی برنامه ایمنی دوران مادری (safe motherhood) را پیشنهاد کردند و اهداف زیر را برای آن در نظر گرفتند :

۱ - کاهش مرگ و میر مادران از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۰ به نصف میزان موجود آن

۲ - دسترسی تمام زنان حامله به مراقبتهای دوران بارداری و افراد آموزش دیده در طی زایمان و تسهیلات ارجاع برای حاملگیهای پرخطر و اورژانسهای مامایی

۳ - در دسترس بودن اطلاعات و خدمات لازم برای پیشگیری از حاملگی های با سن کم، سن بالا، حاملگی های متعدد، حاملگی های با فاصله کم

سازمان جهانی بهداشتWHO سال ۱۹۹۸ را بعنوان سال ایمنی دوران مادری اعلام کرده است. لذا مناسبت دارد که ضمن بررسی کارهای انجام شده در طی ده سال اخیر در زمینه ایمنی مادری، به نقش ماماها نیز در این امر بپردازیم.

کلید واژه ها : ایمنی دوران مادری – نقش ماما

* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران

** کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشکده کشاورزی دانشگاه تهران

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

چرا برنامه ایمنی دوران مادری شروع شد؟

از آنجایی که در کنار دیگر مسائل بهداشتی ، مرگ و میر مادران یک تراژدی فراموش شده در بسیاری از نقاط دنیا بویژه در نقاط روستایی و دور افتاده و عقب مانده بود (۹) . لذا از طریق برگزاری یک کنفرانس بین المللی در سال ۱۹۸۷ در نایروبی ، برنامهٔ تأمین ایمنی دوران مادری را آغاز کردند . آمار ارائه شده در آن کنفرانس شامل موارد زیر بود :

هر دقیقه یک زن بعلت عوارض حاملگی و زایمان در دنیا می میرد. سالانه نیم میلیون زن بعلل مامایی فوت می کنند که ۹۰٪ آن در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد ، تفاوت بین بالاترین و پایین ترین میزان مرگ و میر مادران در نقاط مختلف دنیا ۲۰۰ برابر بیشتر است و اینکه مرگ و میر مادران در بین شاخصهای بهداشتی بزرگترین شاخص ناخوشایند مغایر با مسائل بهداشتی است . از دیگر آمار ارائه شده می توان این موارد را ذکر کرد : ۷۵٪ از مرگهای مادران در اثر علل مستقیم مامایی است که قابل پیشگیری نیز می باشند . خونریزیها شایعترین علت مرگ مادران (۲۸٪) است. و سقطهای القایی در رده بعدی قرار دارند (۱۹٪). مقام سوم را فشارخون حاملگی (۱۷٪) دارد و مقام چهارم به عفونت و عدم پیشرفت زایمانی (هرکدام ۱۱٪) اختصاص دارد (۱۰).

ریشه مرگ و میر مادران را باید در دوران قبل از تولد و در دوران کودکی و بلوغ و باقی دوران زندگی جستجو کرد . عدم دسترسی به آب و غذا و سوخت ، مسائل و مشکلات دوران بلوغ ، ازدواجهای زودرس ، حاملگیهای متعدد، کمبود آموزش و عدم رعایت حقوق اجتماعی و غیره ، عمده مسائلی هستند که بهداشت و سلامت زنان را تحت تأثیر قرار می دهند و شانس مرگ و میر آنها را بالا می برند .

فعالیتهای انجام شده در زمینهٔ تأمین ایمنی دوران مادری درده سال گذشته

از سال ۱۹۸۷ تاکنون فعالیتهای زیاد منطقه ای و بین المللی توسط سازمانهای مختلف دولتی صورت گرفته است این فعالیتها شامل تغییر در سیاستها و قوانین ، تغییر در ساختار سیستم خدمات بهداشتی و نیز تغییر و اصلاح برنامه های آموزشی پزشکان وماماها و دیگر رده ها بوده است . فعالیتهای مهم انجام شده در این زمینه شامل ٤ قسمت است :

الف - هماهنگیها و همکاریهای بین المللی

سازمانهای بین المللی و همکاری در برنامه دوران مادری شامل، UNDP، WHO، UNICEF، UNFPA هستند که برنامه را در سطح سیاستگذاری ، حمایت و نیز سطوح عملی دنبال می کنند .

