

1991年, 第12卷, 第1期

世 卫 论 界 生 坛

国际卫生发展杂志



世界卫生组织 日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版

55

91/2:12(1)

(京)新登字081号

世界卫生论坛

1991年,第12卷,第1期

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 6印张 152千字

1991年12月第1版 1991年12月第1版第1次印刷

印数: 00 001—1 100

ISBN 7-117-01664-7/R·1665 定价: 4.40元

世界卫生论坛

1991年, 第12卷, 第1期

圆桌会议

母亲安全: 助产工作的一项挑战

Barbara E. Kwast 1

讨论: B. T. Nasah, Annemiek Cuppen, Renske Drejer, Joan Bentley,

John Lawson, Marie Goubran, Salatun Nessa, Elizabeth

Gilmore, Nardho Gunawan, Constance Holleran, Gloria Betts,

Gladys Kusi-Yeboah 6

基本药物

满足发展中国家的药物需求

E. H. Froese 18

向社区患者提供药物信息

D. Chavunduka, M. Dzimwasha, F. Madondo, E. Mafana, A. Mbewe

和 N. Z. Nyazema 21

药物: 向合理处方及划价的方向发展

Mamadou Mariko 24

人民与卫生

偶感不适? ——非去医院不可吗?

P. E. S. Palmer 27

农村妇女保健工作中的自力更生

Mee Lian Wong 和 Paul C. Y. Chen 30

人类资源

美国医学生在第三世界中扩大了他们的视野

Raymond P. Bissonette 及 C. Adriana Alvarez 35

培训初级卫生保健工作者以推动社区参与

Rumishaël Shoo 40

流行病学

在流行病学研究中的合作共事关系

B. Fok, E. A. Abbate, H. H. Wassef 和 J. N. Woody 46

一种病, 一个名称	
Z. Bankowski	49
吸烟或健康	
烟草成瘾症对控制吸烟规划的影响	
Lars M. Ramström 和 Roberto Masironi.....	51
读者论坛	
S. H. Brew-Graves, Daksha D. Pandit 和 Nalini P. Pai; T. Jacob John 和 Thomas Cherian; Isaac K. A. Nyamongo; Ernst Omenaas, Amund Gulsvik, Ola Einbu, 和 Per Arne Hestetun	54
预防	
许多盲症是可以避免的	
B. Thylefors	58
观点	
“他逃避义务吗?”	
Marsden Wagner	64
卫生体制	
为巩固卫生服务和提高服务质量制订卫生规划	
G. H. Bloom, N. M. Lenneiye, E. T. Maganu, 和 M. Tselayakgosi	66
澳大利亚实行卫生服务分级负责制	
James S. Lawson.....	70
酒精	
世界的酒精消费趋势	
Reginald G. Smart	73
社区参与反对酒精中毒的研究和行动	
Abhay T. Bang 和 Rani A. Bang	77
世界卫生组织评论与消息	
世界卫生组织执委会; 最贫困的国家和人民; 抗流感免疫; 麻风病的早期诊断; 9个月以内婴 儿的麻疹免疫; 口服避孕药——是否有患癌症之危险? 非洲昏睡病的治疗; 性传播感染在增加; 《在我们之间》——从业务通讯到杂志.....	81
作者指南	90

圆桌会议

母亲安全：助产工作的一项挑战

Barbara E. Kwast

实现孕产妇健康及母亲安全的主要途径是扩大助产人员的作用及类型。这包括提高其知识技能以改善服务质量和增加服务项目。这方面的成功，对千百万妇女说来，便意味着生儿育女是一种乐趣，而不是忧伤。

除非采取有力的行动，否则，由现在起直至 2000 年期间，还会有 750 万妇女死于妊娠。死于怀孕及分娩的妇女中，多数是边远农村或城市贫民区的贫穷居民。在发展中国家每 10 万名活产中的产妇死亡，是发达国家的 200 倍。在非洲，每 20 名妇女中，便有 1 人终生受到与妊娠有关因素的困扰，而发达国家中，每 2000 名妇女中方有 1 人。

1987 年开展的一项母亲安全活动宣称，在 10 年内要使孕产妇死亡下降 50%⁽¹⁾。为实现这一目标，便要求在卫生保健系统的各级采取综合性措施。

这项活动的主要内容有：

- 健全的初级卫生保健，女婴发育成长过程中有着充足的粮食份额；
- 普及的计划生育服务，避免计划外或高危妊娠；
- 良好的产前保健，包括营养，及时发现并转诊高危妇女；
- 所有在家中或在医院分娩的妇女均能得到受过训练的人员的护理；
- 高危妇女，特别是孕期、产期及产后急症妇女，均能在一级转诊机构得到主要的产科服务。

为使这项母亲安全战略更有成效，我们有必要提出下列问题：

- 在妇幼卫生和计划生育工作中，是否拥有足够的助产士？

- 助产士所受到的培训，是否能实现母亲安全的目标？
- 怎样才能达到孕产妇护理小组的要求？
- 助产士能在多大程度上改善现状？

死于妊娠及分娩的妇女中，多数是边远农村或城市贫民区的贫穷居民。

尽管国与国之间，在助产及助产护理人员的培训及资历要求方面还有所差异，但某些主要方面却是相近似的（见下表）。

助产人员的培训及要求

人员类别	培训/教育要求	助产培训期限	其他护理培训
护士（理科学士，护理）	理科学士，护理	2 年	综合培训
护士（理科学士，护理）	中级	4 年	综合培训
助产士	中级	3 年	无
护士/助产士（经注册登记）	中级	1~1.5 年	3 年
护士/助产士（经注册登记）	中级	6 个月	3 年
招聘的助产士（未经注册登记）	初级/少数为中级	2 年	无
助理护士/助产士	初级/少数为中级	6 个月	2 年

Kwast 博士是世界卫生组织妇幼卫生科的科学家，World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

