



حقوق زنان در بارداری و زایمان

پدیدآورنده (ها) : نوری زاده، رقیه؛ دانش کهن، عباس؛ باختری اقدم، فاطمه
(علمی-۲۱ - شماره ۱۹۳۱ حقوق :: نشریه حقوق پزشکی :: تابستان) /CSI/

۱۱۷۱ از ۶۸۱ پژوهشی

آدرس : <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1101344> تا

ثابت

مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) جهت ارائه مجلات عرضه شده در پایگاه، مجوز لازم را از صاحبان مجلات، دریافت نموده است، بر این اساس همه حقوق مادی برآمده از ورود اطلاعات مقالات، مجلات و تألیفات موجود در پایگاه، متعلق به "مرکز نور" می باشد. بنابر این، هرگونه نشر و عرضه مقالات در قالب نوشتار و تصویر به صورت کاغذی و مانند آن، یا به صورت دیجیتالی که حاصل و بر گرفته از این پایگاه باشد، نیازمند کسب مجوز لازم، از صاحبان مجلات و مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) می باشد و تخلف از آن موجب پیگرد قانونی است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه [فوائین و مقررات](#) استفاده از پایگاه همجلات تخصصی نور مراجعه فرمائید.



پایگاه مجلات تخصصی نور

حقوق زنان در بارداری و زایمان

رقیه نوری زاده^۱

عباس دانش کهن

فاطمه باختری اقدم

چکیده

هدف پنجم توسعه هزاره (بهبود سلامت مادران) در کاهش مرگ مادران به ۷۵ درصد تا سال ۲۰۱۵م. خلاصه می شد که در سال ۲۰۰۷م، رهبران جهان، هدف دیگری را در آن گنجانده و آن دسترسی جهانی به بهداشت باروری بود. هیچ کدام از اهداف دیگر توسعه، بدون ارتقاء حقوق باروری زنان و حفظ سلامت مادران قابل دسترسی نیستند. این مهم نشان می دهد که چرا سیاست گذاران باید به حفظ حیات مادران اولویت داده و برای دستیابی به هدف پنجم توسعه، سرمایه گذاری هدفمند نمایند. نابرابری های جنسیتی، نظام های سلامت ناعادلانه، توزیع نامتناسب نیروی انسانی، سیاستگذاری نادرست و در نظر گرفتن اولویت کمتر برای سلامت در مقایسه با سایر بخش ها، توزیع نامتناسب امکانات و بودجه که منجر به محرومیت اقلیت و حاشیه نشین ها گردد، از مؤلفه های اجتماعی قوی و مؤثر در مرگ مادر می باشند.

واژگان کلیدی

مرگ مادر؛ هدف پنجم توسعه هزاره؛ حقوق زنان

^۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر مرکز مدیریت سلامت کشوری

حقوق زنان در بارداری و زایمان

در سطح جهان، اهداف توسعه هزاره به عنوان روشی برای پایان دادن به فقر پذیرفته شده است اما یک نکته مهم، هنوز چنانکه باید درک نشده است و آن اینکه هیچکدام از اهداف دیگر توسعه، بدون ارتقاء حقوق باروری زنان و حفظ سلامت مادران قابل دسترسی نیستند. این مهم نشان می‌دهد که چرا سیاستگذاران باید به حفظ حیات مادران اولویت داده و برای دستیابی به هدف پنجم توسعه، سرمایه گذاری هدفمند نمایند. در سال ۲۰۰۰م، ۱۸۹ کشور برای پایان بخشیدن به فقر از طریق دستیابی به اهداف توسعه هزاره متعهد گردیدند. هدف پنجم توسعه (بهبود سلامت مادران) در کاهش مرگ مادران به ۷۵ درصد تا سال ۲۰۱۵م. خلاصه می شد که در سال ۲۰۰۷م، رهبران جهان، هدف دیگری را نیز در آن گنجانند و آن دسترسی جهانی به بهداشت باروری بود. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰م، ص ۳)

نشانگرهای مورد نیاز برای هدف پنجم توسعه هزاره شامل:

الف - کاهش مرگ مادران ۱.

نسبت مرگ مادر^۱

۲. درصد زایمان های انجام گرفته توسط کارکنان حرفه

ای ب - دسترسی همگانی به خدمات بهداشت باروری ۱.

