

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 می‌شد 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 می‌دهد که چرا سیاست‌گذاران باید به حفظ حیات مادران اولویت داده و برای دستیابی به هدف پنجم توسعه، سرمایه‌گذاری هدفمند نمایند. نابرابری‌های جنسیتی، نظام‌های سلامت ناعادلانه، توزیع نامتناسب نیروی انسانی، سیاست‌گذاری نادرست و در نظر گرفتن اولویت کمتر برای سلامت در مقایسه با سایر بخش‌ها، توزیع نامتناسب امکانات و بودجه که منجر به محرومیت اقلیت و حاشیه‌نشین‌ها گردد، از مؤلفه‌های اجتماعی قوی و مؤثر در مرگ مادر می‌باشند.

واژگان کلیدی

مرگ مادر؛ هدف پنجم توسعه هزاره؛ حقوق زنان

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

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، سرمایه‌گذاری 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 می‌شد 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 زایمان‌های انجام گرفته توسط کارکنان حرفه‌ای

ب - دسترسی همگانی به خدمات بهداشت باروری

۱. میزان پوشش تنظیم خانواده

۲. میزان زایمان نوجوانان

۳. پوشش مراقبت‌های دوران بارداری

۴. نیازهای برآورد نشده تنظیم خانواده

نشانه‌های بهداشت باروری بهترین محک برای آزمون موفقیت سیستم بهداشتی در راه رسیدن به حقوق باروری زنان هستند. گروهی نشانه‌های بهداشت باروری را محور سلامت عمومی می‌دانند، به عبارتی نشانه‌های این حیطه مثل نسبت مرگ و میر مادران، درصد زایمان‌های انجام شده توسط فرد حرفه‌ای و... فقط شاخص‌های بهداشتی نیستند، بلکه شاخص توسعه نیز می‌باشند و نشان می‌دهند که جوامع تا چه اندازه به سلامتی زنان خود اهمیت می‌دهند. هدف از انجام این مطالعه بررسی نشانه‌های هدف پنجم توسعه هزاره در جهان و ایران، دستاوردها و چالش‌های پیش روی سلامت باروری می‌باشد تا با به کارگرفتن شواهد موجود، راهکارهایی در جهت کاهش مرگ مادر و ارتقاء حقوق باروری زنان ارائه گردد.

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای 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 سیاست‌گذاری سلامت تنظیم شده است. در سال ۲۰۰۴م، فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده^۱، ترویج ۱۲ حق را به عنوان حقوق بهداشت باروری در سطح بین‌المللی 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 اقشار فقیر و آسیب‌پذیر رخ می‌دهد. در واقع مرگ مادر معرف یکی از بزرگ‌ترین نابرابری‌های بخش سلامت بین کشورهای فقیر و ثروتمند و نیز بین فقرا و ثروتمندان ساکن در یک کشور می‌باشد. بنابراین برای هدف جلب حمایت^۲ از طریق جلب توجه دولت‌ها

به چالش‌های وسیع رودرروی آنان و توجه به برنامه مادری سالم، نشانگر مفیدی است. این نشانگر، دامنه مسأله مرگ مادر را در کشورها نشان می‌دهد و به‌عنوان محرکی برای عمل می‌باشد. همچنین به تعیین اولویت‌ها کمک می‌کند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶م، ص ۱۳) به‌عنوان مثال، در مناطقی که میزان مرگ مادر بین ۲۵۰-۵۰ در صد هزار می‌باشد، کمبودها به کیفیت مراقبت‌ها در لیبر و زایمان برمی‌گردد اما در مناطقی که این نسبت به بیش از ۲۵۰ در صد هزار برسد، کمبود دسترسی به خدمات مطرح می‌شود. (کمبل، فیلیپی، کیلینسکی و همکاران، ۱۹۹۷م).

علل مرگ مادر

شایع‌ترین علل مرگ مادر در کشورهای در حال توسعه به ترتیب شامل خون‌ریزی، فشار خون مرتبط با بارداری و اکلامپسی، عوامل غیرمستقیم مانند مالاریا، ایدز و بیماری‌های قلبی، دیگر دلایل مستقیم مانند عدم پیشرفت لیبر، عوارض بی‌حسی یا سزارین و بارداری نابجا، سقط، سپسیس و آمبولی می‌باشد (سازمان ملل متحد، ۲۰۱۰م)، شایع‌ترین علل مرگ مادر در ایران طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۷۶ش، به ترتیب خون‌ریزی، 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 مراقبت‌های دوران بارداری و حضور افراد آموزش‌دیده به هنگام زایمان (یونیسف، ۲۰۱۰م) و تجهیز مراکز به امکانات فوریت‌های مامایی و زایمان

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

از طرفی، مراقبت‌های بلافاصله بعد از زایمان و پیشگیری از بارداری‌های زود هنگام در نوجوانان می‌توانند از بروز موارد مرگ مادر پیشگیری نمایند. سالانه در جهان، ۱۶ میلیون نوجوان ۱۹-۱۵ ساله زایمان می‌کنند. عوارض بارداری، شایع‌ترین علت مرگ نوجوانان در کشورهای در حال توسعه است. در این میان، عدم آگاهی نوجوانان از روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری از عوامل مهم به‌شمار می‌آید. متوسط جهانی میزان بارداری نوجوانان ۱۹-۱۵ سال در جهان، ۴۸ در هزار و در ایران، ۱۸ در هزار می‌باشد.

