

شرحی از وضعیت کارگران مامای بخش دولتی درمان در ایران

ماماهای شاغل در دو بخش دولتی و خصوصی در ایران مطابق یکی از آمارهای مسئولین نزدیک به ۴۷ هزار نفرند. آن‌ها طی چند سال اخیر اعتراض‌هایی به وضعیت صنفی خود داشته‌اند که نشان از نارضایتی ایشان و نابسامانی شرایط کار و زندگی‌شان دارد. گرچه کمیت اعتراض‌های ماماها نسبت به پرستاران کمتر بوده اما کیفیت مطالبات و مواردی که ایشان به آن‌ها معترض‌اند چندان جدای از مسائل کارگران دیگر بخش‌های درمان نیست. به همین دلیل هرچند که اطلاعات و داده‌های کمی از اعتراض‌های ماماها وجود دارد اما ضروری است که شرایط کاری و زندگی ایشان مورد بررسی قرار گیرد.

درباره‌ی اعتراض‌های ماماها در چند سال اخیر داده‌های کمی وجود دارد که به شرح ذیل است:

سال ۱۳۹۴: اعتراض در مورد ترویج سزارین غیرضروری.

سال ۱۳۹۵: طی یک نامه به وزارت کشور، ماماها خواهان دریافت مجوز برای برگزاری یک تجمع شدند. موارد اعتراضی: بی‌توجهی نسبت به تعیین تکلیف تعرفه‌ی مامایی و پرداخت حق‌الزحمه‌ی ماماها، عدم اجرای مصوبه در خصوص استخدام ۴۰۰۰ ماما و قطع بدون دلیل پرداخت ۱۵٪ تعرفه‌ی زایمان به ماماها.

سال ۱۳۹۹: دانشجویان مامایی نامه‌ای اعتراضی خطاب به خانم دکتر طاهره چنگیز ریاست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نوشتند. مفاد این نامه: اعتراض به بی‌توجهی، بی‌احترامی و تبعیض دانشجویان مامایی با دیگر مشاغل کادر درمان، نداشتن فضای مناسب برای آموزش بهتر و نداشتن دفاتر رسمی مامایی در بیمارستان‌ها.

سال ۱۴۰۰: اعتراض جمع‌کثیری از فارغ‌التحصیلان رشته‌ی مامایی استان کهگیلویه و بویراحمد علیه قوانین ناعادلانه‌ی استخدامی که "اگر بیهوده‌ایم، پایه‌ی رشته‌ی ما را منسوخ کنید!"

سال ۱۴۰۲: جمع‌کثیری از اساتید، دانشجویان و ماماها شاغل در حوزه‌ی بهداشت و درمان بخش دولتی و همچنین خصوصی در اعتراض به عملکرد متناقض وزارت بهداشت و تعارض منافع جاری در اجرای ماده‌های ۴۶، ۴۹ و ۵۰ قانون جوانی جمعیت و عدم توجه وزیر به درخواست‌های مکرر اساتید و تشکل‌های مامایی دست به تجمع سکوت با بنرهای اعتراضی متعدد زدند.

شرحی مختصر از اعتراض‌های ماماها در چند سال اخیر را از نظر گذرانید. کارگران بخش درمان همیشه با صبوری و زحمت فراوان به هنگام مریضی و ناخوش‌احوالی در کنار مردم کشورمان بوده‌اند و برای داشتن کیفیت بهتری از بهداشت و درمان تلاش کرده‌اند اما همواره با مشکلاتی فراوان دست به‌گریبان بوده‌اند. با در دست داشتن همین آمار و اطلاعات کمی که از اعتراض‌های ماماها در دست داریم می‌توانیم دریابیم که متأسفانه ایشان همانند دیگر کارگران

بخش درمان با مشکلاتی در سطح دانشگاه‌های محل تحصیل و بیمارستان و کلینیک‌های محل کارشان مواجه‌اند و از شرایط کنونی ناراضی‌اند.

"کارگران" یا "کادر" درمان؟

تصور غالب مردم بر این است که کارگران بخش درمان -یا آنگونه که ارگان‌های دولتی و رسانه‌های رسمی می‌گویند "کادر درمان"- از امکانات و موقعیت نسبتاً خوبی در جامعه برخوردارند اما با کمی دقت و کاوش در مشکلات و روزمره‌های زندگی‌شان می‌توانیم دریابیم که آن‌ها هم در نبود سطح متوسطی از رفاه و شرایط با ثبات اقتصادی، در زندگی‌شان با گره‌هایی کور دست‌وپنجه نرم می‌کنند. البته منظور از گره کور این نیست که این مشکلات اقتصادی و اجتماعی بر دوش کارگران زحمتکش درمان هیچ راهکار و چاره‌ای ندارند. در انتهای این متن بیشتر در این باره خواهیم گفت.

