

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۴ / دکتر حوریه شمشیری میلانی

سلامت مادران

فهرست مطالب

۱۶۵۵.....	اهداف درس
۱۶۵۶.....	بیان مسئله
۱۶۵۶.....	واقعیت‌های جهانی
۱۶۵۶.....	مرگ و میر مادران یعنی چه ؟
۱۶۵۷.....	دلایل افت مرگ‌ها در طی ۶۰ سال اخیر عبارتند از
۱۶۵۷.....	موانع سلامت مادران در جوامع
۱۶۵۸.....	عواقب مرگ مادر
۱۶۵۸.....	شاخص مرگ و میر مادران
۱۶۵۹.....	بیماری و ناتوانی مادران
۱۶۶۰.....	برنامه‌های سلامت و ایمنی مادران
۱۶۶۱.....	مراقبت‌های قبل از بارداری
۱۶۶۲.....	اهداف مراقبت‌های دوران بارداری
۱۶۶۲.....	حاملگی‌های پرخطر
۱۶۶۳.....	حاملگی ناخواسته
۱۶۶۳.....	اصول سلامت مادران
۱۶۶۴.....	سلامت مادران در ایران
۱۶۶۴.....	به طور کلی پزشکان، در تامین سلامت مادران چه نقشی دارند؟
۱۶۶۵.....	منابع

سلامت مادران

دکتر حوریه شمشیری میلانی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مطالب، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- وضعیت سلامت و مرگ مادران را در دنیا توصیف کرده و داوری نماید
- مرگ مادر و انواع آن را تعریف کرده و برای هر کدام مثال بزند
- علل مرگ مادران در جهان و ایران را مقایسه کند
- موانع سلامت مادران در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه را مشخص کند
- عواقب مرگ مادران در خانواده و جامعه را لیست کند
- شاخص مرگ و میر مادران و خطر ناشی از فقدان مادر در طول زندگی را تعریف کرده و مثال بزند
- مدل کوه یخ در مورد مرگ، ضعف و ناتوانی مادران را ترسیم نماید
- اهمیت مراقبت قبل از بارداری را توصیف کند
- موارد لزوم مشاوره ژنتیک را لیست نماید
- اهداف و اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری را توضیح دهد
- سلامت مادام‌العمر مادر و سلامت جنین و کودک را به مراقبت از مادر از بدو تولد ربط دهد
- حاملگی‌های پرخطر را شناسایی کند
- برنامه‌های سلامت مادران در ایران را توضیح دهد
- نقش پزشکان در ارائه سلامت مادران را در کلینیک و جامعه تمیز داده و در مورد نقش‌های پیشنهادی قضاوت نماید

واژه‌های کلیدی

سلامت مادران، مرگ و میر مادران، بیماری و ناتوانی مادران، بارداری، حاملگی، حاملگی پرخطر، حاملگی ناخواسته، سقط مراقبت، هرم مداخله

بیان مسئله

تولد یک کودک در همه جا یک رخداد بیادماندنی و فرصتی برای شادمانی : میهمانی . . . و دادن هدیه است. اما هنوز برای هزاران تن از زنان، تجربه به دنیا آوردن کودکان آنطور که باید یک رویداد مسرت بخش نیست، بلکه ممکن است نوعی استیصال و جهنمی مرگبار باشد.

واقعیت‌های جهانی

هر سال بیش از نیم میلیون زن در طی بارداری، زایمان و یا بعد از وضع حمل جان خود را از دست می‌دهند. این مرگ‌ها اغلب ناگهانی و غیرقابل پیش بینی هستند. اکثر این مرگ‌ها قابل اجتناب هستند. بر اساس گزارش سال ۲۰۰۵ سازمان جهانی بهداشت، شعار سال ۲۰۰۵ این است: "مرگ هر مادر و کودک رابا اهمیت بشمیرید." (۲۷). بدیهی است که بیش از ۹۹٪ این مرگ‌ها در کشورهای در حال پیشرفت صورت می‌گیرد (۲). تقریباً ۴۰٪ از زنان باردار (هر سال ۵۰ میلیون) مشکلات سلامتی در رابطه با بارداری را در طول مدت بارداری و یا بعد از آن تجربه می‌کنند و ۱۵٪ از عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آن‌ها را همراهی می‌کند، رنج می‌برند. در نتیجه: امروزه ۳۰۰ میلیون زن از مشکلات و ناتوانی‌های سلامتی، در رنج‌اند (۳). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ارقام واقعی مرگ، بیماری و ناتوانی مادران، چندین برابر این ارقام است. چرا که بیشتر این رخدادها در جوامعی اتفاق می‌افتد که سیستم ثبت آمار حیاتی منسجم و قابل اعتمادی نداشته و گزارش دهی مناسبی ندارند و تشخیص علل منجر به مرگ یا بیماری و ناتوانی از دقت کافی برخوردار نیست.