发展中国家的人力开发计划人员制订的目标通常是每 5000 居民中要有 1 名助产士^[2]。假设人口出生率为 40‰ 时,则每人每年的工作量为 200 次接生。虽然卫生人员中的护士及助产士占 80% 以上,但是,助产士人数仍严重不足,特别是非洲及亚洲的一些国家。在那里,每 30 万居民中仅有 1 名护士,而产妇死亡率通常是 400~600/每 10 万名活产。这些国家对传统的接生员进行了大量的培训,但却没有足够的助产士对之提供支持指导。保健中心及区级医院的产科中,多数是没有助产士的。在这种情况下,组成一个孕产妇护理小组的设想也难以实现。

肯尼亚、马拉维、尼日利亚及乌干达,每 2000、5000、3000、3000 居民中分别有 1 名护士/助产士,但城乡差别仍然很大。这些国家中,80% 的人口居住在农村,因而那里没有足够的助产士在村镇一级开展服务,也无法对现有的传统接生员给予建设性的指导。传统接生员根本不能单独应付局面。多数的农村产科中心中没有接生员,有的因人员设备不足而关闭。就能搜集到信息数据的 23 个非洲国家中,只有 7 个是编制齐全的,而其余 16 个仍需增添 21000 名助产士^[3]。

卫生机构与社区

对孕妇的保健服务,或根本不具备,或虽具备但费用高昂。妇女与受过高等教育的卫生专业人员间的文化差距,使得相互交往亟为困难,其结果往往是这方面服务使人们难以接受。助产士往往工作在市内医院,医院里还有其他的专业人员,因而,他们所提供的服务常常也可交付给其他的卫生人员代行。助产士们通常都受过较高水平的培训,他们不愿在农村妇女中开展工作,也使后者感到可望而不可及。

应在村镇、诊所及卫生中心开展初级卫生保健,在一级转诊机构开展产科活动,以此来与孕产妇的死亡及发病开展斗争。在家庭及社区开展初级卫生保健活动包括:产前检查;发

现高危病例;对某些疾病开展初级及二级预防;对一些疾病,如贫血不要等到病情发展到严重危及安全分娩时再予以诊治;健康教育及咨询;以及在妇女提出要求、又非高危的情况下的家庭接生^[4]。

为降低产妇死亡率,便应与群众展开讨论,以便就近解决一些问题。群众熟悉当地情况,这是亟其宝贵的。例如,如何在紧急情况下通过应急、或定期的交通工具将病人送往医院。同样重要的是应建成孕妇候产中心,以便高危孕妇在产前数星期时有地方安置^[5,6]。降低产妇死亡的建议,一旦为人民群众所理解,又为他们所支付得起时,是可以为他们所热情接受的。经适当培训的助产士,在这方面能起到关键性的作用。

一级转诊机构在产科方面的主要作用

在分娩期间为应急而采取的拯救性的活动涉及到:外科、麻醉、治疗、换血、手法复位/产前检查计划生育及对高危病人的治疗。

严重问题仍然在于如何使服务能深入到基层妇女。就远期说来,由传统接生员或其他社区卫生工作者代行接生服务并不能使情况有所改善。传统接生员没有进一步提高其技术所需的理论知识。而多数国家中也没有传统的接生员及社区卫生工作者。但是,在有传统接生员的地方,在每次由经过培训的助产士进行接生之前应充份利用传统接生员。城市助产士与农村居民在社会交往中的鸿沟,仍有待传统接生员来弥合。助产士本人,也应有能力承担培训及随访的责任。她们需要技能及设备,以期能就地解决由传统接生员提交的一些问题。

应在村镇、诊所及卫生中心开展初级卫生保健,在一级转诊机构开展产科活动,以此来与孕产妇死亡及发病开展斗争。

产科的急救处理,是所有经培训的助产士的责任。在没有其他专科服务的情况下,助产士应有能力安全地处理胎盘,给予静脉注射,输液,妇女因败血症出现危急时行预防性抗菌

索治疗,治疗子痫,以及真空吸引术。

产后出血是产妇死亡的主要原因。多数国家中遇有这种情况时需转诊。在不丹,卫生助理人员接受为期18个月的培训,有时会步行8个小时深入山区摘取一个胎盘从而拯救一条性命。在孟加拉,一名农村助产士往往会半夜出诊,探望一名患子痫的初产妇,进行急救,静脉注射安定,静脉输液。拂晓时,再将病人送往邻近的交通网点,有时需步行一个小时方能运往急救车船码头。在马拉维,自从助产士培训工作开始以来,便一直教授使用真空吸引法。

为降低产妇死亡率,应与群众展开讨论,以便就近解决一些问题。

为预防梗阻性分娩——这可能致死并引起恐惧——一些国家已在边远地区的卫生中心或妇幼保健站使用了早期发现胎头骨盆比例失调的器材。最近在加纳开展的一项活动表明,那里的助产士都迫切地希望了解如何使用这种器材,然而,孕妇中只有半数在分娩中能得到经过这方面培训的助产士的护理。

助产士应有良好的工作条件、支持性服务、持续教育、宽敞的住房、其子女的受教育机会等多方面的支持。

在多数国家的基层及中层有不少受聘的或助理助产士在工作着。然而,她们越来越多地参与医院服务,从而,留下了一段空白。这段空白,又不能为传统的接生员、或经注册登记而又有学位的护士/助产士所弥补。

基本的助产教育

导致产妇死亡的因素不单纯是临床方面的,还涉及到社会、政治、教育及管理等方面。为降低产妇死亡率,在这些方面助产士应有独立工作的能力。只要对助产士给予相应的培训、装配和支持,那么,在降低产妇死亡率方面是能大有作为的。而她所受到的教育,又足以使她对其自身作用有着正确的看法。