اطلاق تمامی‌های کارکنان حوزه‌ی درمان تحت عنوان کلی کادر درمان تا حدودی توانسته واقعیت را از دیده‌ها پنهان کند و نقش و جایگاه واقعی کارگران درمان را به نسبت آن چه هست برای مخاطبانش با لقب‌هایی پوشالی در سطح جامعه‌ی طبقاتی پنهان کند. در اصطلاح "کادر درمان" مابین پرستار و پزشک، ماما و مسئول رده‌بالای بیمارستان، نیروی خدماتی و استاد و پزشک هیئت علمی دانشگاه تفاوتی وجود ندارد. همگی کادر درمان‌اند. حال آن که شرایط کاری و زندگی و به‌ویژه نقش و جایگاه ایشان در حوزه‌ی درمان و بهداشت سراسر متفاوت است.

قدم اول برای توضیح این مسئله این است که بدانیم جامعه‌ی ما جامعه‌ای طبقاتی است. در این جامعه هر فردی باید با توجه به شرایط زندگی و کاری خود جایگاه طبقاتی‌اش را در جامعه‌ی فعلی یعنی سرمایه‌داری بشناسد. این جایگاه در جامعه‌ی طبقاتی را باید در مناسبات تولیدی (شیوه‌ی تولید) مورد بررسی قرار داد. مناسباتی که سال‌هاست در زندگی روزمره‌ی ما رخنه کرده است.

در تعریف کلی جامعه‌ی طبقاتی جامعه‌ای متشکل از چندین طبقه است. دو طبقه‌ی اصلی این جامعه طبقه‌ی کارگر و طبقه‌ی حاکم یا سرمایه‌دارند.

طبقه‌ی کارگر طبقه‌ای است که نه مالک ابزار تولید است و نه دسترسی‌ای به وسایل معاش و نه اختیاری بر شرایط تولید دارد. در شیوه‌ی تولید سرمایه‌داری طبقه‌ی کارگر نیروی کارش را به طبقه‌ی سرمایه‌دار می‌فروشد. یعنی تنها مایملک کارگر در این جامعه که برای امرار معاش خود مجبور به فروش آن است. در ازای این فروش نیروی کار، کارگر مبلغی به عنوان دستمزد (حقوق) دریافت می‌کند. هرچند که این مبلغ دریافتی کفاف یک زندگی معمولی را نمی‌دهد اما بقای فرد کارگر و خانواده‌اش تنها از این راه تضمین می‌شود.

در مقابل، طبقه‌ی سرمایه‌دار به دلیل در اختیار داشتن ابزار تولید و زمین نهایت سوءاستفاده را از طبقه‌ی کارگر می‌کند تا هر روز بیشتر از قبل طبقه‌ی کارگر برای او و سرمایه‌اش سود بیافریند. استثمار طبقه‌ی کارگر از جانب طبقه‌ی سرمایه‌دار منشاء رفاه و ثروت بی‌حد و حصر اعضای این طبقه است. کارگران جامعه برای بقای خود کار می‌کنند و خرده‌نانی نصیب‌شان می‌شود، در مقابل طبقه‌ی سرمایه‌دار، بی‌هیچ زحمت و مشقتی، انگل‌وار محصول ناشی از استثمار کارگران را به جیب می‌زنند.

با این اوصاف باید قشر زحمتکش درمان به‌طور کلی و همچنین ماماها را جزو چه طبقه‌ای از جامعه‌ی کنونی دانست؟ آیا ماماها جز نیروی کارشان چیزی برای فروش دارند تا با آن امرار معاش کنند؟ در ازای این فروش نیروی کار و در قبال کاری که انجام می‌دهند ایشان چه دریافت می‌کنند؟

در محیط درمان، پرستاران و کمک پرستاران، بهیاران، ماماها، نیروهای نظافتی و خدماتی و کارمندان رده‌پایین بخش‌های اداری همگی با فروش نیروی کار خود امرار معاش می‌کنند. ایشان کارشان را در قبال دستمزد (حقوق) می‌فروشند و همزمان با کار مفید خود چرخه‌ی خدمت‌رسانی در حوزه‌ی درمان را سرپا نگه می‌دارند. همگی ایشان را باید "کارگران بخش درمان" نامید. در مقابل مسئولان رده‌بالا و میانی وزارت، دانشگاهی و بیمارستانی، رسته‌ای از پزشکان هیئت علمی دانشگاه‌ها و صاحب منصب و نام‌ونشان‌دار، سود حاصل از کار کارگران بخش درمان را نصیب خود کرده، در حالی که از کار مفید در این محیط بیشتر و بیشتر فاصله گرفته و عملاً جز کارهای مدیریتی و اعمال سلطه بر کارگران درمان کاری صورت نمی‌دهند. ایشان را هم باید "سرمایه‌داران و فرادستان بخش درمان" نامید. کارگران درمان با کار خود حیات بخش حوزه‌ی درمان بوده و در قبال آن مزدی ناچیز می‌گیرند. سرمایه‌داران و فرادستان بخش درمان هم با غریزه‌ی کسب سود بیشتر به مدد استثمار کارگران این حوزه، در مقام کارفرما، از مناسبات مسلط دفاع و حراست می‌کنند. چرا که نفع شخصی ایشان در تداوم وضع و شرایط موجود و مسلط است.^۱