میزان پوشش تنظیم خانواده

۲. میزان زایمان نوجوانان

۳. پوشش مراقبت های دوران بارداری

۴. نیازهای برآورد نشده تنظیم خانواده

نشانگرهای بهداشت باروری بهترین محک برای آزمون موفقیت سیستم بهداشتی در راه رسیدن به حقوق باروری زنان هستند. گروهی نشانگرهای بهداشت باروریرا محور سلامت عمومی می دانند، به عبارتی نشانگرهای این حیطه مثل نسبت مرگ و میر مادران، درصد زایمانهای انجام شده توسط فرد حرفه ای و... فقط شاخص های بهداشتی نیستند، بلکه شاخص توسعه نیز می باشند و نشان می دهند که جوامع تا چه اندازه به سلامتی زنان خود اهمیت می دهند. هدف از انجام این مطالعه بررسی نشانگرهای هدف پنجم توسعه هزاره در جهان و ایران، دستاوردها و چالش های پیش روی سلامت باروری می باشد تا با به کارگرفتن شواهد موجود، راهکارهایی در جهت کاهش مرگ مادر و ارتقاء حقوق باروری زنان ارائه گردد.

روش

این پژوهش، مطالعه مروری است که با مطالعه اسناد علمی و آمار منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت ملل متحد و نیز تعدادی از مستندات الکترونیکی شورای سیاست گذاری سلامت تنظیم شده است.

در سال ۲۰۰۴م، فدراسیون بین المللی تنظیم خانواده^۲، ترویج ۱۲ حق را به عنوان حقوق بهداشت باروری در سطح بین المللی در دستور کار خود قرار داده است که حق حیات مهمترین آنهاست. یعنی زندگی هیچ زنی نباید به واسطه حاملگی، زایمان یا موارد مرتبط با باروری در معرض خطر قرار گیرد. تقریباً تمام موارد مرگ مادر

در کشورهای در حال توسعه بخصوص در اقصای فقیر و آسیب پذیر رخ می دهد. در واقع مرگ مادر معرف یکی از بزرگ ترین نابرابری های بخش سلامت بین کشورهای فقیر و ثروتمند و نیز بین فقرا و ثروتمندان ساکن در یک کشور میباشد. بنابراین برای هدف جلب حمایت^۳ از طریق جلب توجه دولتها به چالشهای وسیع رودرروی آنان و توجه به برنامه مادری سالم^۴، نشانگر مفید یاست. این نشانگر، دامنه مسأله مرگ مادر را در کشورها نشان می دهد و به عنوان محرکی برای عمل می باشد. همچنین به تعیین اولویت ها کمک میکند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م، ص ۱۳) به عنوان مثال، در مناطقی که میزان مرگ مادر بین ۲۵۰-۵۰ در صد هزار میباشد، کمبودها به کیفیت مراقبت ها در لیبر و زایمان برمی گردد اما در مناطقی که این نسبت به بیش از ۲۵۰ در صد هزار برسد، کمبود دسترسی به خدمات مطرح می شود. (کمبل، فیلیپی، کبلینسکی و همکاران، ۱۹۹۷م.)

علل مرگ مادر

شایع ترین علل مرگ مادر در کشورهای در حال توسعه به ترتیب شامل خون ریزی، فشار خون مرتبط با بارداری و اکلامپسی، عوامل غیرمستقیم مانند مالاریا، لیبر و بیماری های قلبی، دیگر دلایل مستقیم مانند عدم پیشرفت لیبر، عوارض بیحسی یا سزارین و بارداری نابجا، سقط، سپسیس و آمبولی می باشد (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۰م.)، شایع ترین علل مرگ مادر در ایران طی سال های ۱۳۸۴-۱۳۷۶ش، به ترتیب خون

ریزی، اکلامپسی، عفونت و بیماری قلبی درمان نشده بود که بیانگر اختلال عملکرد در موارد اورژانس مامایی میباشد، لذا به کارگیری سه استراتژی جهانی در بهبود سلامت مادران و بهداشت باروری ضروری است:

الف - دسترسی به مشاوره، خدمات و وسایل تنظیم خانواده

ب - دسترسی به مراقبت با کیفیت در مراقبت های دوران بارداری و حضور افراد آموزش دیده به هنگام زایمان (یونیسف، ۲۰۱۰م.) و تجهیز مراکز به امکانات فوریت های مامایی و زایمان