ب - کنفرانسهای منطقه ای و ملی

تاکنون دهها کنفرانس منطقه ای و ملی در مورد ایمنی مادران برگزار شده است وموضوعات آنها شامل موارد زیر است :

ایجاد کمیته های منطقه ای و ملی ایمنی دوران مادری ، اصلاح سیاست در مورد

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

بهبود وضعیت زنان و دختران ، افزایش دسترسی به خدمات تنظیم خانواده ، توسعه برنامه های آموزش زندگی خانوادگی ، درگیر کردن جوامع و سازمانهای غیر دولتی در این مسأله ، تربیت و بکارگیری پرسنل بهداشتی ماهر ، بهبود و ارتقاء در جمع آوری اطلاعات و آمار و تحقیقات ، تقویت سیستمهای ارجاع و افزایش منابع .

ج - فعالیتهای انجمن های حرفه ای

کنفدراسیون بین المللی ماماها (ICM) بالاترین سازمان صنفی و جهانی ماماها از مراکز فعال در زمینهٔ تأمین ایمنی دوران مادری در طی سالهای گذشته بوده است .

از آنجایی که شروع کاربرنامه ایمنی دوران مادری از سال ۱۹۸۷ منطبق با بیست و یکمین کنگره بین المللی ماماها (لاهه - هلند) بود ، لذا کنفدراسیون اولین کارگاه مشترک خود را با سازمان جهانی بهداشت (WHO) و صندوق کودکان بین الملل (UNICEF) قبل از کنگره مزبور برگزار کرد . همچنین کارگاههای مشترک مشابهی قبل از بیست و دومین (کوبه - ژاپن ۱۹۹۰) و بیست و سومین کنگره (وانکوور - کانادا ۱۹۹۳) با همکاری ICM ، WHO ، UNICEF برگزار گردید که در این کارگاهها دوموضوع آموزش ماماها در زمینه ایمنی دوران مادری وکیفیت مراقبتها مورد بحث قرار گرفت .

ICM در سالهای ۱۹۸۹ و ۱۹۹۰ دو کارگاه بین کشوری را در غرب آفریقا با شرکت مجموعاً ۱۶ کشور برگزار کرد که منجر به اجرای پروژه ای با حمایت مالی صندوق را کفلر و حمایت تکنیکی بخش برنامه های بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانوادهٔ سازمان جهانی بهداشت شد . نتایج آن در سال ۱۹۹۲ نشان داد که فعالیت ماماها در برنامه «ایمنی دوران مادری» در کشورهایی موفق بوده است که به لحاظ سیاستگذاری ، نسبت به برنامهٔ مزبور متعهد شدند(۵ و ٤) .

کارگاه برگزار شده در کوبه ژاپن (۱۹۹۰) نیز منجر به پروژه آموزش مامایی در زمینه ایمنی دوران مادری در سازمان جهانی بهداشت در بخش برنامه بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده (ژنو) شد . این پروژه شامل ۸ ماجول آموزشی بود که توسط Maclean Gaynor نوشته و بوسیله وزارت بهداشت ملی و ماماهای بوتسوانا و تانزانیا و نیز ماماهای رویال کالج انگلیس پیش آزمون شد .

انجمنهای ملی مامایی

انجمنهای صنفی مامایی در کشورهای مختلف نیز فعالیتهای زیادی رادر این زمینه با استفاده از منابع مالی خود ، دولتها ، سازمانهای غیر دولتی و آژانسهای بین المللی انجام داده اند که از آن جمله می توان کالج آمریکایی پرستار ماماها ، جمعیت مامایی کانادا ، انجمن های مامایی هلند ، آلمان ، سوئد ، فرانسه و سوئیس و نیز کالج ماماها در انگلستان را نام برد .

از دیگر فعالیتهای ماماها ، برگزاری کارگاه مشترک بین فدراسیون بین المللی متخصصین زنان (FIGO) و سازمان

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

جهانی بهداشت (WHO) ، بهداشت مادر و کودک بین المللی (MCI) و کنفدراسیون بین المللی ماماها (ICM) در سنگاپور (۱۹۹۱) بود که روی افزایش مهارت ماماها و پزشکان عمومی در زمینه مراقبتهای اساسی مامایی تأکید گردید .