بنابراین در حوزه‌ی درمان ما با بخشی از طبقه‌ی کارگر در جامعه تحت عنوان کارگران درمان روبرویم که محصولات و خدمات حوزه‌ی درمان و بهداشت را تولید و بازتولید می‌کند. در مقیاس کلی هم طبقه‌ی کارگر خواهان خرید بخش زیادی از این محصولات و خدمات حوزه‌ی درمان است. در تناقضی آشکار می‌بینیم که گرچه کارگران زحمتکش درمان، که جزئی از طبقه‌ی کارگر هستند، وظیفه‌ی حیاتی تولید و بازتولید را در این حوزه برعهده دارند و گرچه باید منفعت

^۱ بی‌شک بوده‌اند و هستند پزشکان حاذق و متخصصی که به مسئولیت اجتماعی شغل خود آگاهند. ایشان توانسته‌اند با علم و مهارت خود فریادرس زحمتکشان به هنگام درد و رنج ناشی از بیماری باشند. متأسفانه در زمانه‌ی کنونی در جامعه‌ی ایران این پزشکان در قیاس با قاطبه‌ی پزشکان که چیزی جز سود و نفع مالی از جایگاه شغلی‌شان نمی‌خواهند در اقلیت قرار دارند. گرچه باید حساب اقلیت پزشکان متعهد و دغدغه‌مند را از اکثریت جدا کرد اما در شرایط فعلی بیمارستان‌ها و مراکز دولتی درمانی کشور، پزشکان نقش فرادستان این حوزه و در مراکز خصوصی هم عملاً در نقش کارفرما و سرمایه‌دار قرار گرفته‌اند.

حاصل از حوزه‌ی درمان نصیب آحاد کارگران شود و منجر به سلامتی و بهداشت بهتر و بالاتر این طبقه شود اما ناشی از مناسبت طبقاتی و استثمار سرمایه‌داری، نه کارگران بخش درمان در ازای کار سخت و طاقت‌فرسایشان زندگی با ثبات و مرفهی دارند و نه آحاد کارگران جامعه از درمان و بهداشت با کیفیت و رایگان، آن‌گونه که حق‌شان است، برخوردارند. در این مناسبات فقط طبقه‌ی حاکم و سرمایه‌دارند که از امر تولید و بازتولید در حوزه‌ی درمان نفع می‌برند. از سویی کارگران درمان را داریم که مجبورند با قراردادهایی کار کنند که امنیت شغلی‌شان را تضمین نمی‌کند. ایشان همچنین باید با فشار زیاد کاری، ساعات بالا، شیفت‌های متراکم (به دلیل نداشتن همکار به تعداد لازم نسبت به بیماران)، حقوق کم، نداشتن حق مسکن و ... نیز دست‌وپنجه نرم کنند. این معضلات را متأسفانه ماماها و مابقی کارگران زحمتکش درمان به دلیل این که نفع طبقه‌ی حاکم در چنین روند و عملکردی است باید بر دوش بکشند.

از سوی دیگر فرزندان و اعضای خانواده‌ای کارگری را تصور کنید که پول کافی برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان ندارند. ایشان مجبورند از سلامت خود چشم‌پوشی کنند و از رفتن به بیمارستان اجتناب کنند چرا که پرداخت این هزینه‌های درمانی و بهداشتی وضعیت زندگی‌اش را دگرگون می‌کند. سال‌ها پیش آقای علی کریمی در مصاحبه‌ای این چنین گفت که "چرا هزینه‌های عزاداری‌ها و حسینی‌ها را جمع نمی‌کنند و به بیماران کم‌بضاعت برای هزینه‌ی درمان کمک نمی‌کنند؟" آقای علی کریمی! رایگان بودن بهداشت و درمان حق مسلم هر انسانی است. چرا در مورد رایگان بودن درمان برای طبقه‌ی کارگر سخن نمی‌گویید؟ هزینه‌ی عزاداری‌ها و حسینی‌ها به کنار، مگر خود طبقه‌ی کارگر ایران، چه در بیمارستان‌ها و چه در مابقی بخش‌های تولیدی این جامعه، آن‌چنان ثروت نمی‌آفرینند که در ازای آن آموزش و بهداشت و مسکن‌شان از جانب دولت تأمین شود؟ هزینه‌های دولت برای ایدئولوژی‌اش گرچه برای طبقه‌ی کارگر ایران، نفع که هیچ، ضرر هم دارد اما امثال آقای کریمی و گفته‌های ایشان هیچ ربطی به منفعت طبقه‌ی کارگر ایران ندارند و تره نباید برای‌شان خُرد کرد.