ج - دسترسی به خدمات سقط ایمن در صورت قانونی بودن آن

از طرفی، مراقبت های بلافاصله بعد از زایمان و پیشگیری از بارداری های زودهنگام در نوجوانان میتوانند از بروز موارد مرگ مادر پیشگیری نمایند. سالانه در جهان، ۱۶ میلیون نوجوان ۱۹-۱۵ ساله زایمان می کنند. عوارض بارداری، شایع ترین علت مرگ نوجوانان در کشورهای در حال توسعه است. در این میان، عدم آگاهی نوجوانان از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری از عوامل مهم به شمار می آید. متوسط جهانی میزان بارداری نوجوانان ۱۹-۱۵ سال در جهان، ۴۸ در هزار و در ایران، ۱۸ در هزار می باشد.

در کل، عدم رعایت حقوق بشر در مورد زنان، منجر به نابرابری های وسیعی در موارد مرگ مادر در داخل و بین کشورها شده است. در کانادا کشوری که آموزش، تنظیم خانواده و خدمات مراقبت بهداشتی به طور وسیعی در دسترس همه است، ۱ در ۱۱۰۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان می میرند، این در حالیست که در

نیجر که فقر و نظام به هم ریخته مراقبت سلامت با میزان باروری بالا همراه است، مرگ های مرتبط با بارداری، یک هفتم زنان را دربر می گیرد.

(ویلوس، ۲۰۰۹م.، ص ۲۵۶) در تمام مناطق، زنان فقیر، روستایی و ساکن در مناطق جنگ زده با بیشترین خطر مرگ مادر مواجه هستند. زنان ^{HIV} مثبت نیز بیشترین خطر مرگ مادر را دارند. (ترسیرا، گرگسون، زاها و همکاران، ۲۰۰۳م.، ص ۱۴۹) در آفریقای زیر صحرا، ایدز، مسول ۶۰ درصد هزار مرگ مادر میباشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰م.، ص ۱۵) شیوع ویروس ^{HIV} در بین بزرگسالان ۴۹-۱۵ ساله ایرانی، ۰/۲٪ و مرگ به علت ایدز در سال ۲۰۰۹م.، ۸/۶ درصد هزار جمعیت (هورون، ۲۰۰۵م.، ص ۴۷۸ و سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸م.، ص ۱۳) تخمین زده شده است.

اگرچه میزان درآمد سرانه ناخالص ملی^۵ و داخلی^۶ بر نسبت مرگ مادر تأثیرگذار است (بانک جهانی، ۲۰۱۰م.، ص ۳ و هستون، سامرس و آتن، ۲۰۰۹م.). اما مسائلمدیترتی و توزیع مناسب خدمات، نقش مهم تری ایفا میکنند. از طرف دیگر، نسبت مرگ^۷ مادران در داخل یک کشور با درآمد سرانه یکسان، تفاوت های وسیعی را نشان میدهد که مطرح کننده نقش عوامل بسیاری در شانس بقای زنان در دوران بارداری و به هنگام زایمان میباشد. این عوامل عبارتند از: هنجارهای فرهنگی، وضعیت اجتماعی زنان و ب هکارگیری روشهای بهداشتی سنتی، ثبات سیاسی و جنگ و بحران های

نظامی. در این میان، اراده و تعهد سیاسی دولت‌ها جهت تضمین بارداری و زایمان ایمن برای زنان ضروری است.

روند کاهش مرگ مادر در جهان و ایران

سالانه بین ۵۰۰۰۰۰-۳۵۰۰۰۰ دختر و زن به دلایل مرتبط با بارداری می‌میرند. در حالی که تعداد مرگ‌ها رو به کاهش است اما سرعت کاهش آن مناسب نیست. در واقع، از بین هشت هدف توسعه هزاره سوم، هدف پنجم کمترین پیشرفت جهانی را داشته است و در بین اهداف سلامت مرتبط با توسعه هزاره، کمترین بودجه به این هدف اختصاص یافته است این در حالیست که سالانه بین ۲۰-۱۵ میلیون دختر و زن از عوارض بارداری و زایمان رنج می‌برند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰م، ص ۱۰)