در کل، عدم رعایت حقوق بشر در مورد زنان، منجر به نابرابری‌های وسیعی در موارد مرگ مادر در داخل و بین کشورها شده است. در کانادا کشوری که آموزش، تنظیم خانواده و خدمات مراقبت بهداشتی به‌طور وسیعی در دسترس همه است، ۱ در ۱۱۰۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان می‌میرند، این در حالیست که در نیجر که فقر و نظام به‌هم‌ریخته مراقبت سلامت با میزان باروری بالا همراه است، مرگ‌های مرتبط با بارداری، یک هفتم زنان را دربر می‌گیرد. (ویلموس، ۲۰۰۹م، ص ۲۵۶) در تمام مناطق، زنان فقیر، روستایی و ساکن در مناطق جنگ‌زده با بیشترین خطر مرگ مادر مواجه هستند. زنان HIV مثبت نیز بیشترین خطر مرگ مادر را دارند. (ترسیرا، گرگسون، زابا 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 مسائل مدیریتی و توزیع مناسب خدمات، نقش مهم‌تری ایفا می‌کنند. از طرف دیگر، نسبت مرگ مادران در داخل یک کشور با درآمد سرانه یکسان، تفاوت‌های وسیعی را نشان می‌دهد که مطرح‌کننده 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 به کارگیری روش‌های بهداشتی سنتی، ثبات سیاسی و جنگ و بحران‌های 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. (ویلیموس، 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. داشته‌اند 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 می‌دهد. (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 نظام‌های 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 می‌باشد. به عنوان مثال، میزان زایمان‌های انجام گرفته توسط افراد حرفه‌ای 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 حرفه‌ای از ۶۴ درصد به ۷۸ درصد رسید. (دنتوکس 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 می‌باشد. متوسط میزان پوشش تنظیم خانواده در ایران، ۷۳/۳ درصد می‌باشد. (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 می‌توان به بهبود زیرساخت‌های جاده‌ای و حمل‌ونقل و نیز راه‌اندازی 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 به‌ازای هر مورد مرگ مادر، جهت پیشگیری از وقوع مرگ‌های 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، عفونت‌های 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 آفریقایی 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 روش‌های 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، بیماری‌ها 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) با کاهش میزان بارداری‌های ناخواسته از طریق افزایش استفاده از روش‌های 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 سال‌های 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 شده‌اند 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 سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۰م، ۶۳ درصد زایمان‌ها توسط کارکنان حرفه‌ای (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 می‌باشند. بیشتر این کشورها از کمبود شدید نیروی انسانی در بخش سلامت رنج می‌برند. 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 حرفه‌ای سلامت صورت می‌گیرد و وضعیت ناعادلانه جهان در این زمینه، منجر به نسبت نامتناسب مرگ مادر شده است. در کل، ۹۱ درصد بار جهانی مرگ مادر، متعلق به این ۵۸ کشور می‌باشد. (صندوق جمعیت ملل متحد، ۲۰۱۱م، ص ۶) لازم به ذکر است که بروز مرگ مادر علاوه بر میزان دسترسی به مراقبین حرفه‌ای 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 (به‌ویژه 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 به ترتیب 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 پر نمودن 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 به‌عنوان بیمار را تقویت کرده و منجر به کاهش حس کنترل زنان بر بدن خویش، کاهش اعتماد به نفس آنان جهت انجام زایمان طبیعی و تزییع 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 هدف‌گذاری 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 می‌باشد.

نتیجه

در کل عدالت بر درآمد، آموزش زنان، کاهش سهم هزینه‌های پرداختی از جیب مردم^۷ و عملکرد مؤثر دولت‌ها منجر به پوشش بالای زایمان‌ها توسط مراقبین حرفه‌ای می‌شود. نابرابری‌های جنسیتی، نظام‌های 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 حاشیه‌نشین‌ها را محروم می‌کند از مؤلفه‌های اجتماعی قوی و مؤثر در مرگ مادر می‌باشند.

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

تلاش‌ها باید بر افزایش دسترسی به مداخلات موثر و بهبود کیفیت مراقبت‌ها متمرکز شوند که عبارتند از:

الف - افزایش مشارکت و حمایت دولت‌ها در اجرای برنامه‌های جامعه محور در راستای بهبود دسترسی به خدمات بهداشت باروری: در این راستا توجه به ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی متفاوت در ایران نیز ضروری به نظر می‌رسد. 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 زمان‌های خاص برای مراجعه زنان شاغل طراحی گردد. همچنین باید گام‌هایی 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 می‌رسد.