کارگران شریفِ حوزه‌ی درمان با داشتن سال‌ها تجربه و دانش برای خدمتگزاری به مردم همیشه در صف اول از خودگذشتگی بوده‌اند. در شرایط کرونا به وضوح چنین چیزی را دیدیم. اولین تصویری که این قشر از طبقه‌ی کارگر در ذهن‌ها ترسیم کرده‌اند شرافتمندی و مهربانی است که در محیط کار نصیب بیماران می‌کنند. این صفات مثبت و دانش بالا اما به تنهایی برای خدمت‌رسانی مطلوب کارساز و کافی نیست. تجهیزات پزشکی و امکاناتی که دولت در اختیار کادر بیمارستان قرار می‌دهد در این مورد تعیین‌کننده است. این جا هر چقدر بخواهیم از صفات زیبای این قشر فداکار بگوییم شرایط کنونی که نارضایتی هم کارگران درمان و هم بیماران از عملکرد سیستم بهداشت و درمان را دربرمی‌گیرد مانند یک سیلی بر صورت ما نشانه می‌رود. فاجعه از آن جایی شروع شد که طبقه‌ی حاکم دولت را مکلف کرد که جامعه و اقتصادش را در تداوم ضرورت‌های جامعه‌ی سرمایه‌داری به سمت سیاست‌های نئولیبرالیستی

(خصوصی‌سازی) حرکت دهد و این سیاست‌ها را از طریق آموزش رسمی و رسانه‌ها برای مردم منطقی و موجه جلوه دادند.

هنگام بحث درباره‌ی این شرایط هر چقدر بخواهیم خودمان را از بحث راجع به سیاست‌های خصوصی‌سازی دور کنیم، امکان ندارد. چون هر روز بیشتر از قبل با سپردن بخش‌هایی از دولت به بخش خصوصی، وضعیت آموزش، بهداشت، درمان و ... در جامعه مورد هجوم قرار می‌گیرد و فقط و فقط این طبقه‌ی کارگر است که زیر این فشارها له می‌شود و کیفیت زندگی‌اش سقوط می‌کند.

روزبه‌روز بخش‌هایی از بیمارستان‌های دولتی که در گذشته امکانات و هزینه‌شان تاحدودی برای اکثریت مردم در دسترس بوده‌اند به بخش خصوصی واگذار شده‌اند. اینجا دیگر دولت به فکر با کیفیت بودن عملکرد سیستم بهداشت و درمان نیست. اینجا پولی شدن درمان برای تراکم هر چه بیشتر سرمایه و سود بیشتر هدف است.

در دولت نئولیبرالیستی مهم نیست که وضعیت بیمار چگونه باشد. طبقه‌ی حاکم از دولت و دولت از کارگران درمان (شامل ماماها) انتظار دارد برایش انباشت سرمایه کند و اینجاست که مردم این جامعه با بحران‌هایی دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

بگذارید در انتهای این بخش اشاره‌ای کنیم به نظری نادرست در مورد کیفیت کار کارگران درمان. برخی از بیماران و مراجعان حوزه‌ی درمان گمان می‌کنند که پایین بودن کیفیت خدمت‌رسانی ناشی از ناکارآمدی پرستاران، ماماها و ... است. اگر پرستارهایی، ماماهایی یا افرادی دیگر از کارگران درمان، قصور یا خطایی داشته باشند، رفتارشان با بیمار و همراهانشان مناسب نباشد، چه بسا کم‌تجربه باشند، همگی این‌ها نمی‌تواند تبدیل به پدیده‌ای فراگیر و بحرانی در نظام بهداشت و درمان شود. تسلط مناسبات سودمحور سرمایه‌دارانه و اجرایی‌سازی سیاست‌های خصوصی‌سازی است که نظام درمانی و بهداشتی کشور را به چنین وضعیت بحرانی‌ای رسانده است. حتی خود کارگران درمان هم تحت اثرات زیان‌بار این مناسبات و سیاست‌هاست که چنین قصور و رفتارهایی از آن‌ها سر می‌زند. بنابراین باید به ریشه‌های وضعیت توجه داشت و سعی در برطرف ساختن آن کرد.

شما مامایی را در زایشگاه تصور کنید که باید از بیمار با نبود تجهیزات کافی و تعداد کم نیروی کار در فضایی به شدت استرس‌زا مراقبت کند. او هم باید به فکر جیب‌والاتباران (سرمایه‌داران و فرادستان حوزه‌ی درمان) باشد و هم این که فشار و سختی کاری که بر دوشش است را تحمل کند. بیمار هم باید ناشی از سیاست‌های خصوصی‌سازی معضلات کیفیت پایین درمان در عین هزینه‌های گزاف را تحمل کند.