در سال ۲۰۰۸م، حدود ۳۵۸۰۰۰ مرگ مادر در جهان رخ داد که کاهش ۳۴ درصدی نسبت به سال ۱۹۹۰م. نشان میداد. (ویلموس، مترس، سی و همکاران، ۲۰۱۰م، ص ۷۱۸) علت اغلب این مرگ‌ها، عدم دسترسی به مراقبت‌های تخصصی معمول و اورژانس بود، حال آنکه با رعایت حقوق مقرر برای سلامت زنان طبق هدف پنجم توسعه هزاره، این میزان باید ۵/۵ درصد در سال کاهش می‌یافت. در کل ۱۴ کشور، متوسط کاهش سالانه ۵/۵ درصدی را در فواصل ۲۰۰۸-۱۹۹۰م. داشته اند که ایران با ۸/۹ درصد کاهش در سال (۸۰ درصد کاهش نسبت به ۱۹۹۰م.) رتبه

سوم را داراست، به طوری که مرگ مادر در ایران از ۱۵۰ در صد هزار در سال ۱۹۹۰م. به ۲۲/۴ درصد هزار رسیده است و در آستانه رسیدن به هدف پنجم توسعه (حدود ۱۶ مرگ مادر درصد هزار تولد زنده) تا سال ۲۰۱۵م. هستیم. با این وجود هنوز هر سال حدود ۲۵۰ مورد مرگ مادر در کشور رخ می دهد. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰م، ص ۱۸)

علل کاهش مرگ مادر

دلایل متعددی در کاهش جهانی مرگ مادر از سال ۱۹۹۰م. به بعد وجود دارد که از آن جمله میتوان به بهبود نظام های سلامت و آموزش زنان اشاره نمود. از طرفی بهبود سایر نشانگرهای هدف پنجم توسعه هزاره در کشورهای در حال توسعه، دلیل مهم دیگری بر کاهش مرگ مادران می باشد. به عنوان مثال، میزان زایمانهای انجام گرفته توسط افراد حرفه ای از ۵۳ درصد در سال ۱۹۹۰م. به ۶۶ درصد در ۲۰۰۸م. رسید. در همین مدت، میزان حداقل یکبار ویزیت زنان در طی بارداری توسط افراد حرفه ای از ۶۴ درصد به ۷۸ درصد رسید. (دنوکس تارائوکس و همکاران، ۲۰۰۵م، ص ۶۸۴) در شرق آسیا که بیشترین کاهش مرگ مادر را از سال ۱۹۹۰م. به بعد تجربه نموده است، میزان پوشش تنظیم خانواده به ۸۶ درصد رسیده است، در حالی که در آفریقای زیر صحرا که کمترین کاهش مرگ مادر را داشته، پوشش تنظیم خانواده

۲۲ درصد می باشد. متوسط میزان پوشش تنظیم خانواده در ایران، ۷۳/۳ درصد می باشد. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸م.، ص ۲۸)

از دیگر دلایل کاهش مرگ مادران میتوان به افزایش جهانی سهم هزینههای سلامت از درآمد سرانه ناخالص داخلی و کاهش متوسط جهانی سهم هزینههای پرداختی از جیب مردم اشاره نمود.

علاوه بر موارد فوق، از دیگر علل کاهش مرگ مادر در کشور می توان به بهبود زیرساخت های جاده ای و حمل و نقل و نیز راه اندازی نظام مراقبت مرگ مادر در کشور از سال ۱۳۸۰م. و تشکیل کمیتههای دانشگاهی و کشوری مرگ مادر در راستای آن برای رسیدگی به علت مرگها و انجام مداخلات لازم ب هازای هر مورد مرگ مادر، جهت پیشگیری از وقوع مرگ های بعدی اشاره نمود.

علل عدم تحقق جهانی هدف پنجم توسعه هزاره در مورد مرگ مادر علیرغم تعهدات و تلاش جامعه جهانی، مشکلات متعدد کشورهای در حال توسعه، مشکلاتی نظیر رخداد بلایای طبیعی و معضلات ناشی از آن، محدودیت بودجه سلامت، نارسایی نظام خدمات سلامت، سل، ایدز، عفونت های انگلی مانند مالاریا و در نهایت تبعیض جنسی که مانع قرار گرفتن سلامت زنان در اولویت میباشد، از علل احتمالی کاهش ناکافی میزان مرگ مادران میباشد. هدف پنجم توسعه هزاره در صورتی قابل دستیابی میباشد که حقوق بشر زنان، در مرکز معادله جهانی قرار گیرد.