助产士应具备能为母亲安全作出贡献所需

的各种素质。在发展中国家内,助产士已学会如何去提供一些主要的产科活动,她们还应能处理急症。在为母亲安全而开发人力资源中,助产士的培训应给予优先的考虑。

目前,在多数国家中对履行助产士的作用方面出现了一股明显的阻力,而农村地区又因医师不断外流而深受其害。医学教育已经对经教学医院培训出来的助产士开展工作形成很多限制,在没有医师在场的情况下,她们往往缺乏信心。

总的说来,对助产士的培训仍以针对个人而提供妇产护理为主,而不是更广泛地从公共卫生角度出发去培训。除了某些少数的例外情况,一般说来,助产士还无力去处理某些急症。这是由于对孕产妇发病率及死亡率的情况还缺乏全面了解,也由于培训及业务活动的管理机制不健全。针对问题的解决而开展培训的思想,以及小组配合共同管理的思想尚未能更广泛地予以贯彻。发展中国家多数的助产士教育,尽管不是受到针对发达国家具体情况而设计的教育及业务活动标准所制约,但却是全盘照抄。

目前人们普遍认为护士、助产士均应参与多学科、跨部门的小组活动,以便推进卫生工作;还应更多地参与地区卫生保健中心的管理工作,对非专业人员的领导监督以及对卫生服务活动的监测。但令人遗憾的是,在许多发展中国家内,这种概念竟然把护理、助产及公共卫生的培训全面揉合,助产所固有的特色已浑然不见。对社区保健护士的培训如没有助产方面的内容,便意味着无法满足25%人口的需求。

助产学科的师资不足,其部分原因是由于许多国家无力培训师资。发展中国家的师范学院往往拒绝开设他们所不熟悉的专业学科。这将影响到培训工作的顺利开展。而派往国外培训时,他们学成回国后往往不能根据本国实际开展工作,这又将影响培训工作。非洲的一些国家已停办了若干能发给护理学科结业证明的讲习班。理由是,大学的学衔远较一纸业务活动所需的结业证明要强。

助产学科的知识及技能掉在医学教育现代化进程的后面。助理学科师资培训规划寥寥无几,而两年制的助产学位的培训班中,理论及临床助产教育不多。护士/助产士对扩大其业务活动范围一事反应冷淡。但当学生们能受到正规的现代助产教育时,某些私人传授助产技术的人员便显得有些多余。这些人员可能会被临床教学所淘汰,从而在临床及培训之间失去平衡。

某些国家的护理学校数目明显增添,但助产学校却没有相应发展。此外,教学模型、投影仪、有关的教材教具往往严重短缺。

导致产妇死亡的因素不单纯只是临床方面的,还涉及到社会、政治、教育及管理等方面。在这些方面,助产士都应有独立工作的能力。

几乎没有几个发展中国家为助产士开设过复训、或持续教育的课程。直接的实践经验不仅能改进业务活动,还将受到助产士的广泛欢迎,因为她们感到,长期以来她们一直没有被重视。

孕产妇保健小组

母亲安全活动促使组成这种小组,并推动了小组成员间的合作,从而加强了彼此的工作。助产士在小组中的作用是及其关键的。她(有时为他,这要在男性助产士能为人们所接受的情况下)可能成为妇幼卫生工作成败的关键。她在接生工作中是一位具有高度技能的专业人员,此外,在妇科、计划生育及儿童保健方面也发挥着其他的作用,对其重要性应有所理解。此外,她还承担着行政、管理及教育方面的责任。然而,她们的工作及学习环境,与其说是以解决问题为主的,或是与其他人员相互配合的,还不是很等级森严的、极权主义的。

印度、马来西亚及马拉维通过区小组的努力,解决了不少问题,使孕产妇死亡率明显降低^[7,8]。这种以解决问题为主的方式,有助于卫

生服务研究中的项目制定及行动。马拉维的经验,使卫生工作者深信孕产妇保健小组的作用,并有助于实现社区的全面参与。这方面的宣传活动是如此活跃,以至于母亲安全已成为大学教学发展中的主题之一。

* * *

母亲安全活动中的人力资源开发问题,不应再是一种单一的进程。母亲安全活动中的人员培训,应能反映国家的需要与本地的实际情况。制订培训战略及规划要求对所有有关孕产妇卫生服务的需求及活动情况进行深入的评估。它应考虑到社区的群众,特别是最贫困的妇女群体今后的发展前景。

在孕产妇健康及母亲安全方面,已为战略的制订开辟了一些途径。最为重要的方面是扩大助产人员的作用及类型。这包括提高其知识技能以改善服务质量。对社区的需求与期望迅速地作出反应,将有助于相互间的交往,否则,群众对所提供的服务很难增添其信任感。

致谢

本文更为详尽的文本,刊载于《护理的领导:全球战略》,由Claire Faqin 主编,纽约全国护理联盟 1990 年出版。(Pub. No. 41-2349)。

参考文献

1. Mahler, H. The safe motherhood initiative; a call to action. *Lancet*, 1: 668~670 (1987).
2. Kwast, B. E. The role and training of midwives for rural areas in maternity services in the developing world—what the community needs. In: Philpott, R. H., ed. *Proceedings of the Seventh Study Group of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1987.
3. *World health statistics annual*. Geneva, World Health Organization, 1988.

4. *Essential obstetric functions at first referral level*. Geneva, World Health Organization, 1986 (Unpublished document FHE/86.4).
5. Cardoso, U. F. Giving birth is safer now. *World health forum*, 7, 348—352 (1986).
6. Kwast, B. E. Maternal mortality, levels, causes and promising interventions. *Journal of biosocial sciences*, 10(Suppl.): 51-67 (1989).
7. *Economic support for national health for all strategies*. Geneva, World Health Organization, 1988.
8. *District team problem-solving. Report of a workshop. Lilongwe. Malawi, 21—30 October 1987*. Geneva, World Health Organization, 1988 (Unpublished document FHE/87.8).