در این بخش سعی کردیم نقش و جایگاه کار ماماها را در حوزه‌ی بهداشت و درمان در کنار دیگر کارگران این حوزه توضیح دهیم. با این آگاهی کار ماماها در کنار دیگر کارگران زحمتکش درمان معنای خصوصی پیدا می‌کند. با کمی

کندوکاو در نقش و جایگاه ماماها و مطالباتشان متوجه می‌شویم که ایشان با دیگر کارگران زحمتکش درمان در یک سنگر حضور دارند. همانگونه که نقش و جایگاهشان مشترک است، مطالباتشان نیز اشتراکات فراوانی دارد. در نتیجه با یکی شدن صداهای این کارگران مسلماً اعتراضاتشان بهتر به نتیجه خواهد رسید.

وضعیت ماماها: از تحصیل تا بیمارستان!

ماماها اکنون در دو بخش دولتی و خصوصی در حال ایفای نقش در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و ... هستند. در این متن ما صرفاً به بخش دولتی می‌پردازیم.

فرایند تحصیل ماماها از مقطع کارشناسی تا دکتری ادامه دارد. در دوره‌ی تحصیل‌شان همانند پرستاران واحدهایی عملی دارند که در بیمارستان‌ها برای گذراندن این واحدها حضور پیدا می‌کنند. واحدهای عملی ایشان کیفیت پایینی دارد و از وسایل و تجهیزات مدرن و پیشرفته برای یادگیری ماماها استفاده نمی‌شود.

دانشجویان مامایی بعد از گذراندن مقطع لیسانس خود باید یک مقطع تحت عنوان "طرح اجباری" را از سر بگذرانند. بعد از گرفتن مدرک لیسانس و گذراندن طرح اجباری باید منتظر استخدامی باشند که نسبت به وجود ۲۵ تا ۳۰ هزار مامای بیکار در کشور، سهم ۳۲۵۰ نفری در استخدام، رقمی بسیار ناچیز است.

فردی را در نظر بگیرید که در دوران تحصیل خود در مدرسه بعد از گذراندن وضعیت سخت پیش و حین کنکور موفق به ورود به دانشگاه شود. ۴ سال تحصیل در دانشگاه آن هم با شرایط فعلی دانشگاه‌ها که در آن جا هم دانشجویان اعتراض‌های بسیاری به وضعیت دارند. بعد باید طرح اجباری را سپری کند. طرحی که اگر طی نشود فرد نمی‌تواند مدرک خود را از دانشگاه اخذ کند یا ادامه‌ی تحصیل دهد. بعد باید در صف انتظار استخدام بماند. آن هم با ظرفیتی بسیار پایین نسبت به جمعیت فارغ‌التحصیلان بیکار. برای این که فرد بتواند در آزمون استخدامی قبول شود باید از فیلترهای آزردهنده و طاقت‌فرسای مفاد آزمون، رقابت شدید و گزینش‌های ۲ تا ۳ مرحله‌ای عبور کند.

بر فرض که این هفت خان رستم را رد کند. اکنون با مسئله‌ای مواجه می‌شود که سختی گذراندن این مراحل را نه تنها کم نمی‌کند بلکه باری سنگین‌تر بر دوش او سوار می‌کند: استخدام در شرایط قرارداد موقت و غیردائم! این شرایط قراردادی و ترس از دوباره بیکار شدن منجر به محافظه‌کاری‌ای در کارگر استفاده‌شده می‌شود که واضح است بر فعالیت و مطالبه‌گری صنفی کارگران درمان تأثیری قطعی می‌گذارد.

وضعیت کاری ماماها در بیمارستان‌ها متفاوت است. در بیمارستان‌هایی که زایشگاه آن از تعداد زایمان بالایی برخوردار است قطعاً فشار کاری زیادی وجود دارد. دستمزد ماماها مطابق قانون کار در ایران است. ماماها همانند مابقی کارگران

زحمتکش درمان از حق مسکن، حق بیمه، تعرفه و ... برخوردارند اما متأسفانه همچون دیگران، به‌درستی و حتی مطابق قوانین موجود این موارد پرداخت نمی‌شود.

انواع قرارداد ماماها طرحی، رسمی، پیمانی و قراردادی است. ساعات قانونی کار آن‌ها بستگی به سابقه‌ی ایشان دارد ولی معمولاً موظفی‌شان بین ۱۴۰ تا ۱۷۰ ساعت در ماه است. (با توجه به شلوغی بیمارستان‌ها این ساعات کار متغیر است.)