مرگ و میر مادران (Maternal Mortality) یعنی چه ؟

تعریف (M.M.R) به مرگ زن در خلال حاملگی، زایمان یا در طی ۴۲ روز بعد از خاتمه حاملگی، مرگ مادر گفته می‌شود، صرف نظر از طول مدت حاملگی یا محل حاملگی و با هر علتی مربوط به حاملگی یا تشدید شده در اثر آن یا در اثر مداخلات به آن، ولی نه در اثر حوادث (۴).

مرگ مادری مربوط به بارداری (Pregnancy-related death)

مرگ زن در حالت بارداری، یا در خلال چهل و دو روز بعد از خاتمه حاملگی، صرفنظر از علت مرگ. مرگ‌های مادران به دو گروه تقسیم می‌شود.

مرگ و میر مستقیم مادری : شامل مرگ‌های مادران در اثر عوارض مامایی، حاملگی، زایمان یا دوره بعد از زایمان، مداخلات، سهل انگاری‌ها، درمان‌های ناجور و اشتباه می‌باشد (۵). مثل مرگ در اثر خونریزی بعد از زایمان.

مرگ و میر غیر مستقیم مادری : شامل مرگ‌های مادران در اثر بیماری‌های قبلی مادر، یا بیماری‌هایی که در ضمن حاملگی، زایمان و بعد از آن ظاهر می‌شوند یا تشدید می‌شوند. مثال : مادر حامله‌ای که در اثر کومای

دیابتیک فوت می‌کند. یا مادر بارداری که به دنبال ابتلا به اوربیون یا آنفلوآنزا دچار مرگ می‌شود.

مرگ مادری با تاخیر (late maternal death)

در صورتی است که مادر به دلایل مستقیم یا غیر مستقیم، در فاصله زمانی چهل و دو روز بعد از ختم حاملگی تا یکسال، فوت کند (۶).

علل مرگ مادران

در کشورهای در حال توسعه، ازدواج زودرس، شرایط اقتصادی، بیسوادی، فاصله کم زایمان‌ها و ... علل مرگ می‌باشند (۷).

اولین و شایعترین علت مرگ و میر مادران بر اساس درسنامه تخصصی مامایی ویلیامز، آمبولی ریه است که مطابق نوشته کتب مختلف، عارضه نادری می‌باشد (۵، ۸، ۹).

سوالی مطرح می‌شود که چرا علتی که نادر است، در راس علل قرار گرفته است؟

با مقایسه جداول و منحنی‌های علل مرگ مادران چنین بر می‌آید که:

(۱) علت‌های مرگ در جوامع مختلف، متفاوت می‌باشد.

(۲) در حال حاضر در کشورهای پیشرفته: علل شایع کشورهای در حال پیشرفت، تحت کنترل در آمده‌اند و این امر باعث شده است تا علتی که در نوشتارهای پزشکی علت نادر آورده شده است در ردیف نخست قرار گیرد. بدین معنی که کشورهای پیشرفته، بر روی این علل کار کرده و نقش آن‌ها را در لیست مرگ‌ها کم رنگ تر کرده‌اند.

دلایل افت مرگ‌ها در طی ۶۰ سال اخیر عبارتند از:

- استفاده گسترده از بانک خون و آنتی بیوتیک‌ها
 - نگهداری تعادل آب و الکترولیت بیمار در مواجهه با عوارض مامایی و زایمان
 - توسعه آموزش و مهارت آموزی مامایی و تداوم این آموزش‌ها که موجب تربیت متخصصین مامایی با کفایت شده است.
 - دوره‌های آموزشی بیهوشی خاص با توجه به اینکه بیهوشی مامایی، پرسنل و وسایل منحصر به فرد خود را طلب می‌کند (۵).
- و البته زایمان در بیمارستان و زایمان با کمک و نظارت فرد دوره دیده در محیط خارج از بیمارستان را نباید از نظر دور داشت.