讨论

——助产士，母亲安全的关键

B. T. Nasah

在谈论 Kwast 博士文章的正文前，我想，在我们观察这问题时，有必要回顾一下问题的性质，这将在生育、抚养及妊娠间隔等问题上给我们以重要启迪。我母亲在家中，用下蹲的姿势把我出生到这个人世来。我的一个弟弟和一个妹妹，在我之后又以同样的形式，每隔3年出生。我母亲用母乳喂养我们两年左右。这既使我们生命初期时得以健康成长，而母乳喂养本身，又是计划生育的有力措施。

作为一个妇产科的医学生，我要接20个正常产，还要报告5个非正常产。我们的直接领导是产科病房的助产士，但我们的报告却需由一名产科学家签字。助产士直接向患者负责。有时，特别是当助产士正在忙于工作的时候，教授们在未经指定的时间内想去病房的要求会遭到拒绝。在我的记忆中，助产士一直是一个受过高等训练，有着管理权威及技术技能的专业工作人员。

后来，我在雅温得的国家中央医院工作。这里，每年平均接生达15 000次之多。因妇产科疾病而入院者，包括急诊在内，每年总在2 500~3 000人之间。这些工作，最初由两名、其后增至4名产科学家，3名全科医师，25名助产士，护士/助产士及助理人员承担。病房总是拥挤不堪，基本药物及设备又总是短缺。因而，有些完全可以避免的死亡，还是不治身亡了。

1973及1974年开展的流行病学调查表明，70%的孕产妇发病及死亡发生在27%的孕妇当中。对这一高危人群组又进一步予以分类，在中央及地方一级，又制订了筛选及转诊的机

制以及管理条例。召开了一系列的会议，以期引起对上述调查结果的重视，同时，还为助产士、护士/助产士及辅助人员开展了在职进修活动。1975年时，又开展了按危处理的方案活动，以期降低孕产妇的发病率与死亡率。我们认为，妊娠不是一种疾病，同时，为降低孕产妇死亡，为数不多的技术人员应集中注意那些可能发病，或因妊娠可能引起危害的妇女。我们考虑，只要给以相宜的培训，即便是级别较低的人员也能处理正常产。

除了在不育症的诊所外，助产士始终是这方面规划活动的主角。他们负责：产前诊治的组织及管理；对高危孕妇的筛选及监测；对母亲开展健康教育；监测；某些外科及其他治疗，诸如外阴修补术、摘除胎盘、静脉注射等；婴儿的免疫接种；对母亲的产后临床评价，并向其介绍避孕套的使用方法；组织计划生育诊所并提供各种非外科的避孕方法；协助各种在职培训及国家培训规划、会议及讲习班；搜集统计资料；开展调研活动。在助产士认为有必要时，产科学家便应提供技术及管理方面的支持。产科学家参与诊所的活动，往往是结合着开展调研及对医学院校学生的培训。由于重视了高危人群组的工作，因而，1978年~1987年间，孕产妇死亡率下降了60%。

应对怀孕期的农村妇女提供自身保健及婴儿健康所需的指导。

战略的特点是：

- 以小组为单位开展活动；
- 职责分工，助产士是主角；

作者是卢旺达基加利的地区家庭卫生培训及科研中心的工作人员。

- 对各类人员开展继续教育；
- 发挥妇科及产科学家的新作用；
- 政治意愿及保证；
- 以孕产妇的发病及死亡为题召开会议。

但不幸的是，在孕产妇保健方面助产士的传统领导作用却遭到抵制。许多助产人员转而担任行政职务，这种职务，较之临床工作说来，收益较多而风险较小。培训工作也有所削弱。护理和助产的培训合二而一，但对助产部份强调得不够。因而，非洲撒哈拉次大陆的某些国家中，孕产妇死亡在不断上升，这已成为不容置疑的事实。只要把这桩事办好，便可避免或缓解人类痛苦，人类生命才得以拯救，生活才得以充实。

在一些国家中，不仅助产培训规划极其浮浅，助产士的作用也受到多方限制。有些护理及助产学校由医师、或妇产科教授任校长。此外，在多数的非洲国家中，对医师、专科人员及助产士服务质量标准的管理，与其说是专业业务方面的，不如说是行政性的管理。

在目前经济衰退的情况下，为使母亲安全活动得以有效地开展，并能使之经济实惠，便需制定一项包括如下内容的战略计划：

- 更好地使用正规助产士。
- 培训更多的助产士。
- 确认并发挥助产人员的技术及专业特长，并起用助产人员为小组组长。
- 解除产科学家某些常规的临床任务，使他们得以从事更为复杂又急需研究解决的问题。

应对怀孕期的农村妇女提供自身保健及婴儿健康所需的指导。孕妇的配偶及亲属应了解可能出现并发症的体征和症状，以便他们能及时寻求专业上的援助。

应共同努力改变以诊所为中心的观点。以诊所为中心，往往不能及时发现问题。因而，助产士不仅应具备专业技术技能，而且还应对其服务地区群众的人种、医疗意识有所了解。此外，由于管理工作是生殖卫生规划的关键因

素，因而，她们还应是一个优秀的管理人员。

——某些、但并非所有妊娠怀孕 均需高科技

Annemiek Cuppen

1990年时，荷兰共有1 075名助产士，85%在家中开业，15%在医院工作。在这个国家中，助产士是合法的医学专业人员，这就是说，她们有自主权，可以不经各科医师转诊而直接接触病人。在怀孕、分娩及产后，她们全面负责孕产妇的护理及管理工作，同时还负责对新生儿的护理。她们自行承担工作责任，有自行处置权。遇有病理变化，她们可征求产科学家的意见，或转诊。遇有紧急情况，还可采取急救措施。

在助产士眼里，生育是一种自然的进程，一般均能顺利进行。她们一般不采用手术治疗，因为这种治疗并不能给母婴带来什么好处。她们也避免药物治疗。助产士首要的任务是保障并促进健康。她们指导、介绍并激发孕妇的自信心，其目的在于防止身体、精神、社会心理的失调，并在病理及正常生理之间予以区别。

自行开业的助产士可根据客户的要求在产妇家，或在医院接生，并在产后进行家访，6周后进行最后一次检查。助产士通常是与一二名同道合作，平均每人每年接生165次。在医院工作的助产士则通常担任教学工作，向医学生及助产学生讲授助产生理学。

区别正常产及高危妊娠是极其重要的，这将使助产士保持自主性及家庭接生的安全性，还可使产科学家集中注意于带有某些危险的妊娠。

Kwast 博士强调了初级保健护理的重要性。但这方面应注意的是，荷兰的产科保健护理是以正常产原则为其依据的。除非已发现有危症，否则，所有孕妇都视作是低危孕妇。生

Cuppen 女士是一名助产士，她的地址是Sweelinckstraat 15 bis, 358 1RT, Utrecht, Netherlands.