اکثر خانم‌ها شرایط زایشگاه را با چشم خود دیده‌اند یا از کسانی شنیده‌اند. سخنی که از زبان بسیاری ماماها شنیده می‌شود فشار روانی و استرس‌زای بخش زایشگاه است. این شرایط باب میل هیچ‌کسی نیست و هر کسی از آن به‌عنوان خاطره‌ای ناخوشایند یاد می‌کند ولی ماماهاهایی که همیشه در چنین فضا و تحت این سطح از فشار کاری قرار دارند چه می‌شوند؟

کار در مکانی با چنین شرایطی، بدون داشتن نیروی کار لازم برای هر بیمار به‌مرور بر روان و احساسات نیروی کار شاغل در آن بخش اثر می‌گذارد. همین کمبود نیروی کار لازم در محیط زایشگاه باعث اضافه‌کاری اجباری و طاقت‌فرسا شده است. ساعات کاری زیاد همچنین امکان استفاده از مرخصی و تعطیلی را برای ماماها به‌مراتب سخت‌تر کرده است. در مورد مرخصی و تعطیلی باید گفت که ماماها اکثراً در دو بخش بیمارستان ایفای نقش می‌کنند: یکی زایشگاه و دیگری بخش پس از زایمان. مرخصی و تعطیلی در قسمت زایشگاه به‌مراتب سخت‌تر از بخش پس از زایمان است.

در کنار این‌ها باید این مسئله را هم در نظر گرفت که شرایط کاری ماماها در شهرهای بزرگ به‌نسبت شهرهای کوچک‌تر اغلب سخت‌تر است. چرا که تراکم جمعیتی شهرهای بزرگ‌تر بالاتر است و نمونه‌های سخت و پرچالش بارداری و زایمان در بیمارستان‌های این شهرها رسیدگی می‌شود.

در اعتراض‌های اخیر ماماها عنوان شد که نام ماما به‌مراقب‌ماما یا مراقب سلامت در شبکه‌ی بهداشت تغییر کرده است. این مسئله ماماها را بسیار ناراضی کرده و دچار چالش‌های هویتی شده‌اند. ممکن است ضمن خواندن این مطلب این سؤال پیش بیاید که چه اشکالی در تغییر نام و عنوان به‌مراقب‌ماما وجود دارد؟ در واقع نارضایتی آنان از این است که تجربه و توانایی و آموخته‌های ایشان در سال‌های تحصیل و اشتغال‌شان نادیده گرفته شده و از این مسئله که هویت حرفه‌ای آن‌ها دست‌کم گرفته می‌شود ناراضی‌اند.

در اعتراض اخیر ماماها در تهران، ایشان به مواد سه‌گانه‌ای اشاره داشتند که شامل مواد ۴۶، ۴۹ و ۵۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت‌اند. در این سه ماده ظاهراً مواردی بسیار مفید و حائز اهمیت در صورت اجرا شدن، هم برای سلامت مادران و هم ماماها، وجود دارد. این مواد را مختصر بررسی می‌کنیم.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش مکلف است جهت آموزش دانشجویان علوم پزشکی و کارکنان نظام سلامت با رویکرد افزایش رشد جمعیت و تأکید بر تأثیرات مثبت بارداری و زایمان طبیعی و ... اقدام نماید. (ماده ی ۴۶)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه‌ای فراهم کند که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد بیمه به صورت کاملاً رایگان انجام شود. (ماده ی ۴۹)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش مکلف است نسبت به ارتقای مهارت‌های کشور و افزایش تعداد ماماها ی فعال در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها به گونه‌ای اقدام کند که ظرف دو سال پس از اجرا شدن این قانون به ازای هر دو مادر در حال زایمان یک ماما در طول مدت فرایند زایمان حاضر باشد. (ماده ی ۴۹)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش مکلف است در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادر نوزاد و کاهش سالانه ی ۰.۵٪ از میزان زایمان غیرطبیعی در کشور اقدام نماید. (ماده ی ۵۰)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش مکلف است به آموزش و فرهنگ‌سازی برای زایمان طبیعی. (ماده ی ۵۰)

می‌بینیم که در ظاهر مواد ذکر شده در بالا، عبارات و نکات مثبتی ذکر شده است. بیایید اما با وسواسی کمی بیشتر قضیه را بررسی کنیم. این مواد کلی‌گویانه، متناقض و بدون توجهی به ریشه‌های مشکلات این حوزه نگارش شده‌اند. کلی‌گویی این مواد در قالب عباراتی چون "اقدام شود" و "انجام شود" و ... خصیصه‌های بسیاری از اسناد دولتی است که بدون ترسیم برنامه و تکالیفی مشخص و معین زمینه را فراهم می‌کند تا با انواع و اقسام توجیها ت و بهانه‌ها دولت و سرمایه‌داران (کارفرماها) از زیر بار مسئولیت خود شانه خالی کنند. تناقض این مواد در آن جایی است که هنگامی که در سطح کلان سیاست‌گذاری‌های حوزه ی بهداشت، درمان و سلامت و همچنین حوزه ی تغذیه ی جامعه مبتنی بر خصوصی‌سازی و نئولیبرالیسم است چگونه می‌توان اندک امیدی به بهبود شرایط آموزشی و کاری کارگران و همچنین بهبود کیفیت و کاهش هزینه‌های درمان برای آحاد کارگران داشت؟