همچنین کاردیگری (۱۹۹۱) توسط WHO در مورد توسعه منابع انسانی برای ایمنی دوران مادری انجام شد که بر توسعه و وسعت بخشیدن به نقش ماماها صحه گذاشت .

د - مدلهای برنامه های ملی

شبکه پیشگیری از مرگ و میر مادران (PMM) در مرکز جمعیت و بهداشت خانواده دانشگاه کلمبیا در نیویورک برنامه های کاهش مرگ و میر مادران در کشورهای غنا ، سیرالئون و نیجریه را بعهده گرفته است . پروژه های کشوری دیگری در زمینه مراقبتهای مادری در کشورهای بولیوی ، گواتمالا ، بنگلادش و نیجریه اندونزی و اوگاندا بر اساس خدمات مادران و نوزادان جامعه نگر انجام شده است (٦) .

آنچه از این تحقیقات آموخته ایم

نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در طی سالهای گذشته نشان داده است که فعالیت در حوزه های مختلف ، افزایش آگاهی عمومی ، سیاستگذاری ، آموزش و تربیت نیروی انسانی ، فراهم کردن امکانات و پشتیبانی و نیز نظارت مدیریتی ، اگر هر کدام بطور جداگانه انجام شود ، نقش مؤثری در کاهش مرگ و میر مادران و تأمین ایمنی دوران مادری ندارد بلکه همکاری و هماهنگی بین این بخشهای مختلف است که می تواند سبب موفقیت در این زمینه شود .

برای مثال کشور اندونزی و غنا که دست به تربیت ماماهای محلی بدون نظارت ماماهای تحصیل کرده ، زدند موفقیت چندانی در کاهش مرگ ومیر مادران کسب نکردند (۳) .

اما کشور بنگلادش که علاوه بر تربیت ماماهای سنتی آنها را تحت نظارت ماماهای تحصیل کرده قرار داد و نیز کار ماماهای تحصیل کرده را نیز مورد نظارت قرار داده و برای آنها امکانات و تجهیزات و داروها و همچنین امکانات ارجاع بیماران به بیمارستان را فراهم کرد، توانست مرگ و میر مادران را به ۱/۳ میزان آن کاهش دهد. (۲)

انجام مراقبتهای دوران بارداری برای تمام زنان حامله و تعلیم افراد آموزش دیده برای انجام کلیه زایمانها دو هدف اصلی برنامه عملی «ایمنی دوران مادری» است .

نگاهی به آمار میزان خدمات مراقبتهای بارداری و زایمانها ، نقش ماماهای سنتی را در ارائه خدمات در کشورها نشان می دهد اما ، بر اساس مطالعات می دانیم که مامای سنتی نمی تواند به تنهایی سبب کاهش مرگ و میر مادران گردد .

در سال ۱۹۹۲ ، بیانیه ای از سوی WHO ، UNFPA ، UNICEF در مورد ماماهای سنتی منتشر شد که می گوید : «تربیت ماماهای سنتی نباید بعنوان یک راه

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

حل دائمی برای برآوردن نیازهای بهداشتی مادران و کودکان قرار گیرد . با این وجود ، عدم حضور ماماها در عرصه خدمات یک پدیده ای است که در بعضی از کشورها هر روز آشکارتر می شود ماماهای سنتی نباید بعنوان یک جانشین، مد نظر قرار گیرند » (۱۸) .

نتایج آماری تحقیقات در زمینه بهداشت باروری :

طبق آمارموجود میزان باروری در کشورهای درحال توسعه در طی ۲۰ سال گذشته از ٦/۱ به ۳/۹ کاهش یافته است (۱۹).

روزانه حدود ۹۱۰/۰۰۰ حاملگی و ۳٥٦/۰۰۰ عفونت ویروسی و باکتریال از طریق جنسی انتقال می‌یابد و حدود ٥۰٪ از حاملگیهای مزبور برنامه ریزی نشده، حدود ۲٥٪ ناخواسته هستند.