育过程中，产妇由助产士及全科医师护理。只要产科学家未发现有危症，那么产妇即可在家中分娩。一旦出现了危症，便可根据如下方面的考虑去确定相应的医务人员及接生地点：

- 可能出现并发症的性质及其严重性；
- 一级及二级护理能否预防所述的并发症；
- 一级及二级护理能否及时鉴别所述的并发症；
- 一级及二级护理能否对问题进行全面处理。

孕妇可按其病史及妊娠史而向二级转诊。助产士得就妊娠期、产期及产后出现的问题与产科学家研究，或将孕妇转诊至某产科学家。由于助产护理并非医院业务，因而，许多妇女在生育过程中往往不去医院或求诊于产科学家，因为没有必要这样做。一旦危症解除，孕妇又重新转诊于一级保健。

在孕妇家分娩期间，孕妇及助产士均可得到某种家庭妇幼服务部门的支持与帮助。如果孕妇在医院由助产士接生时，那么即可得到一名产科护士的护理，产后，除非有迹象说明需延长住院期限，否则，便可出院回家，在基层一级接受护理服务。上述的家庭妇幼服务部门在有计划安排的基础上，护理产妇及新生儿，这项服务将向产妇介绍如何照顾新生儿，如何进行母乳喂养。这种服务，有时为半日制，有时分全日制。提供全日制服务时，还代产妇购物、理家并照看家中其他儿童。

在荷兰的产科护理制度中，区别正常产及高危妊娠是极其重要的。这将使助产士保持其自主性及家庭接生的安全性，还可使产科学家集中注意于某些危险的妊娠。这种作法不仅经济，且能保证有所需要的妇女真正得益于高科技。高科技对正常产起不到改善妊娠结果的作用，因而，不应将之作为常规运用，以免带来身心方面的痛苦。

——家庭接生是安全而在情感上得到满足的

Renske Drejer

象多数西方国家一样，荷兰出现了一种用药物治疗的方法来处理分娩问题的趋向。然而，对年轻的父母来说，生儿育女却是一种潜在的感人经历。这种经历，只有在家里生育，才能充份体验到。

Alie Segaar是一位母亲，她介绍了自己在家由一名助产士接生的亲身经历，她认为，她从中有所得益。

“在我第一次去找助产士时，她便问我是愿在家里分娩，还是到医院去。经过一番考虑，我的丈夫和我都决定最好能在我所熟悉的家庭环境下分娩。换句话说，就是在家。当然，我们也知道，一旦出现并发症时，我还必须去医院。我们的住所距医院不远，能很快赶往医院。由于采取了充份的防护措施，我们都信心十足。

我到助产士那里去接受产前检查，最初是每月一次，后来为每三周一次、两周一次、最后是每周一次。检查更加增添了我的信心，因为，通过检查我了解到我的情况良好。临产前一个月，我到医院去接受一次骨盆检查。产科学家要弄清我的骨盆能否使分娩得以顺利进行。检查结果证实这方面不存在困难。

在一名助产学生的陪同下，助产士及时赶来了。当时，我的丈夫也在场，我则十分松弛，我感到肯定不会出什么差错，因而一点都不紧张。

大约一个半小时后，宫缩便开始了。我当时有一种要极力挤出的感觉、一种“尽情而无所掩饰”的感觉。这时，所有的设备都已安排停当。痛苦的宫缩后能有一种挤出的感觉倒是不错的。一切进行正常，两个小时稍多一点，我的儿子出世了——妙极了。我被洗净，一切

作者是一名助产士，其通讯处为 Leeuwerikenlaan 10, 2213 NT Voorhout, Netherlands.

都弄得停停当当。又过了不到两个小时，我的丈夫便和我愉快地喝咖啡、吃饼干、共同庆祝一番。甚至祖母也赶来了。我的丈夫和我躺在床上，儿子放在床旁的摇篮里，多么美好的时刻。

如果我在医院分娩，我的丈夫不能在身旁，我们两人只能满怀愁情别绪的独居一处。生育本身是一件带有浓厚感情色彩的事。在家庭亲密的环境下共同谈论这件事是极有趣味的。”

妇女在产前得到专业人员的护理，在分娩期间又能得到助产士的帮助，那么，不论是在家里或是在医院分娩，几乎都可以肯定是一次正常产。

助产士能够防止利用药物治疗的方法来处埋分娩问题的趋向，但有必要使她们熟悉产科学方面的最新发展情况。正如 Kwast 博士所主张的那样，她们应有机会进修，以便学会识别各种生理的、病理的因素。

妇女在产前得到专业人员的护理，在分娩期间又能得到助产士的帮助，那么，不论是在家里或是在医院分娩，几乎都可以肯定是一次正常产。

然而，必须注意到，只有在产妇本人及助产士对自身作用都满怀信心的情况下，才能取得良好的效果。

——重要的是要分工合作

Joan Bentley

长期以来，妇女总是在本地区的“专家”帮助下生儿育女。在产后，这些“专家”继续护理母亲及新生儿，帮着操持家务，直至那些妇女能自行处理这些事情时为止。发展中国家中多数妇女的情况依然如此而没有改变。