موانع سلامت مادران در جوامع

در یک نگاه کلی، مسایل مربوط به سلامت مادران در کشورهای پیشرفته، شامل مسایل حول و حوش زایمانی، مالفورماسیون‌های مادرزادی، مسایل وراثتی و برخی مسایل رفتاری می‌باشد. در حالیکه در کشورهای در

حال پیشرفت، کاهش میزان ابتلا و میرایی مادر و کودک، فاصله گذاری بین بارداری‌ها، محدود کردن بُد خانوار، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار، بهبود وضعیت تغذیه، افزایش پذیرش کارهای بهداشتی توسط مردم، کم بودن خدمات بهداشتی و دیگر خدمات اجتماعی، اهم مسایل مربوط به سلامت مادران را شامل می‌شود.

عواقب مرگ مادر

نوزادی که پس از مرگ مادرش زنده می‌ماند، به ندرت تا یک سالگی زنده خواهد ماند. احتمال مرگ کودکان زیر ده سال مخصوصاً دختران نیز حتی تا چهار برابر افزایش می‌یابد. کودکان بی مادر نیز اغلب بد درمان شده و به اندازه کافی مورد مراقبت و توجه قرار نمی‌گیرند. کودکان بزرگتر ترک تحصیل کرده، دختران مجبور به نگهداری از بقیه اعضاء خانواده می‌شوند. در بسیاری از جوامع، مرگ مادر برای دختر بچه‌ها یک فاجعه جبران ناپذیر است. به عبارت دیگر مرگ مادر یعنی اینکه تیرک وسط چادر خانواده شکسته شده، بر سر کل خانواده آوار شود. مرگ یک مادر، مرگ یک نفر نیست، بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است.

شاخص مرگ و میر مادران (M.M.R...MATERNAL... MORTALITY... RATE)

امروزه مرگ مادر نه تنها به عنوان شاخص بهداشتی قلمداد می‌شود، بلکه به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه بکار می‌رود و نشان می‌دهد که جوامع تا چه اندازه به سلامت مادران، اهمیت می‌دهند (۱۰). تعداد مرگ‌های مادران به ازای صد هزار تولد زنده را، نسبت مرگ و میر مادران تعریف کرده‌اند. به دلیل اینکه تعداد حاملگی‌های مادران به طور دقیق و صحیح قابل دستیابی نیست، لذا در مخرج کسر از تعداد تولدهای زنده استفاده می‌شود. میزان مرگ مادران (دوران بارداری، زایمان و ۴۲ روز بعد از زایمان) در ایران که به طریق REPRODUCTIVE AGE MATERNAL MOTHERHOOD SURVEY (RAMOS) و بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ انجام گرفته است، ۳۷/۴ می‌باشد.

میزان‌های مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان در سال‌های مختلف به روش مستقیم، روی نمونه‌ای از خانوارها در سطح کشور، در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱ - میزان‌های مرگ ناشی از عوارض بارداری و زایمان در مادران

شاخص سال	میزان MMR در شهر	میزان MMR در روستا	میزان MMR در کل
۱۳۵۳	۱۲۰	۳۷۰	-
۱۳۶۴	۷۷	۲۳۳	۱۴۰
۱۳۶۷	۴۱	۱۳۸	۹۱
۱۳۷۰	۲۹	۸۰	۵۳/۶

به طوری که مشاهده می‌شود میزان مرگ در روستا بیشتر از شهر است و نیز با گذشت زمان میزان مرگ

و میر مادران کاهش یافته است. اظهار شده است، نقش بهبود وضعیت عوامل توسعه نظیر سواد آموزی، گسترش خدمات برق و آب . . . در روستا، بیشتر از بخش منحصرأ بهداشتی در نزول میزان شاخص موثر بوده است (۱۲).

خطر ناشی از مادری در طول زندگی

جهت ارزیابی تاثیر روند حاملگی و زایمان بر بیماری زنان و مادران، شاخص دیگری معرفی شده است، چرا که گفته می‌شود نسبت مرگ و میر مادران نمی‌تواند به تنهایی و به درستی این مهم را انجام دهد به دلیل اینکه این شاخص خطر مرگ را در یک زایمان نشان می‌دهد و احتمالاً حاملگی و زایمان به کرات در زندگی یک زن تکرار می‌شود.