در حال حاضر، ۲۰۰ میلیون زن در جهان، دارای نیاز برآورد نشده در زمینه پیشگیری از بارداری هستند. زنان متأهل آفریقای زیر صحرا، مرکز و جنوب آسیا، بیش از نیمی (۵۸٪) از زنان دارای نیاز برآورد نشده را تشکیل می‌دهند. مهمترین علل آن عبارتند از: دانش ناکافی در مورد روش های پیشگیری از بارداری، ترس از مقبولیت اجتماعی، نگرانی در مورد عوارض جانبی و مخالفت همسر. این زنان در معرض خطر بیشتری برای بارداری ناخواسته، سقط غیر ایمن، بیماری ها و مرگ مادر هستند. (صندوق جمعیت ملل متحد، ۲۰۰۹م، ص ۳) تضمین رعایت حقوق جنسی و باروری، مؤثرترین راه کاهش میزان کلی سقطها (ایمن و غیرایمن) کاهش میزان بارداریهای ناخواسته از طریق افزایش استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری است. در ایران از ۷۳/۳ درصد کل پوشش تنظیم خانواده، حدود ۵۵/۹ درصد افراد از روشهای مدرن تنظیم خانواده استفاده میکنند و ۱۸ درصد زوجین به روشهای سنتی تکیه دارند. نرخ رشد جمعیت از حالت انفجاری در سال های دهه ۶۰ به ۱/۲ یعنی رشد متوسط در حال حاضر رسیده است. بنابراین خدمات تنظیم خانواده به لحاظ کمی در کشورمان موفق عمل کرده است اما هنوز ۱۸/۶ درصد بارداریها ناخواسته میباشند، این در حالی است که دو سوم این زنان در حال استفاده از یک روش پیشگیری، باردار شده اند و این مشکل آشکارا به این معناست که مشاوره

مراکز بهداشتی درمانی به قدر کافی مؤثر نبوده است و کیفیت خدمات تنظیم خانواده در کشور مناسب نیست.

کمبود مراقبین بهداشتی در ۳۸ کشور جهان، یکی دیگر از عوامل روند کند کاهش مرگ مادران بوده است. بعضی کشورها نیاز به افزایش بیش از ۱۰ برابر در تعداد ماماها دارند. در جهان طی سال های ۲۰۰۸-۲۰۰۰م، ۶۳ درصد زایمانها توسط کارکنان حرفه ای (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴م) سلامت صورت گرفته و یک سوم زنان جهان، هنوز در حضور افراد غیرحرفه‌ای زایمان میکنند. در حال حاضر، ۵۸ کشور جهان دارای بیشترین تعداد مرگ مادر می باشند. بیشتر این کشورها از کمبود شدید نیروی انسانی در بخش سلامت رنج می برند. این درحالیست که ۸۱ میلیون زایمان در سال ۲۰۰۹م. (۵۸ درصد کل زایمانهای جهان در همان سال) متعلق به این کشورها بود. در واقع ۵۸ درصد از زایمان‌های جهان توسط کمتر از ۱۷ درصد کارکنان حرفه ای سلامت صورت می‌گیرد و وضعیت ناعادلانه جهان در این زمینه، منجر به نسبت نامتناسب مرگ مادر شده‌است. در کل، ۹۱ درصد بار جهانی مرگ مادر، متعلق به این ۵۸ کشور می باشد.

(صندوق جمعیت ملل متحد، ۲۰۱۱م، ص ۶) لازم به ذکر است که بروز مرگ مادر علاوه بر میزان دسترسی به مراقبین حرفه ای زایمان، به کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراقبین حرفه‌ای (هاروی، بلندون، مک کاوینس و همکاران، ۲۰۰۷م، ص ۷۳۳) و میزان دستیابی به درمان پشتیبان در مواقع بروز عوارض عمده مامایی (به ویژه ترانسفوزیون خون و سزارین) بستگی دارد.