但有时，当出现什么意外时，传统的接生员便感到一筹莫展。即便是附近有初级卫生保健机构，但往往是既无技术也无设备，其结果，妇女会因之而死去。设备齐全的保健中心，可能又是远离住地，交通不便，将产妇送到时，

可能已是奄奄一息。而陪同这名产妇前往的传统接生员，并不被该保健中心视作是初级卫生保健小组的一名成员，她往往被认为是不称职的，而且她的努力也常常受到忽视。凡此种种都说明，在这情况下送往医院乃是下策。

传统接生员在学习识别各种疾病的体征和症状时，应能得到支持。

Kwast 博士列举了大量有说服力的事实，并作出结论，只要对助产士给以适当的培训，提供配备，使之在力所能及的情况下负责一定的服务对象，同时给以支持和奖励，她们是能够大大改善妇幼卫生保健服务的。我个人在西太平洋地区、东南亚地区及非洲等地从事助产工作的经历，使我对这一结论深信不疑。

最近有人提议，在社区一级也应设产科学家⁽¹⁾，这固然理想。但遗憾的是，发展中世界内的产科学家为数极少；这种培训工作费用很高，在多数国家中，只在中级及三级的保健机构上才配备产科学家。除教学医院外，妇产科往往是编制不足：多数国家无能力在分散的小医院内配备昂贵的三级护理设施。

培训及维持助产士的费用较低廉，她们经认真培训后，工作起来是不是一定不如一名社区产科学家呢？助产士一般均为女性。在社会经济方面与群众的差距小于医师，对妇女所遇到的问题有着更深刻的了解。她们也易为她们所工作的社区群众所接受。此外，她们还是初级、中级、高级妇幼卫生保健相互间联系的纽带。对中级及高级妇幼卫生保健说来，医师及产科学家是宝贵的资源。这个级别上的强有力的辅助设施，使她们能以处理及早转诊来的疑难病症，以期防止孕产妇及生育方面出现的问题。

助产士的职责应能清晰反映国家的实际情况，只有这样，孕产妇死亡率才能维持在最低水平上。然而，有关助产工作管理条例又往往要求与产科学家磋商，而产科学家正是在发达

作者的通讯处为：Hillview, Overway, Donhead
St. Andrew, Shaftesbury, Dorset SP7 9LH, England.

国家内接受培训的。对那些孕产妇死亡率较高、而又不具备完善的护理服务的国家说来，要求助产士在问题一旦发生后便立即转诊至专家处的要求是不现实的。

另一方面，今后多年中，传统接生员仍为社区一级的服务工作所需。她们在学习识别各种疾病的体征和症状时，应能得到支持。对她们的工作，应当由配备有应急设备的转诊服务予以辅助，还应具备转诊的手段。助产士应能深入社区，与传统接生员会晤，以期评价其技能、改正其缺点、扩大其活动领域，以期实现安全操作、及时转诊。与传统接生员的定期接触能及早发现质量是否下降，能使持续教育成为现实。应向助产士配备必要的设备，以期确保传统接生员的服务安全可靠，而助产士本人也应对设备的恰当使用及补充更新负责。通过这些接触，她们应了解社区群众，并与他们在一起共同设计他们支付得起的服务类型，包括将疑难病例转诊至医院的运输手段。他们还应了解搜集、分析及解释数据资料的社区机构，以及各种能提供优质服务的部门。

遇有紧急情况时，助产士应能：

- 止血、摘除胎盘、静脉输液；
- 药物治疗妊娠子痫，并进行护理，直至产妇转诊至产科学家时止；
- 抗生素治疗产褥热，寻找感染途径；
- 负责提供计划生育服务。

助产士也应维持其服务质量标准，并密切其与二级及三级护理机构中的同道们取得联系，向她们介绍社区中现存的问题，并征求专家们的建议与帮助。

为此，在发展中国家内，助产士应是一名联络人员，行政人员，领导及管理人员。她应能发现并解决问题；除了从事接生工作外，她还应是一名计划生育医师，一名资料收集员和分析员，也是一名教育家。她是家庭与二级及三级保健机构之间的联系环节，因而，把她放在社区中接受培训便显得极为重要。对发展中国家说来，每 5000 人中便应有一名助产士，而每名助产士又需有 20~50 名传统接生员作为助手。

她的任务是明确的，需对其进行培训以期胜任所从事的工作。

在培训期间，受训者及教学人员均应在农村地区渡过相当一段时间。

Kwast 博士还谈到助产师资源严重短缺的问题。而师资中又只有极少数人经过全面的培训，能够满足本国现实情况所需，绝大多数人缺少所需的技能与经验。母亲安全活动又要求成立以社区为基础的地区中心以便使助产士们能获得实际的助产教学及操作技能。最有经验的教师可以向学员们示范，说明毕业生所需具备的实际操作能力。这种教学活动若在教室里进行自然是理想的。而社区中的老师对学习基础及专业基础知识的学员及继续教育说来，都是极其宝贵的。助产士们通常担心单独操作，因为她们没有这方面的准备。在培训期间，受训者及教学人员均应在农村地区渡过相当一段时间，他们可以与当地居民合作，并自行作出决定。

如果没有妇幼保健小组，那么，母亲安全活动是不可能取得成功的。小组的每名成员都起到关键性的作用，她们应相互支持。传统接生员、助产士及产科学者应置身于相应的环境中接受培训。这方面最大的缺陷在于不能充分地培训、安置并支持助产士，而没有她们这方面活动将是寸步难行的。

- (1) Bullough, C. H. W. More Community Obstetricians are needed. World Health Forum, 11:206~207 (1990)

——朝向以助产士为基础的综合性孕产妇保健服务

John Lawson

我同意 Kwast 博士的观点，为使发展中国家母亲安全工作得以开展，则有经验的助产

作者的通讯处是 101 Eastern Way, Ponteland, Newcastle upon Tyne NE20 9RQ, England. 他现在是 Newcastle upon Tyne 的产科学顾问，皇家妇产科学会副会长和海外部官员。前此，他曾是尼日利亚伊贝大学妇产科教授。