شاخص (LIFE TIME.RISK.L.T.R)

به این معنی است که یک زن که از مرحله باروری خارج می‌شود، به چه احتمالی، خطر مرگ در اثر حاملگی را داشته است.

جدول شماره ۲ - میزان خطر مرگ در نقاط مختلف جهان

میزان خطر مرگ	منطقه
۴۸ در ۱	کلیه کشورهای در حال پیشرفت
۱۶ در ۱	آفریقا
۶۵ در ۱	آسیا
۱۳۰ در ۱	آمریکای لاتین و کارائیب
۱۸۰۰ به ۱	کلیه کشورهای پیشرفته
۱۴۰۰ به ۱	اروپا
۳۷۰۰ به ۱	آمریکای شمالی

به طور مثال اگر زنی بتواند در کشور الف ۸۷۰۰ بار باردار شود، در یکی از آن‌ها احتمال مرگ خواهد داشت. در حالیکه در کشور ب یک زن در هر ۹ بار حاملگی یک بار شانس مردن دارد. به طوری که گفته شد اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده تاثیر مهمی در کاهش TFR دارد، گفته می‌شود اگر برنامه‌های تنظیم خانواده اجرا شوند یک سوم مرگ‌های مادران کاهش می‌یابند.

بیماری و ناتوانی مادران

آنچه در باره مرگ و میر مادران گفته شد تنها به مثابه قله کوه یخ است، و این نمایانگر همه واقعیت‌ها

نیست. هم چنانکه حجم عظیم کوه یخ در زیر سطح آب و غیر قابل مشاهده می‌باشد، حجم عظیم مسئله مرگ، سلامت و بیماری مادران نیز ظاهراً مشهود نمی‌باشد. مرگ مادران کاهش نخواهد یافت مگر اینکه حجم زیر آب ذوب شود. تخمین زده می‌شود که چندین ده برابر مرگ مادر، بیماری و ناتوانی مادر وجود دارد. یعنی زنانی هستند که در اثر بارداری و زایمان به یکباره نمرده‌اند ولی سلامتی و کیفیت زندگی آنان، گاه تا آخر عمرشان به مخاطره افتاده و آن‌ها را در رنج و مشقت انداخته است. بیماری و ناتوانی مادر طیف گسترده‌ای دارد که می‌تواند، شامل شوک، نارسایی کلیه، عفونت، تشدید بیماری قلبی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، ظهور پُرفشارخونی، دیابت، سوء تغذیه، کم‌خونی و... باشد.

اطلاع دقیقی از آمار واقعی بیماری و ناتوانی مادران در دست نیست چرا که سیستم ثبت آمار، گزارش دهی و حتی اطلاع و احساس و شناخت خود زنان و گاه پرسنل بهداشتی، از بیماری و ارتباط آن با حاملگی، از مشکلاتی است که این امر را تقریباً غیرممکن می‌سازد. به طوری که در صفحات نخستین گفته شد طیفی از اقدامات و مداخلات برای کاهش بیماری، ناتوانی و مرگ مادران و حصول سلامت آنان در فرایند بارداری و زایمان ضروری می‌باشد.

برنامه‌های سلامت و ایمنی مادران (SAFE MOTHERHOOD)

- سطح سلامت را ارتقا می‌دهد و صرفاً به معنی جلوگیری از بیماری نیست
 - کیفیت زندگی زنان را در طی دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان و طول عمر آنان بهبود می‌بخشد
 - سلامت و ایمنی نوزادان را تامین می‌کند و بیماری‌ها و مشکلات بزرگسالی آنان را کاهش می‌دهد
 - سلامت نوزاد، کودک، خانواده و جامعه تامین می‌شود
- پس برنامه سلامت و ایمنی مادران، طب پیشگیری است.

در ارائه خدمات به مادر، دو نفر مشتری وجود دارد که توجه بر سلامت هر دو، به طور همزمان ضروری است (مانند تجویز دارو به زن باردار و یا در حال تغذیه کودک با شیر مادر، انجام عمل جراحی بر روی مادر و ...) این رویکرد منجر به برنامه‌های ترکیبی مادر و کودک شده است (M.C.H) در حصول سلامت جنین، کودک و مادر آگاهی از عوامل مختلف و موثر اهمیت دارد. مسئله حاملگی و زایمان، مسئله صرف بیولوژیک نیست، بلکه حاصل تعامل متقابل عوامل زیست محیطی و اجتماعی و باروری انسان است.