ب - بسته خدماتی جامع و ادغام یافته از مداخلات ضروری: منظور استانداردسازی مراقبت‌های 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 فوریت‌های مامایی و زایمان است.

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

د - ظرفیت‌سازی و توانمندسازی نیروی کار بهداشتی درمانی: در این راستا اجرای سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال در کشور پیشنهاد می‌شود. سطح‌بندی به‌منظور توزیع عادلانه خدمات و حفظ اعتدال بین بیمارستان‌ها از نظر کادر، تجهیزات و دسترسی می‌باشد. رویکرد این برنامه، استانداردسازی ارائه خدمات مادر و نوزاد و نیز استانداردسازی انتقال‌ها می‌باشد.

و - نوآوری‌ها و پژوهش‌هایی در جهت تقویت مؤسسات و برنامه‌های بهداشت باروری: در کشور ما، پر کردن خلاء داده‌ها و اطلاعات در برخی موارد مانند سقط جنین ضروری به‌نظر می‌رسد.

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 سیاست‌ها 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 درون‌بخشی و بین‌بخشی در ارتقای سلامت مادران مهم به‌نظر می‌رسد.

ی - افزایش سرمایه‌گذاری در سلامت مادر و کودک: در کشور ما تأمین اعتبار مورد نیاز برای عملیاتی ساختن پروتکل‌های استاندارد در زمینه ارائه خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان، راه‌اندازی کلاس‌های آمادگی برای زایمان، تبدیل بیمارستان‌های موجود به بیمارستان‌های دوستدار مادر و کاهش میزان سزارین، اجرای پروتکل‌های 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 حمایت‌های سازمان‌های غی دولتی و خیرین در سطح ملی، راه حلی امیدبخش به‌نظر می‌رسد.

بی‌نوشت‌ها

- 1- Maternal mortality ratio
- 2- International Planned Parenthood Federation
- 3- Advocacy
- 4- Safe Motherhood
- 5- Gross National Income Per Capita
- 6- Gross Domestic Income Per Capita
- 7- 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 School of Hygiene & Tropical Medicine, 1997
- Deneux-Tharoux C, Berg C, Bouvier-Colle M.H, Gissler M, Harper M, et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 106: 684-692
- 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* 2007; 85(10): 733-820, Available from: (www.who.int/bulletin/volumes/85/10/06-038455/en, accessed 12 August 2009)
- Heston A, Summers R, Aten B. Penn World Table Version 6.3, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, 2009
- Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health* 2005; 95:478-482
- International Conference of Population & Development (ICPD₊₁₅). *Healthy Expectations: Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action*, UNFPA 2009, PP: 3-11.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Making abortion rare, safe, legal, technical knowledge and support*. 2004. Available from: <http://ippf.org>
- Ki-moon B. *Global strategy for women's and children's health*, 2010
- Ministry of Health & Medical Education. *Achievements, challenges and health system's vision of Islamic Republic of Iran*. Vol. 2, Health Policy Council 1389, PP: 252-59
- Ministry of Health & Medical Education. *National maternal mortality surveillance system*. 3rd ed, Tandis 1389, PP: 17-23
- Terceira N, Gregson S, Zaba B, Mason P. The contribution of HIV to fertility decline in rural Zimbabwe, 1985-2000. *Population Studies* 2003; 57: 149-164
- The World Bank. *Global economic prospects: Crisis, finance, and growth*. Washington DC 2010, PP:3-6
- UNFPA. *The State of World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives, supported by 30 partners*. New York 2011, PP: 6

- UNICEF global databases, 2010. Available from: (http://www.childinfo.org/delivery_care_countrydata.php, accessed 5 March 2010).
- United Nations Millennium Development Goals Report. New York: United Nations, 2010
- Wilmoth J. The lifetime risk of maternal mortality: concept and measurement. *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87: 256-262
- Wilmoth J, Mathers C, Say L, Mills S. Maternal deaths drop by one-third from 1990 to 2008: a United Nations analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88:718
- 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, 13-15 March 2007, Geneva: WHO, 2008; PP: 13-23
- World Health Organization. Building knowledge base on the social determinants of health: review of 7 countries in EMRO, WHO Regional Publication, Eastern Mediterranean Series 31, Cairo 2008, PP: 28-34
- World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO 2004
- World Health Organization. World health statistics, WHO 2011, PP: 17-31
- World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008; Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, WHO 2010, PP: 3-22
- World Health Organization. Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring, WHO 2006, PP: 13-27

یادداشت شناسه مؤلفان

رفیقه نوریزاده: دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشگر مرکز مدیریت سلامت کشوری تبریز (NPMC)، (نویسنده‌ی مسؤول)

نشانی الکترونیک: mnourizadeh@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