روزانه حدود ۱٥۰/۰۰۰ حاملگی ناخواسته ختم می‌شود، ۱/۳ از این سقطها در شرایط غیر بهداشتی و غیرایمن و غیرقانونی انجام می شوند که نتیجهٔ آن ٥۰۰ مرگ در هر روز است. هنوز ۳۰۰ میلیون زوج به خدمات تنظیم خانواده دسترسی ندارند . حدود نیم میلیون مرگ مادری سالانه اتفاق می‌افتد. در آفریقا در مناطق صحرایی (Sub Saharian) سالانه ٤٤٪ از زنان حامله دچار عوارض مامایی از جمله افتادگی رحم ، فیستولهای مامایی و نازایی می شوند (١٦).

سالانه بیش از ۸ میلیون نوزاد از آسفکسی می میرند و ۲ میلیون دچار فلج مغزی می شوند و ٥ میلیون نیز به عفونت مبتلا می شوند که بیشتر آنها در مورد زنان دچار فشار خون حاملگی و عدم پیشرفت وعفونت بعد از زایمان پیش می آید .

عفونتهای مقاربتی مثل سوزاک ، کلامیدیا و عفونتهای دیگر مادر و کمبود تغذیه ای سبب تولد نوزادان کم وزن و زایمان زود رس می شود .

مصیبتها و فجایای طبیعی و عواملی که بدست بشر ایجاد می شود مثل آلودگی محیط زیست نیز سبب کاهش باروری ، ختم زایمان زودرس ، ناهنجاریهای تولدی و مرگ و میرو ناتوانیهای شیرخواران شده است . سوء تغذیه میتواند به رشد جنین و شیر خوار آسیب وارد کند . طبق آمار ، مرگ ومیر دختران بیش از پسران است بنابراین در بسیاری از کشورها تعداد مردان بیشتر از تعداد زنان است . کودکان دختر ، غذا و بهداشت کمتری دریافت می‌کنند و سقطهای انتخابی بیشتر در مورد جنینهای دختر است کشتن نوزادان دختر و ترجیح دادن نوزاد پسر به دختر از علل این امر هستند .

مسائلی مانند ایدز نیز از دیگر بلاهایی است که زنان وکودکان ما را تهدید می کند .

نتیجه گیری :

ماماها چه باید بکنند و آینده را چطور در دست گیرند ؟

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت ، ماماها تأمین کننده تمام نیازهای بهداشتی زنان در طول عمر آنها هستند . وظایف ماماها در این زمینه شامل تمام مقاطع زندگی، از پیش از تولد ، نوزادی ، کودکی ، بلوغ دختران ، سنین باروری و بعد از یائسگی می شود .

فعالیت ماما در مورد بهداشت کودکی و بلوغ عبارتست از : پیشگیری از حاملگیهای بیموقع و زودرس، راهنمایی های بهداشتی درزمینه بهداشت باروری، تغذیه دختران، فعالیتهای صدمه زننده - تجاوزات و سوء استفاده های جنسی و مواد مخدر و غیره می شود .

فعالیت ماما در دوران باروری شامل : کلیه مراقبتهای دوران بارداری ، انجام زایمان ایمن و تمیز ، انجام مراقبتهای اورژانس و ارجاع بیمار ، دادن اطلاعات و انجام خدمات در مورد تنظیم خانواده ، ثبت آمار و تولدها ، واکسن کزاز در مورد مادران ، تجویز آهن و اسید فولیک ، تغذیه مادر و استراحت آنها ، تشخیص زودرس و ادارهٔ عوارض ، برقراری تنفس نوزاد هنگام تولد ، حفظ نوزاد از هیپوترمی ، مراقبت از چشم نوزاد ، شروع زودرس تغذیه از پستان مادر و نیز واکسیناسیون نوزاد ، مراقبت از رشد شیرخوار است .

فعالیتهای بعد از زایمان شامل : حمایت ازتغذیه با شیر مادر ، انجام تنظیم خانواده ، حمایت از گروههای آسیب پذیر ، مشاوره بویژه بعد از سقطها و غیره می باشد .

مهارتهایی که توسط سازمان جهانی بهداشت برای ماماها ذکر شده است عبارتست از : مشاوره ، آموزش ، حمایت ، بسیج همگانی جامعه ، سازماندهی ، دفاع و وکالت ، نظارت ، تحقیق ، دادن اطلاعات .