سن به هنگام زناشویی و بارداری، فاصله بین موالید، بعد خانوار، الگوهای باروری، سطح آموزش، وضعیت اقتصادی، باورها و رسوم، نقش زن در جامعه... از عواملی هستند که بر سلامت مادر و کودک تاثیر می‌گذارند.

تقسیم بندی فرایند مادری از نظر زمانی

الف) دوران پیش از بارداری

ب) دوران بارداری

ج) زایمان (وضع حمل)

(د) دوران بعد از زایمان (نفاس)

مراقبت‌های قبل از بارداری

منظور از این مراقبت‌ها اینست که مادر با حالت سلامت خوب وارد حاملگی شود، تا روند حاملگی سالم تر را نیز داشته باشد. ازدواج وظایف مهمی را بر عهده زن و مرد می‌گذارد و بچه دار شدن که خواسته هر زوجی است، بار این وظایف را بیشتر می‌کند. نقش پدر و مادر در رشد و تربیت فرزند بر احدی پوشیده نیست. بنابراین پدر و مادر آگاه می‌توانند این وظایف را بخوبی ادا کنند. کودک برای رشد و تکامل نیازهایی دارد و پدر و مادر باید این نیازها را برآورده سازند. از این رو لازم است هر زوجی قبل از بچه دار شدن به همه شرایط فکر کنند و سپس تصمیم بگیرند. از مهمترین آن‌ها، رعایت شرایط بهداشتی خانواده است. نکات مهم بهداشتی که به طور خلاصه در ذیل آمده است، می‌توانند در تصمیم‌گیری زوجین موثر باشند و حتی به جرات می‌توان گفت برای داشتن حاملگی موفق، باید مراقبت‌هایی هم قبل از ازدواج صورت گیرد، مثل رشد و نمو کامل دختران و وضعیت تغذیه و ورزش آنان، واکسیناسیون بر علیه سرخجه و تکمیل واکسیناسیون کزاز.

- استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری برای جلوگیری از حاملگی‌های در سنین پایین (زیر ۱۸ سال)، حاملگی‌های متعدد، حاملگی‌های با فاصله کم و حاملگی در سنین بالای ۳۵ سال راه حل مناسبی است. این امر موجب می‌شود، تعداد حاملگی‌های ناخواسته و سقط‌های غیربهداشتی کاهش یابد.
- زنانی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند، چنانچه تصمیم به حاملگی دارند، باید سعی کنند به منظور برگشت بدن به وضع عادی و مشخص شدن سن مناسب حاملگی، مدتی (معمولاً سه ماه) پس از قطع روش مورد نظر، حامله شوند.
- در خانواده‌هایی که سابقه بیماری‌های ارثی و فامیلی وجود دارد، انجام مشاوره ژنتیکی برای زن و شوهر قبل از بچه دار شدن و حتی قبل از ازدواج لازم است.
- سلامت جسمانی و روانی زن برای حاملگی ضروری است. زنانی که از نظر جسمی کاملاً رشد نکرده‌اند (مانند دختران نوجوان) و یا آن‌ها که از تغذیه و سلامت خوبی برخوردار نیستند (مانند زنان بیمار یا کم خون) باید نسبت به حامله شدن هشیار باشند.
- زنانی که سابقه زایمان فرزند ناقص‌الخلقه و یا مرده داشته‌اند و یا آنهایی که سقط‌های مکرر داشته‌اند، لازم است حتماً قبل از باردار شدن به همراه همسر خود با پزشک مشورت کنند.
- چنانچه خانمی به دلیل بیماری، داروی خاصی مصرف می‌کند، اگر تمایل به حاملگی دارد، باید قبل از حامله شدن با پزشک مشورت کند.
- از قومیت خاص بودن که احتمال مشکل کروموزومی در آن‌ها بیش از جمعیت کل است و حامل شناخته شده اشکالات ژنی از موارد مشاوره با پزشک می‌باشد.
- حتی در طی مشاوره قبل از بارداری، بررسی از نظر شغل مادر، وضعیت اجتماعی (خشونت علیه زنان)،

عوامل خطر آفرین عاطفی، وضعیت خانوادگی، وجود حیوانات خانگی یا سروکار داشتن مادر با حیوانات، توانایی و کفایت خانواده از نظر اقتصادی و مداخلات تغذیه‌ای باید انجام گیرد.