در جهان، ب‌ه‌طور متوسط ۸۰ درصد زنان، حداقل یکبار و ۵۳ درصد حداقل چهار بار مراقبت دوران بارداری را دریافت می‌نمایند. در ایران، این میزان به‌ترتیب ۹۹ درصد و ۹۴ درصد می‌باشد. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱م، ص ۱۷) ۹۷ درصد زایمانها در کشور توسط افراد آموزش دیده انجام می‌شود که جهت پرنمودن خلاء حقوق باروری زنان کشورمان در این زمینه، هم‌اکنون طرح تربیت بهورز ماما برای پوشش ۲/۷ درصد زایمان‌های انجام گرفته توسط افراد آموزش ندیده در جریان است. در حال حاضر، حدود ۴۵ درصد زنان روستایی سیستان و بلوچستان با کمک نیروهای آموزش ندیده زایمان میکنند اما در بسیاری از استان‌های دیگر این میزان کمتر از ۵ درصد می‌باشد. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸م، ص ۳۴) در کشور ما مشکل به‌کارگیری و توزیع متناسب نیروی انسانی در نظام خدمات بهداشتی با توجه به بودجه محدود دولت مطرح می‌باشد.

در حال حاضر، ۴۰ درصد زایمانها در کشور به روش سزارین انجام می‌شود. در حالی که سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌کند در هر منطقه‌ای از دنیا حدود ۱۵ درصد از زایمان‌ها اندیکاسیون صحیح به روش سزارین دارند. آمار متوسط انجام سزارین در دنیا حدود ۲۵ درصد می‌باشد و آمار سزارین در ایران ۱۵ درصد بیشتر از متوسط جهانی است. زایمان در ایران به‌طور چشمگیری مدیکالیزه شده و بارداری و زایمان به‌عنوان فرایند پاتولوژیکی که نیازمند پایش و مراقبت‌های

شدید از سوی پزشکان میباشد تفهیم شده است. این نگرش، درک نقش مادر به عنوان بیمار را تقویت کرده و منجر به کاهش حس کنترل زنان بر بدن خویش، کاهش اعتماد به نفس آنان جهت انجام زایمان طبیعی و تضييع حق انتخاب آگاهانه زنان کشورمان در رابطه با روش زایمانشان شده است. کاهش میزان سزارین به ۲۵ درصد تا سال ۱۳۹۴ش. جهت ارتقای سلامت مادران هدف گذاری شده است که برای تحقق آن باید پوشش زایمان بدون درد دارویی و غیردارویی کشور از ۰/۹ درصد به ۵۰ درصد تا سال ۱۳۹۴ش. برسد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹ش.، ص ۲۵۲) که متأسفانه با روند فعلی دستیابی به آن غیرممکن می باشد.

مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم اسلامی

نتیجه

در کل عدالت بر درآمد، آموزش زنان، کاهش سهم هزینه های پرداختی از جیب مردم^۷ و عملکرد مؤثر دولت ها منجر به پوشش بالای زایمان ها توسط مراقبین حرفه ای می شود. نابرابریهای جنسیتی، نظام های سلامت ناعادلانه، توزیع نامتناسب نیروی انسانی، سیاستگذاری نادرست و در نظر گرفتن اولویت کمتر برای سلامت در مقایسه با دیگر بخشها، توزیع بد امکانات و بودجه که اقلیت و حاشیه نشین ها را محروم میکند از م ولفه های اجتماعی قوی و مؤثر در مرگ مادر میباشند.

مداخلات جهانی پیشنهادی برای کاهش مرگ مادر را میتوان بدین شرح بیان نمود (کیمون، ۲۰۱۰م):

تلاش ها باید بر افزایش دسترسی به مداخلات مؤثر و بهبود کیفیت مراقبت ها متمرکز شوند که عبارتند از:

الف - افزایش مشارکت و حمایت دولت ها در اجرای برنامه های جامعه محور در راستای بهبود دسترسی به خدمات بهداشت باروری: در این راستا توجه به ویژگی های فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی متفاوت در ایران نیز ضروری به نظر می رسد. مثلاً با توجه به رواج زایمان در منزل در استان سیستان بلوچستان، آموزش و تشکیل تیم زایمان در منزل در این منطقه ضروری به نظر میرسد. از طرفی برای ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده در کشور باید زمان های خاص برای مراجعه

زنان شاغل طراحی گردد. همچنین باید گام هایی در جهت ارتقای مشارکت مردان برداشته شود. در این راستا ایجاد مراکز مخصوص مردان و یا تخصیص زمان خاص برای مراجعه مردان ضروری به نظر می رسد.