人员是关键的一环。然而，助产士的作用及其在孕产妇卫生小组的工作，却有待于明确。

20 世纪初期，欧洲地区的孕产妇死亡率较高，因而，当时便拟定了全国性的培训规划，以期造就出一批能独立工作的专职助产人员。但，初期的效果是令人失望的。在医院妇产科工作有了进一步的发展后，情况才有所改善，这是由于助产士在遇到非正常产时，可以将病人转诊。当今的第三世界中，社区中的助产人员的活动，若不与其他妇产科服务相结合，效果也是同样不理想。

北美在本世纪初期，由技术不熟练的母亲（用现代术语说，即传统的接生员，提供的服务曾起到一定的作用。但其后，又遭全面否定。因而，产前的护理及分娩接生，全盘由医师们接管过来。由于这种以医疗为主的观点，致使人们迄今只要求助产士起到一种辅助性的作用。她们的才能，不能得到充份发挥。

埃及及印度次大陆只有着为数极少的经过培训的助产士，但却有着为数众多的医生，因而，也出现了上述情况。为此，筹组社区的孕产妇保健服务，特别是在农村地区组建的设想，一直未能实现。这种服务，应在一级转诊机构工作的医师指导下由有经验的助产士提供。

妇幼卫生保健站已在第三世界国家中广泛建立起来。他们通过对儿童行免疫接种、监测其营养发育等手段而使儿童的健康有所改善。但是，只靠随意建立起来的产前保健所却不能使产妇的安全福利有所改善。一种只设计用来提供孕期预防保健服务的制度，对消灭孕产妇死亡毕竟没有多大作用。产前保健护理应与分娩期的熟练护理相结合，与现有就近的诊所相结合以期对并发症予以治疗。

发展中国家的正规助产士应如何开展工作？在产妇家中提供护理是被极力推崇的。这种作法有机会与产妇全家相接触，从而提供了一个进行健康教育的极好的机会。但，助产士毕竟人数有限，而家庭接生又要求有足够数量的助产士。此外，这种作法难以领导并维持其质量。因而，在社区，应将助产士安置于以村

镇产妇中心为基础的小组中，进行正常产的接生。她们还可以走出去，在边远地区开展产前检查。对一些非正常产，如产妇年龄过小或过大、有严重产科疾病史、身材过于矮小从而可能出现胎头骨盆失调、或怀有双胞胎等情况，则可送往一级转诊机构诊治及接生。附近应安排有招待所以便提供住宿。产妇在产妇中心患有并发症时（特别是产期推迟），应及时转诊至更有经验的部门提供医疗服务，因而，应事先作好运送患者的安排。在这情况下，在基层工作的助产士便能安全而有效地开展工作，处理正常产，将非正常产转诊至平时负责领导她们工作的保健中心去。

Kwast 博士确切地强调了助产士应予适当培训。短期的突击培训，并有传统接生员的配合，在没有培养出大量的助产士之前，看来是必要的。但遗憾的是，发展中国家为妇女提供就读的机会不多，因而，严重限制了接受如 Kwast 博士所主张的高级培训的助产士人数。看来更为现实的作法是继续大量培训一般的助产人员（即第 页表中所列的招聘或助理助产士），同时，也培训为数相对较少的高级助产士担任领导监督及培训工作。

高级助产士的数目应迅速增加以便有效地扩大孕产妇保健服务。一般助产人员的进取心以及专业水平，如果没有上级助产士的领导和鼓舞时，则很可能会下降。所谓上级助产士指的也可能是在基层负责领导一组助产人员，或是在一级转诊机构内负责妇产科病房的助产士。随着进一步的积累经验，她们必将有能力处理 Kwast 博士所述的疑难病症。她们应提升到地区孕产科保健小组的关键岗位上去，在这一级别上挑选出特殊培训所需的助产工作师资。

产前保健护理应与分娩期的熟练护理相结合，与就近的诊所相结合，以期对并发症予以治疗。

发展中世界内急需将医师与助产士的工作紧密结合起来，并相互了解各自的作用。这里

还需要有更多更熟练的助产士，并妥善安置其工作。为实现母亲安全，这乃是至关重要的。

——支持第一线的工作者

Marie Goubran

在全球范围内，药物治疗已大面积地涉足到产科服务中，剖腹产及使用手术器械接生的数字正不断上升。有关这一问题的争议带来了毁灭性的影响，但这也使得一些产科学家对产科服务作出某些修改更新。有些组织、妇女团体及助产士机构正在为将产科服务纳入卫生保健体系而斗争着。这方面情况，以加拿大最为突出。在那里，国际助产士联合会正应邀协助建立一个委员会，并参加了顾问小组的活动。

在对过多的药物治疗所带来的后果提出批评时，却缺乏足够的调查研究以支持这种非药物治疗的观点，并显示继续由助产士提供服务的必要性。然而，近10年来开展的一项社会及助产研究却清晰地说明这种服务的必要性。发达国家中的情况已明显表明，助产服务应扩大其服务范围，助产士应对其所能起到的作用作好充分准备。为此，加拿大各州正纷纷制订法案。

发达国家中的情况已清晰表明，助产服务应扩大其服务范围，助产士也应对其所能起到的作用作好充分准备。

过去20余年来，世界一些地区的产科服务没有得到改善，有时还有人认为，这项服务有些倒退。助产教育在很大程度上是不相宜的。助产人员在受过初期培训后，往往不是安置在最需要这项服务的地区，而是派往设备较好的大医院工作。而在大医院里，她们主要集中精力于解决正常分娩的问题。有人认为，正常分娩，完全可以由其他人员来承担。助产士的知识，应当带给那些可将之用于产妇家庭中的人员。《生命的知识》是一本杂志，国际助产士联合会等一些组织都对之供稿。这本杂志传递的正是目前所需的、清晰又明确的信息⁽¹⁾。