بارداری

بارور شدن تخمک (سلول جنسی زن) توسط اسپرم (سلول جنسی مرد) منجر به تشکیل سلول تخم می‌گردد که پس از تقسیمات مکرر تبدیل به جنین می‌شود و در طی دوران بارداری در رحم مادر و در داخل کیسه‌ای که حاوی مایع آمنیوتیک است قرار گرفته و رشد می‌کند. جنین از طریق بند ناف و جفت، کلیه مواد غذایی و اکسیژن لازم را برای رشد و نمو از مادر دریافت می‌کند. طول مدت متوسط حاملگی طبیعی که معمولاً از اولین روز آخرین قاعدگی محاسبه می‌شود ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته است.

اهداف مراقبت‌های دوران بارداری

هدف نهایی از مراقبت‌های دوران بارداری، اینست که هر حاملگی خواسته‌ای به تولد یک نوزاد سالم منجر شود، بدون اینکه سلامت مادر، آسیب ببیند.

حاملگی‌های پرخطر

توجه ویژه باید برای تشخیص و کشف حاملگی‌های پرخطر و یا دچار مشکل شده، معطوف شود.

این حاملگی‌ها عبارتند از :

- سابقه بیماری‌های طبی
- سابقه ناخوشایند حاملگی که سلامتی مادر و جنین را به خطر انداخته است
- وضعیت ناجور مادر از نظر تغذیه
- حاملگی‌های ناخواسته
- حاملگی نوجوان
- حاملگی‌های غیر طبیعی مثل حاملگی خارج از رحم، تهدید به سقط . . .
- اتفاقات غیرعادی در ضمن حاملگی مثل خونریزی، عفونت . . . (۷).

نبودن هیچ کدام از موارد مذکور، سلامت مادر را در باره مشکلات، تضمین نمی‌کنند. هر زایمانی می‌تواند با خطر روبرو شود. حداقل ۴۰٪ از کلیه زنان باردار طی دوران بارداری برخی از عوارض این دوره را تجربه کرده‌اند که ۱۵٪ از این عوارض مرگبارند و به مراقبت‌های فوری و اورژانس زایمان نیاز دارند هر بارداری یک رویداد ویژه است و می‌باید از دسترس بودن خدمات بهداشتی درمانی با کیفیت مطلوب اطمینان حاصل شود (۱۷، ۱۰، ۱۳).

حاملگی ناخواسته

تعداد حاملگی در سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون در سال برآورد می‌شود ولی تقریباً یک سوم از این حاملگی‌ها ناخواسته است. حاملگی‌های ناخواسته از دو طریق بر سلامت مادران تاثیر می‌گذارد: اول آنکه بسیاری از حاملگی‌ها به دلیل به خطر انداختن سلامت و زندگی مادر ناخواسته است، مادر ممکن است از یک مشکل جسمانی رنج ببرد یا حمایت و منابع لازم را برای یک بارداری سالم و رشد سالم کودک نداشته باشد. دوم آنکه عدم دسترسی مادران به وسایل پیشگیری از حاملگی و یا مراکز مجاز سقط جنین موجب پایان دادن غیر بهداشتی به حاملگی و سقط جنین غیرقانونی می‌شود که منجر به مرگ و یا معلولیت مادران خواهد شد (۱۰، ۱۳).

عاقبت حاملگی ناخواسته

میزان پذیرفتن حاملگی ناخواسته بعد از وقوع آن در جوامع مختلف متفاوت و نامعلوم است. آیا چه میزان از این حاملگی‌های ناخواسته و پذیرفته شده، تحت مراقبت‌های بارداری و زایمان و بعد از زایمان قرار می‌گیرند نیز نامعلوم است. هر سال ۲۰۰-۱۵۰ هزار مادر در اثر اقدام به سقط جنین جان خود را از دست می‌دهند. دستیابی به آمار و ارقام صحیح و واقعی، به دلایل قانونی، فرهنگی، یا دسترسی، در جوامع مختلف مشکل می‌باشد ولی به نظر می‌رسد رقم این سقط‌ها کم نباشد.