ب - بسته خدماتی جامع و ادغام یافته از مداخلات ضروری: منظور استانداردسازی مراقبت های تخصصی در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح بیمارستانی در قالب بیمارستانهای دوستدار مادر میباشد که هدف آن بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی بهویژه در فوریت های مامایی و زایمان است.

ج - تقویت نظامهای سلامت برای ارائه خدمات با کیفیت، ب هویژه در جوامع محروم و توجه به سلامت مادران در بحران: از جمله این موارد می توان به اعزام تیم نجات مادر به مناطق دوردست و صعبالعبور با ه لیکوپتر و تجهیز مراکز فوریت های مامایی و زایمان، نیز به کاهش هزینههای پرداختی از جیب مردم جهت کاهش آتی موارد مرگ مادر در کشور اشاره نمود.

د - ظرفیت سازی و توانمندسازی نیروی کار بهداشتی درمانی: در این راستا اجرای سطح بندی خدمات پری ناتال در کشور پیشنهاد می شود. سطح بندی به منظور توزیع عادلانه خدمات و حفظ اعتدال بین بیمارستان ها از نظر کادر، تجهیزات و دسترسی می باشد. رویکرد این برنامه، استانداردسازی ارائه خدمات مادر و نوزاد و نیز استانداردسازی انتقال ها می باشد.

و - نوآوری ها و پژوهش هایی در جهت تقویت مؤسسات و برنامه های بهداشت باروری: در کشور ما، پر کردن خلاء داده ها و اطلاعات در برخی موارد مانند سقط جنین ضروری به نظر می رسد.

ه- طراحی و توسعه مکانیسمهای پایش و پاسخگو همراه با درگیری جامعه برای شناسایی موانع فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی در سلامت مادران و کمک به بهبود سیاست ها و برنامهها: در این راستا، ارتقای نظام مراقبت مرگ مادری به نظام مراقبت سلامت مادری (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹ش، ص ۱۷) و تقویت هماهنگی درون بخشی و بین بخشی در ارتقای سلامت مادران مهم به نظر می رسد.

ی - افزایش سرمایه گذاری در سلامت مادر و کودک: در کشور ما تأمین اعتبار مورد نیاز برای عملیاتی ساختن پروتکل های استاندارد در زمینه ارائه خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان، راهاندازی کلاس های آمادگی برای زایمان، تبدیل بیمارستان های موجود به بیمارستان های دوستدار مادر و کاهش میزان سزارین، اجرای پروتکل های بیمارستانی و اجرای کامل طرح اسکان مادران باردار نیازمند و در معرض خطر در جوار بیمارستان در اواخر بارداری با مشکل مواجه است. استفاده از حمایت های سازمان های غی دولتی و خیرین در سطح ملی، راه حلی امیدبخش به نظر می رسد.



پی نوشت ها

- ۱- Maternal mortality ratio
- ۲- International Planned Parenthood Federation
- ۳- Advocacy
- ۴- Safe Motherhood
- ۵- Gross National Income Per Capita
- ۶- Gross Domestic Income Per Capita
- ۷- Out of Pocket

فهرست منابع

Campbell O, Filippi V, Koblinsky M, Marshall T, Mortimer J, Pittrof R, et al. Lessons learnt: a decade of measuring the effects of safe motherhood programmes. DFID Research Work Programme on Population and Reproductive Health, Maternal and Child Epidemiology Unit. London

Deneux-Tharaux C, Berg C, Bouvier-Colle M.H, Gissler M, Harper M, et al. School of Hygiene & Tropical Medicine, ۱۹۹۷

Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstetrics and Gynecology* ۲۰۰۵; ۱۰۶: ۶۸۴-۶۹۲

Harvey SA, Blandón YCW, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina L et al. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results, and a way forward. *Bulletin of the World Health Organization* ۲۰۰۷; ۸۵(۱۰): ۷۳۳-۸۲۰, Available from:

(www.who.int/bulletin/volumes/۸۵/۱۰/۰۶-۰۳۸۴۵۵/en), accessed ۱۲

Heston A, Summers R, Aten B. Penn World Table Version ۶.۳, Center for August ۲۰۰۹)

International Comparisons of Production, Income and Prices at the

Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the University of Pennsylvania, ۲۰۰۹ magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of*

International Conference of Population & Development (ICPD) Public Health ۲۰۰۵; ۹۵: ۴۷۸-۴۸۲ +۱۵).