مادامی که سیاست‌های کلان دولت به نفع سرمایه‌داران و به قصد رشد سرمایه است هیچ آیین‌نامه و قانون نیم‌بند و کلی‌گویانه‌ای نمی‌تواند اوضاع را تغییر دهد. مگر تعداد کم نیروی کار در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی ناشی از چیست؟ مگر دلایل رشد زایمان‌های غیرطبیعی و تغذیه‌ی نامناسب مادران باردار ناشی از چیست؟^۲ مگر کاهش رشد

^۲. بحث و جدل درباره ی دلایل رشد زایمان‌های غیرطبیعی (سزارین) بسیار است. در ایران چیزی بیش از ۵۰ درصد زایمان‌ها غیرطبیعی است. (مطابق یکی از آمارها ۵۶ درصد) این رقم ۳ برابر میانگین جهانی است. پیش از هر چیز باید چنین بحثی را بتوان به‌طور علمی و دقیق و به‌دور از منطق بازار و سود بررسی کرد که به قطع در جامعه ی سرمایه‌داری چنین چیزی ناممکن است. همین الان بیش از ۹۰ درصد زایمان‌ها در بیمارستان‌های خصوصی به‌صورت سزارین انجام می‌شود. همین نشان از سیطره ی منطق سود بر مسئله‌ای دارد که با جان مادران و فرزندان این سرزمین مرتبط است. از طرفی دیگر شرایط بهینه و مطلوب برای زایمان طبیعی در جامعه‌ای ممکن است که آحاد آن از امکانات اجتماعی مطلوبی برخوردار باشند و انواع و اقسام

جمعیت ناشی از چیست؟ همه‌ی این‌ها مگر ناشی از اوضاع وخیم اقتصادی طبقه‌ی کارگر در جامعه‌ی سرمایه‌داری نیست؟ پس چرا هیچ و مطلقاً هیچ اشاره‌ای به این مسائل نشده و در چنین موادی نشانه‌ای از هیچ برنامه و اقدامی برای حل ریشه‌ای این مشکلات نیست؟

اگر قرار است جمعیت جامعه افزایش یافته و نرخ زایمان طبیعی در جامعه به وضعیت طبیعی و نرمالش بازگردد هیچ راه حل قطعی‌ای مگر برطرف ساختن فقر در جامعه وجود ندارد. چرا دولت اعلام نمی‌کند که هزینه‌ی مسکن و تغذیه‌ی خانواده‌ی مادران باردار را متقبل می‌شود؟ چرا دولت و سرمایه‌داران هزینه‌های سرسام‌آور فرزندداری را بر دوش خانواده‌ها انداخته و سرسوزنی احساس مسئولیت نمی‌کنند؟ مگر ظرفیت ردیف‌های استخدامی در دست دولت نیست؟ چرا کارفرماهای بخش دولتی و خصوصی به حال خود رها شده و هرگونه که میل دارند با کارگران خود برخورد می‌کنند؟ و هزاران چرای دیگر که در چنین موادی به آن‌ها اشاره نمی‌شود. چرا که تمامی این پرسش‌ها تضاد طبقاتی در جامعه و نقش دولت در حفاظت از منافع سرمایه‌داران را رو می‌کند.

بنابراین گرچه تأکید ماماها‌ی معترض بر چنین آیین‌نامه‌ها و موادی به قصد بهبود شرایط شغلی و ارتقای کیفیت خدمات‌شان موجه و قابل درک است اما خوشبینی درباره‌ی چنین موادی و همچنین ندیدن ریشه‌ی طبقاتی مشکلات و نابسامانی‌ها در ادامه‌ی چنین اعتراضاتی آسیب‌زا خواهد بود.

سرنوشت اعتراضات ماماها و نگاه به آینده

طی این چند سال و پس از اعتراضات ماماها متأسفانه هیچکدام از مطالبات ایشان پیگیری نشده و به سرانجام موفق نرسیده است. یکپارچه نبودن و عدم اتحاد ماماها در فعالیت‌های صنفی خود و همکاران‌شان باعث بی‌نظمی در نوع اعتراضات‌شان شده است. بر ما روشن است که با چند بار اعتراض، آن هم به صورت نامنظم و بدون حمایت دیگر کارگران حوزه‌ی درمان، جواب قانع‌کننده‌ای از مسئولان نمی‌شنویم.

اگر این کارگران زحمتکش با مبارزه‌هایی پی‌درپی بتوانند تأسیس و ایجاد یک تشکل کارگری مستقل را درپیش بگیرند، این چنین، اعتراضات و مطالبات‌شان نادیده و به دست فراموشی سپرده نمی‌شود. ماماها در اعتراض‌هایشان اشاره‌ای به نهاد نظام مامایی داشته‌اند اما این نهاد در وضعیت انفعالی به سر می‌برد و فرسنگ‌ها با یک تشکل صنفی-کارگری مستقل برای ماماها فاصله دارد.