از حقایق کلیدی که WHO در مورد ماماها ذکر می کند به موارد زیر اشاره می شود :

۱ - در آن نقاطی از جهان که مرگ و میر مادران پایین است ، بیش از ۷۵٪ از تمام تولدها توسط ماماها انجام می گیرد .

۲ - مرگ و میر و عوارض مادران در جاهایی که ماماهای کاملاً تحصیل کرده بکار گرفته شده است تا ۲/۳ کاهش یافته است .

۳ - در بعضی از نقاط دنیا ، مراقبتهای انجام شده توسط ماماها نیاز به دخالتهای متخصصین زنان و زایمان را به بیش از نصف کاهش داده است .

طبق نظر WHO حضور ماماها در داخل جامعه و در جوار تسهیلات ارجاع کلید «ایمنی دوران مادری» و تأمین «بهداشت باروری» است . لذا برای این امر ماماها نیاز دارند که مهارتهای نجات بخش زندگی را در خود افزایش دهند توسط قانون حمایت شوند منابع مناسب را در اختیار داشته باشند ، ابزاری برای آموزش دیگر پرسنل بهداشتی در کارهای مراقبت مامایی خاص، داشته باشند .

WHO کیفیت مراقبتهای ماماها را از طریق زیر حمایت کرده است :

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

الف - ابزار تکنیکی شامل : ماجولهای مامایی در زمینه تأمین ایمنی مادران ، انتشار پارتوگراف زایمان ، ثبت آمار در مراقبتهای منزل از مادران ، خطوط راهنمای کار عملی

ب - همکاری با سازمانهای غیر دولتی بین المللی و مراکز همکاریهای جمعی

ج - تحقیقات و دفاع و اطلاعات در زمینه ، توسعه منابع انسانی

WHO مهارتها و فعالیتهای ماماها را در سه محل یعنی جامعه، خانواده ، مراکز بهداشتی و بیمارستانها تعیین کرده که بیشترین نقش را به مراکز بهداشتی داده است. بطوری که قسمتی از فعالیتهای آنها در جامعه و خانواده و قسمتی در بیمارستان است ولی کل فعالیتهای آنها در مراکز بهداشتی قرار می گیرد .

شایان ذکر است با توجه به اهمیت و وسعت وظایف یک ماما ، ماماها باید با انجام تحقیقات بهتر و بیشتر نشان بدهند که خدمتشان از لحاظ هزینه ، اثر بخشی ، به صرفه است. مهمترین و حساسترین نقطه فعالیت یک ماما اینست که ضمن واقف بودن به وظایف خود بویژه در زمینه‌های بهداشتی و پیشگیری و آموزش ، به درون جامعه رفته و خدمات خود را ارائه دهد که این بزرگترین عامل پیروزی و موفقیت است. ما باید تلاش کنیم که با ارائه خدمات به مادران و زنان و خانواده شان ایمنی دوران مادری و کاهش مرگ و میر و عوارض مادران و کودکان را فراهم نماییم که این همان تأمین خدمات وسیع بهداشت باروری به معنای واقعی است .

References :

1 - Kwast B.E. safe motherhood - the first decade Midwifery 1993 9:105 -123

2 - Faveau V ., Stewart K.,Khan S. etal 1991 - Effect on mortality of community based maternity care programme in rural Bangladesh . Lancet 1991 338 : 118 3-1186 .

3 - Green wood M.A., Bradley A.K., Byass P . etal - Evaluation of a primary health care programme in the Gambia .I. The impact of trained traditional birth attendance on the outcome of pregnancy.j.Tropical Medicin and Hygiene ,1990 93:58-66

4- International Confederation of Midwives 1992 a progress report on Country activities following the ICM/WHO workshop on enhancing National Midwifery Services . Accra. Ghana. 16-21 Jan.1998 ICM London U.K.

5- International Confederation of Midwives 1992 b Report on Country visits made to access progress on plans of action formulated at an ICM workshopon Enancing National Midwifery services in Burkina Faso , Jan 12-19 1990 . ICM London U.K.

6- Koblinsky M.A., Tinker A.- Programming for safe motherhood A Guide to Action 1993.