Expectations: Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and International Planned Parenthood Federation (IPPF). Making abortion rare,

Highlighting the Urgency for Action, UNFPA ۲۰۰۹, PP: ۳-۱۱. safe, legal, technical knowledge and support. ۲۰۰۴. Available from: [http:// ippf.org](http://ippf.org)

Ki-moon B. Global strategy for women's and children's health, ۲۰۱۰ Ministry of Health & Medical Education. Achievements, challenges and health system's vision of Islamic Republic of Iran. Vol. ۲, Health Policy Ministry of Health & Medical Education. National maternal mortality Council ۱۳۸۹, PP: ۲۵۲-۵۹

Terceira N, Gregson S, Zaba B, Mason P. The contribution of HIV to surveillance system. ۳rd ed, Tandis ۱۳۸۹, PP: ۱۷-۲۳ fertility decline in rural Zimbabwe, ۱۹۸۵-۲۰۰۰. Population Studies ۲۰۰۳;

The World Bank. Global economic prospects: Crisis, finance, and growth. ۵۷: ۱۴۹-۱۶۴

Washington DC ۲۰۱۰, PP:۳-۶

UNFPA. The State of World's Midwifery ۲۰۱۱: Delivering Health, Saving Lives, supported by ۳۰ partners. New York ۲۰۱۱, PP: ۶

UNICEF global databases, ۲۰۱۰. Available from: (http://www.childinfo.org/delivery_care_countrydata.php, accessed ۵ March ۲۰۱۰).

United Nations Millennium Development Goals Report. New York: United

Wilmoth J. The lifetime risk of maternal mortality: concept and Nations, ۲۰۱۰ measurement. Bulletin of the World Health Organization ۲۰۰۹; ۸۷: ۲۵۶۲۶۲

Wilmoth J, Mathers C, Say L, Mills S. Maternal deaths drop by one-third from ۱۹۹۰ to ۲۰۰۸: a United Nations analysis. Bulletin of the World Health Organization ۲۰۱۰; ۸۸:۷۱۸

World Health Organization. National-level monitoring of the Achievement of universal access to reproductive health: Conceptual and practical

considerations and related indicators. Report of a WHO/UNFPA Technical Consultation, ۱۳-۱۵ March ۲۰۰۷, Geneva: WHO, ۲۰۰۸; PP:

World Health Organization. Building knowledge base on the social ۱۳-۲۳ determinants of health: review of ۷ countries in EMRO, WHO Regional

World Health Organization Publication, Eastern Mediterranean Series ۳۱,

Cairo ۲۰۰۸, PP: ۲۸-۳۴. Making pregnancy safer: the critical role of the

skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva:

World Health Organization WHO ۲۰۰۴ World health statistics, WHO ۲۰۱۱, PP: ۱۷-۳۱

World Health Organization. Trends in maternal mortality: ۱۹۹۰ to ۲۰۰۸; Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank,

World Health Organization. Reproductive health indicators: guidelines for WHO ۲۰۱۰, PP: ۳-۲۲ their generation, interpretation and analysis for global monitoring, WHO ۲۰۰۶, PP: ۱۳-۲۷

یادداشت شناسه مؤلفان

رقیه نوری زاده: دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر مرکز مدیریت سلامت کشوری تبریز (NPMC)، (نویسنده ی مسؤل)

نشانی الکترونیک: rnourizadeh@gmail.com

عباس دانش کهن: دکترای مدیریت خدمات بهداشتی، استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فاطمه باختری اقدم: دانشجوی دکترای آموزش بهداشت شهید صدوقی یزد، هیات علمی دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز، (NPMC) تبریز

تاریخ دریافت مقاله:

۱۳۹۰/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش

مقاله: ۱۳۹۱/۲/۸