در بعضی اسناد هر سال وقوع ۸۰۰۰ سقط در کشور تخمین زده می‌شود. هر سال تقریباً ۲۰ میلیون سقط غیر ایمن در جهان اتفاق می‌افتد. هر روز ۵۵۰۰۰ هزار سقط غیر ایمن صورت می‌گیرد که ۹۵٪ از آن مربوط به کشورهای در حال پیشرفت است. از هر ۸ مورد مرگ مادر یک مورد آن به دلیل سقط جنین است. سقط جنین، منجر به مرگ و معلولیت هزاران مادر می‌شود. ۵۰-۱۰٪ از زنانی که سقط غیرایمن می‌کنند، به درمان عوارض ناشی از آن نیازمندند. عمده ترین و شایع ترین عوارض عبارتند از سقط ناقص، عفونت، خونریزی، جراحت و پارگی قسمت‌های گوناگون دستگاه تناسلی و سوراخ شدن رحم . . . ضمناً عوارض و مشکلات طولانی مدت شامل دردهای مزمن، التهاب لگن و ناباروری . . . می‌باشد (۱۳).

در کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴، به ابعاد انسانی مسئله، ارائه خدمات درمانی مطلوب و جلوگیری از سقط غیرایمن و درمان عوارض ناشی از آن تاکید به عمل آمد.

اصول سلامت مادران

برای نیل به اهداف سلامت مادران که همانا مادر سالم و نوزاد سالم در انتهای یک حاملگی می‌باشد، اصول زیر لازم است.

- (۱) پیشگیری از وقوع حاملگی‌های پرخطر
- (۲) مراقبت‌های دوران بارداری و کشف زودرس علایم خطر و عوارض
- (۳) امکان دسترسی سریع به تسهیلات و امکانات ضروری
- (۴) وجود تسهیلات و امکانات ضروری اورژانس (تیم متخصص، بانک خون، دارو)

- ۵) انجام زایمان ایمن و بهداشتی تحت نظارت افراد دوره دیده
- ۶) انجام مراقبت‌های بعد از زایمان و کشف موارد پرخطر
- ۷) بهبود وضعیت کلی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زنان.

سلامت مادران در ایران

زنجیره‌هایی از حلقه‌ها از سلامت مادر، حفاظت می‌کنند تا پایان بارداری، نوزادی سالم در آغوش مادری سالم باشد. اعضاء خانواده، بهورز در خانه بهداشت، کارشناس مامایی و پزشک در مراکز بهداشتی، درمانی و متخصص در بیمارستان، افراد و مکان‌هایی هستند که سلامت مادر را حمایت، حفاظت و ارزیابی می‌کنند. در صورت ضعف در حلقه‌ها و عدم اتصال به حلقه‌های دیگر، مرگ و میر و بیماری و ناتوانی مادر و جنین و نوزاد، محصول بارداری خواهند بود. بدیهی است حفظ و تامین سلامت مادر و جنین فقط در حیطه نهادهای رسمی بهداشتی نبوده بلکه در گرو دیدگاه و عملکرد صحیح سایر نهادهای جامعه و عوامل توسعه از قبیل برنامه ریزی، راه، فرهنگ و .. می‌باشد.

بهداشت مادر و کودک در ایران سابقه‌ای نسبتاً طولانی دارد و هم اکنون مراقبت مادران باردار در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، از فعالیتهای رسمی و کشوری بوده و فعالیت‌های گسترده‌ای در این زمینه برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود (۱۹). در سال ۱۳۷۴ در وزارت بهداشت، کمیته‌ای تحت عنوان کمیته کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان تشکیل و اقدامات گسترده‌ای را در سطح کشور جهت شناسایی، ثبت، مراقبت و پیشگیری از مرگ‌ها و معلولیت‌ها، و ارزشیابی آغاز نمود. در حال حاضر واحد بهداشت مادران وزارت بهداشت، هماهنگی فعالیت‌های دانشگاه‌های مختلف را در این زمینه بعهده دارد.