7 - Liskin L.S. Maternal Morbidity in developing countries: A review and comments International Journal of a Gynecolagy and obstetrics 1992 37 (2) : 77-87 .

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

8 - Maclean G. D. koodibetse L. Mpand S. etal. Education for safe - motherhood:in to Africa In Proceeding of 23rd triennial congress of ICM, Vancouver 1993.

9 - Mahler , H . The safe motherhood Initiative : A call to Action . Lancet , 1987 1:668-670 .

10 - Maine D. Safe motherhood programmes: options and issues - center for population and family health, Colombia University, 60 Haven Street, New York 1991, NY, 10032 .

11 - Thinker A., koblinsky M. Guide lines for safer motherhood, Discussion paper No ? World Bank, Washington D.C., 1993 .

12 - World Health Organization 1998 a - Women's health and the Midwife - A Global Perspective - Reort at an ICM/WHO/UNICEF Pre - congress workshop 1998 . The Hague - Holland - Aug . Document WHO/MCH/87.5 WHO - Geneva Switzerland .

13 - World health organization 1991 a - Midwifery Education - Action for safe motherhood Report of an ICM/WHO/UNICEF Pre - congress work shop, kobe , Japan - october 1990 Document WHO/MCH/91.3. WHO Geneva, Switzerland.

14 - World Healt Organization 1991 C-woman's perspectives and participation in reproductive health . Report of pre-Congress workshop organized by the joint WHO/FIGO Task Force - Singapore sep.11-12 1991- Document WHO/MCH FPP/92.6 - WHO Geneva , Switzerland .

15 - World Health Organization 1991 d Human Resource Development for maternal health and Safe motherhood -Report of a task Fprce Meeting- Document WHO/HRD/90.1 WHO, Geneva , Switzerland 1991 .

16 - World Health organization e Maternal Mortality Ratios and Rates. A tabulation of Available Information , 3rd eddition WHO / MCH / MSM/91 . G. WHO , Geneva , Switzerland 1991 .

17 - Word Health Organization f Special programme of Research,Development and Research Training in Human Reproductive Health in:Third World, Second class, progress in Human Reproduction Research, No. 20 WHO, Geneva 1991 .

18- World Health organization C Traditional Birth Attendant. A Joint WHO/UNFPA/UNICEF statement. WHO, Geneva, Switzerland 1992 .

19- World Health Organization d Reproductive health: 1990/1991, a kay to a buighter future . Biennial. Report, Special 20 th Aniversary Issue .
Special progrmme of Research. Development and Research Training in Human Reproduction WHO , Geneva , switzerland 1992.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]

The role of midwives in the maternal safety and reproductive health

T . Mirmolaei, M . Shakari

Abstract:

In an international project in 1987, the world health organization (WHO), UNICEF, UNFPA and the world bank suggested the maternal safety program and the following objectives were considered:

1. Reducing maternal mortality from 1990 to 2000 to the half of the present rate throughout the prenatal care
2. Availability of the whole pregnant women to the prenatal care, qualified personnel during the delivery and required facilities for transferring women in high risk pregnancies and midwifery emergencies.
3. Availability of appropriate services and information to prevent low age and high age pregnancies ,short interval pregnancies and multiparous.

Since 1987, an international cooperation has been established to support the maternal safety program.

Relating to this program, essential changes in the structure of the health services system, in laws and policies and also in training programs of medical doctors ,midwives and other related professions have been made.

The international confederation of midwifery (ICM), a professional organization of midwifery, and also midwifery societies in the developed countries are the most active organizations involved in providing maternal safety program. Some researches relating to this program was performed in some undeveloped and developing countries such as Africa, Asia and latin America. Some confernces and congresses were also held.

Researchers have indicated that traditional midwifery can not be successed in reducing the rate of maternal mortality unless be supervised by qualified midwives.

Since in our country and some other developing countries, the rate of maternal mortality and morbidity is high, therefore the maternal safety program should be perfectly performed and midwives should do their best in applying this program.

WHO declared midwives are responsible for the maternal safety program performance, and they will be supported by WHO in different ways, WHO also announced the year 1998 as the maternal safety year.

Thus, as midwives, we should recognize our essential role in this program and in other national and international reproductive health programs.

Key words: maternal safety, role of midwives

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2024-07-17]