多年来，政府官员们一直在说服助产人员到农村地区去工作。对决策人员说来，这项工作无需由经高级培训的助产士来承担的想法，并非完全不可接受，而一些国际组织也越来越多地倾向于这种作法。近年来较为普遍的看法是，应有这样一种类型的医务人员，他们对妇幼卫生的各个方面都能有所了解。这种观点认为，如能对传统接生员给以适当的培训，如能出现上述的通晓各科知识的医务人员，那么，多数问题是可以得到解决的。为此，在培训传统接生员方面投入了数以百万计的美元。但不幸的是，这方面收效甚微，既便是在一些具体领域如防止破伤风、或卫生操作等也是如此。这使得某些决策人员感到极其沮丧。

这种尝试为什么会失败？最为明显的原因莫过于许多传统接生员每年接生还不到5次，对她们的培训没有使社区群众从中得益。此外，多数的传统接生员是文盲。她们获得知识的过程是师付带徒弟的缓慢的过程。这种方法，原也无可厚非，事实上还有某些可取之处。但问题在于当讲授某些理论性较强的内容时，便会遇到困难。人们往往对这些女性敬而远之，不是因为她们的操作，而是因为她们用经修饰过语言去谈论她们的工作。甚至是配备给她们消毒包也可能使人认为，现在要如此这般的工作了，否则，是完全可以不必多此一举的。事实上，正是没有用消毒包从而危及产妇的安全。这种尝试的另一主要问题在于对诸如传统接生员一类人员的管理和培训，监督和转诊要恰如其份地为双方所接受，又为家庭所能支付得起。

政府目前正声称，政府需要助产人员，但在以往的妇幼卫生工作中却长期忽视这一问题。但各部委又继续问道，我们怎样才能利用、教育、造就并管理她们，使她们能以承担所需。

Goubran 夫人于1990年12月故世以前，一直是国际助产士联合会(10 Barley Mow Passage, Chiswick, London, W4, England) 秘书长。她在全球范围内为加强助产工作所作的不懈努力显著地丰富了这项专业。她在妇幼卫生及助产工作中的榜样及奉献，对全球各地的助产士说来，都是永恒的鼓舞。

的各种服务?不论是发达国家或是发展中国家,在使助产服务得以持续进行下去方面,都应承担起明确的责任。

助产人员们应怎样作出反应?发展中世界内,助产协会形同虚设,这是改善助产工作的一大障碍。在经济衰退声中进行调整时,当最渴望得到支援的人们的权益未被重视时,由谁出面与政府交涉?由谁确保对助产人员的合理管理及继续教育?由谁代表妇女及其家属出面施加影响?在助产工作缺乏一个归口单位的情况下,当某个资助单位想筹组一个项目时与谁去联系?如助产士没有办公室、没有电话,她们怎样与国家机构的有关部门去联系?凡愿参加国际助产士联合会的协会,不应因缴不起会费而被除名。目前正开展着一项协会一帮一的方案规划,对确有困难的协会给以实质性的帮助。在缴付会费方面,也可给以支援。

妇幼卫生小组中,可靠的第一线工作者是最宝贵的组成部分。

最后,是否每一名助产人员都应得到大学学位,还是应更多的关心在第一线工作的、有着扎实基本训练的助产人员。目前似乎流行着这样一种看法,即,只有取得学位后,才能对之予以认真对待。其他领域也曾沿着这条道走过,后果是破坏性的。妇幼卫生小组中,可靠的第一线工作者是最宝贵的组成部份。科研工作者、高级管理人员及学者均应支持她们。就对第一线工作者进行培训说来,最为重要的莫过于培训她们能够胜任所必须承担的工作。

1. Adamson, P. & Williams, G. «Facts for life», New York, UNICEF, WHO and UNESCO, 1989.

——经培训过的传统接生员是能有所作为的

Salatun Nessa

孟加拉国是农业经济国家,有着为数众多的农业人口。有限的助产士又主要安置在医疗

机构内,或在城区及近郊区工作。传统接生员则在农村。助产士与传统接生员不一样,她们都有文化水平,又在正规的机构内接受过至少为期两年的专业训练。直至最近,方为传统接生员安排了正式的培训。过去,她们只是通过帮助邻里街坊接生,或在没有其他又帮助的情况下自行分娩,从中获得一些经验。

已筹组了一项传统接生员的培训规划,以便使孟加拉国的6.8万个村镇都有传统接生员。

与助产士不同,传统接生员一般都能接近群众。助产士工作、生活在城镇,而传统接生员往往与她们的服务对象同村、甚至是街坊邻居。只是由于她们缺少文化教育,才使得她们的地位不及助产士。助产士每接生一次都有固定收费,而传统接生员则不然,她们的收入,视服务对象的家庭经济条件而定。

未经培训的传统接生员没有妇产科方面的基本知识。她们对生殖器官、人类性行为、妊娠、生育及幼儿抚育的了解也都缺乏科学依据。因而,她们对新生儿往往带来一些不利后果、有时甚至是死亡。和其他的发展中国家一样,孟加拉国的城市也是一般的,现代化的机构设施较少,而农村情况尤为突出。由于传统接生员的知识贫乏,致使大量婴幼儿及产妇死亡。为解决这一问题,现已筹组了一项传统接生员培训规划,以便使孟加拉国的6.8万个村镇都有传统接生员。正如 Kwast 博士所指出的那样,助产士可以对传统的接生员进行领导。但是,孟加拉国中有能力承担这一任务的助产士却不多。由于政府的现行政策,在医院中的护士助产士又不承担培训传统接生员的义务。

事实上,传统接生员由一种被称作是家庭福利访视员的医助进行培训,而高一级的家庭福利访视员则负责培训工作的全面领导,并起到传统接生员与外围卫生保健服务二者之间联系人的作用。培训为期两年,内容包括接生的

作者是TBA培训规划的项目主任, 65 Pilkhana Road, Azimpur, Dhaka-1205, Bangladesh.