اقدامات فوری، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، تیم متخصص، تجهیز بیمارستان، اطلاق عمل، تهیه دارو، بانک خون . . . می‌باشد. برای اینکه بتوان تعداد مشتریان این خدمات را کاهش داد می‌توان اقداماتی انجام داد. اقدامات جهت بهبود تغذیه، درآمد و آموزش می‌توانند نتایج میان مدت داشته باشند. مثلاً با بهبود تغذیه دختران و مادران، دسته‌ای از مادران و زنان پرخطر که در سیر حاملگی دچار عوارض نامطلوب خواهند شد، کم می‌شود. با برقراری عدالت اجتماعی و بهبود وضعیت زنان که ثمرات طولانی مدت دارد، می‌توان به طور فاحش، سلامت را در جامعه نهادینه کرد. کاهش مرگ و میر مادران و بهبود سلامت آنان، یکی از هشت هدف هزاره سوم است، که توسط سازمان ملل در کلیه کشورها، نظارت می‌شود. این هدف کاهش مرگ و میر مادران را به میزان سه چهارم در سال ۲۰۱۵ نسبت به ۱۹۹۰ مد نظر دارد (۲۸).

به طور کلی پزشکان، در تامین سلامت مادران چه نقشی دارند؟

- گسترش سلامت در جامعه
- پیشگیری از پیشامدن موارد خطر مثلاً کاهش حاملگی‌های پرخطر
- تشخیص به موقع و مداخله مناسب (در پیش آمدن شرایط خاص در موارد خطر، جلوگیری به عمل آورد. مثلاً مدیریت حاملگی در موارد پرخطر...)

- در موارد بحرانی و وضعیت پیش آمده، اقدام مناسب انجام دهد. این اقدام می‌تواند از درمان در حد امکانات و مهارت خود تا آماده ساختن مادر و ارجاع سریع او به مراکز و افراد با مهارت بیشتر باشد. (مثلا اقدامات لازم برای درمان خونریزی بعد از زایمان . . .)

منابع

- 1) World Health Organization Press Release WHO/39;2 jun, 2000
- 2) W. H. O. Safe Mother Hood , Progress Report, (1997)
- 3) The Inter Agency Group for Safe Motherhood (UNFPA-UNICEF-the WORLD BANK-WHO-IPPF-POPULATION COUNCIL) The Safe Motherhood Action Agenda, 1997
- 4) WHO, International Statistical Classification of Disease and Related Problems, 10 Revision, 1993
- 5) Cuningham, Williams Obstetrics, 20th edition, USA, Prentice - Hall International INC, 1997
- 6) Obstetrics by Ten Teachers 17 ed. Arnold London-2000
- 7) Mahaja B. K. & Gupta M.C. -Text Book of Preventive and Social Medicine 2nd ed. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) LTD. 1995
- 8) Hacker & Essentials of Ob. & Gyn 3rd ed. W.B .Saunders Company , 1598
- 9) Jams Duke, Anesthesia Secrets, 2nd ed. Hanley & Belfus INC/Philadelphia, 2000
- ۱۰ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یونیسف، برگه‌های واقعه در مورد مادری ایمن
- ۱۱ - وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی. تعیین میزان مرگ مادران از عوارض بارداری، زایمان به روش راموس، ۱۳۷۵
- ۱۲ - ملک افضلی. دکتر حسین، وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان، چاپ اول، بهمن ۷۰
- 13) WHO. Safe Motherhood Fact Sheet, 1998
- 14) WHO. Safe Mother hood News letter of World Wide Activity
- ۱۵ - شمشیری میلانی، دکتر حوریه، سلامت مادران قبل از بارداری، بارداری، زایمان، بعد از زایمان. نشر مادر، ۱۳۷۷
- 16) Welty, R. Textbook of Women's Health, Lippincott -Ravin Publishers, Philadelphia, 1998
- 17) David K. et al, an Obstetrics & Gynecology vade Mecum. Arnold. London , 2000
- 18) WHO. Safe Mother hood News letter of World Wide Activity
- ۱۹ - تاریخچه ژنیکولوژی. انتشارات دانش.
- 20) WHO. Women's Health, Towards a better world , Geneva , 1994 .
- 21) WHO World Health day Safe Motherhood ,April 1998.
- 22) The White Ribbon Alliance, Awareness Mobilization and action for safe motherhood , 2000 .
- ۲۳ - صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، گزارش کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه.
- ۲۴ - شمشیری میلانی، دکتر حوریه، اولین کارگاه مشورتی کشوری کاهش مرگ و میر مادران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- 25) WHO. Mother & Baby. Package , a Road Map for Implementation in Countries .
- 26) Deborah Maini et al The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs.
- 27) who report 2005 .www. Who.int/world-health-day/2005/en/.
- 28) Islamic Republic of Iran, the first millennium Development Goals Report 2004: achievement and challenges, co- published by the Management and planning Organization and the United Nation.