تنش‌های اقتصادی و اجتماعی جسم و روان‌شان را مورد هجوم قرار ندهد. مگر چنین چیزی برای زنان و مادران طبقات زحمتکش جامعه‌ی طبقاتی ما ممکن است؟

آگاهی در دسترس و موجود قشر ماما به صورت انفرادی و غریزی از طرف این کارگران شریف به هم منتقل می شود اما ضرورت تشکیل یک تشکل صنفی مستقل در این جا به وضوح دیده می شود. واقعیت این است که ضرورت تأسیس چنین نهادی نه فقط از دریچه‌ی اعتراض مداوم به وضعیت بلکه با پشتوانه‌ی آگاهی و وحدت طبقاتی کارگران نظام درمان و بهداشت به دست می آید. آگاهی طبقاتی و توان همگانی و یکپارچه‌ی افراد در چنین تشکلی نشان دهنده‌ی پافشاری و استقامت کارگران درمان در به دست آوردن مطالباتش است.

در پایان به صورت خلاصه مواردی را در نقد اعتراضات و مطالبات ماماها ذکر می کنیم به این امید که منجر به مباحثه و پیش روی در مسیر مطالبه‌گری این قشر زحمتکش از کارگران درمان شود:

با توجه به متن اعتراضات و مصاحبه‌هایی که وجود دارد، می توان دریافت که ماما‌های کشور متأسفانه خود را به عنوان بخشی از طبقه‌ی کارگر نمی بینند. آن‌ها گمان می کنند که با پزشکان زنان و زایمان در یک طبقه‌ی اجتماعی قرار دارند. این نگاه ایدئولوژیک آن‌ها نسبت به جایگاه خود و پزشکان باعث گمراهی و کم کاری ایشان در فعالیت‌های صنفی‌شان شده است.

ماماها همانند دیگر هم طبقه‌ای‌هایشان می توانند به طور صریح مطالبات‌شان را درباره‌ی دستمزد بیشتر، ساعات و فشار کاری کمتر، امکانات رفاهی بیشتر و ... بیان کنند بی آن که احتیاج داشته باشند برای رسیدن به اهداف خود از مفاد قوانینی استفاده کنند که ردونشان منافع طبقات حاکم را دارند و با این پیش فرض نگارش شده‌اند که جان انسان‌های زحمتکش این جامعه وسیله‌ای برای سودآوری است.

با توجه به گفته‌های ماما‌های معترض در اعتراض اخیر، آن‌ها در طول تحصیل خود ساعات آموزشی تئوری و بالینی دو برابر میانگین استاندارد کنفدراسیون بین‌المللی مامایی را گذرانده‌اند. این مسئله ماما‌هایی خبره و توانمند در سطح کشور پرورش داده که در کشور ما مورد توجه قرار نمی گیرند و شرایط سخت شغلی و زندگی‌شان شرح داده شد. به همین دلیل ماما‌هایی که اقدام به مهاجرت به خارج از کشور کرده‌اند در بهترین مراکز و دانشگاه‌ها جذب شده‌اند. سؤال اما اینجاست که آیا با مهاجرت مشکلات حل می شوند؟ مبارزه‌ی جمعی برای بهبود شرایط همواره بر راهکارهای فردگرایانه و با نتایج نامعلوم ارجحیت دارد؛ هر اندازه این مبارزه طولانی مدت باشد.

اگر کارگران درمان نگاهشان به موقعیت و شرایط کاری‌شان طبقاتی باشد آنگاه آنان خود را همچون صنفی واحد خواهند دید که باید در اعتراض‌ها و مطالبه‌های یکدیگر به کمک هم بشتابند. متأسفانه این نکته در اعتراض‌های بخش درمان کم‌رنگ و نگاه صنفی‌گرایانه میانشان پررنگ است. خوشبختانه در مورد اخیر اعتراض پرستاران شهر مشهد به وضعیت صنفی خود شاهد پیوستن ماماها به صف اعتراض بودیم. باید تلاش کرد که چنین اتحادهایی نه فقط میان پرستار و ماما بلکه میان تمامی کارگران بخش درمان کشور پرشمار شود.

ما شاهد اعتراض‌های پی‌درپی کارگران درمان در کشورهای مختلفی مثل بریتانیا، کره‌ی جنوبی و ... بوده‌ایم. می‌بینیم که مشکلات نظام سلامت و اعتراض کارگران درمان صرفاً برای یک کشور یا منطقه نیست. اینجاست که باید آگاهی خود را نسبت به شرایط موجود، چه در کشور خودمان و چه در کشورهای دیگر، مورد بررسی قرار دهیم تا متوجه ریشه‌ی طبقاتی این مشکلات شویم و بکوشیم با اتحاد و همدلی طبقاتی روزبه‌روز در مبارزه‌مان برای زندگی بهتر پیش برویم.