

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۴ / دکتر حوریه شمشیری میلانی

سلامت مادران

فهرست مطالب

۲۳۲۳.....	اهداف درس
۲۳۲۳.....	بیان مسئله
۲۳۲۴.....	کلیات
۲۳۲۵.....	مرگ و میر مادران (Maternal Mortality) یعنی چه؟
۲۳۲۶.....	شاخص مرگ و میر مادران (Maternal Mortality Ratio: MMR)
۲۳۲۶.....	خطر ناشی از مادری در طول زندگی، شاخص Life Time Risk
۲۳۲۷.....	علل مرگ مادران
۲۳۲۷.....	دلایل افت مرگ‌ها در طی سال‌های اخیر
۲۳۲۸.....	عواقب مرگ مادر
۲۳۲۸.....	بیماری و ناتوانی مادران
۲۳۳۰.....	برنامه‌های سلامت مادران (Safe Motherhood)
۲۳۳۰.....	مادر و کودک به مثابه یک واحد
۲۳۳۱.....	تقسیم بندی فرایند مادری از نظر زمانی
۲۳۳۱.....	مراقبت‌های قبل از بارداری
۲۳۳۱.....	مراقبت‌های بارداری
۲۳۳۲.....	مراقبت‌های دوران وضع حمل و زایمان
۲۳۳۴.....	مراقبت‌های بعد از وضع حمل
۲۳۳۴.....	اصول سلامت مادران
۲۳۳۵.....	سلامت مادران در ایران
۲۳۳۷.....	مداخلات زمان بندی شده برای کاهش مرگ و بیماری و ناتوانی‌های مادران
۲۳۳۷.....	منابع

سلامت مادران Mothers' health

دکتر حوریه شمشیری میلانی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

پس از یادگیری این مطالب، فراگیرنده قادر خواهد بود:

- سلامت مادران را به طور کلی توضیح دهد
- وضعیت سلامت و مرگ مادران را در دنیا توصیف کند
- 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
- اهمیت مراقبت قبل از بارداری را توصیف کند
- حمایت‌های مندرج در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را بیان کند
- اهداف و اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری را توضیح دهد
- حاملگی‌های نیازمند مراقبت‌های ویژه را شناسایی کند
- برنامه‌های سلامت مادران در ایران را توضیح دهد
- اهمیت، وسعت و مداخلات لازم برای کاهش بیماری و ناتوانی مادران را توضیح دهد.

بیان مسئله

"تولد یک کودک در همه جا یک رخداد بیاد ماندنی 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:"

کلیات

همه ساله در دنیا حدود ۱۴۰ میلیون زن، وضع حمل می‌کنند. ولی متأسفانه روزانه ۸۳۰ نفر از آن‌ها به علل قابل پیشگیری مربوط به بارداری و وضع حمل، جان خود را از دست می‌دهند. ۹۹٪ مرگ مادران در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. میزان بروز مرگ مادرانی که در مناطق روستایی و در جوامع فقیرتر، زندگی می‌کنند بیشتر است. نوجوانان بیشتر از دیگر زنان، دچار عوارض ناشی از بارداری و مرگ می‌شوند.

مراقبت‌های ماهرانه قبل و طی بارداری و پس از آن می‌توانند زندگی زنان و نوزادان را نجات دهد. خوشبختانه در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ میلادی مرگ مادران در دنیا حدود ۴۴٪ کاهش یافته است. در دو دهه اخیر، مرگ مادران سالانه به بیش از نیم میلیون زن می‌رسید. طبق گزارش سال ۲۰۱۸ سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳ هزار زن در فرایند بارداری و زایمان، جان باخته‌اند.

مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) Social Determinants of Health به ویژه تغذیه، دسترسی به مراقبت‌ها، سن مادر، تعداد بارداری‌های قبلی و ... اهمیت دارند. تفاوت را می‌توان در شاخص مرگ و میر مادران در کشورهای زیر به وضوح مشاهده کرد. این نسبت در **استرالیا**، ۷ در صد هزار تولد زنده و **سوئد**، چهار در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده می‌باشد در حالی که در **چاد**، هزار و صد مادر و در **نیجریه**، به ازای صد هزار تولد زنده ۱۶۰۰ مادر جان خود را از دست می‌دهند. شایان ذکر است که فقط ۱۱ درصد از مادران در نیجریه مراقبت‌های سلامت لازم را دریافت کرده‌اند.

البته طبق گزارشات، 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 گزارش‌دهی مناسبی ندارند و تشخیص علل منجر به مرگ یا بیماری و ناتوانی از دقت کافی برخوردار نیست. ولی قابل قبول نیست که زنان زیادی همچنان به علل قابل پیشگیری مربوط به بارداری و زایمان، جان خود را از دست بدهند و بار عوارض یا ناتوانی‌های حاصله را همچنان متحمل شوند.

اگر چه درباره مدیریت بالینی مرگ مادران، دانش زیادی وجود دارد ولی هنوز به آنچه ورای مداخلات کلینیکی وجود دارد و می‌بایست انجام شود، توجه کمی معطوف می‌شود. این اقدامات می‌توانند تجربه مادر شدن و وضع حمل را برای مادران ایمن و سالم، راحت و همراه با آسایش و مثبت بکنند. خوشبختانه، حساس شدن، اهمیت پیدا کردن این موضوع و عزم جامعه جهانی، بر کاهش مرگ مادران، نتیجه بخش بوده است. مثلاً سازمان جهانی بهداشت چندین بار شعار سال خود را "**مهم شمردن مرگ و میر مادران و کودکان**" اعلام کرده است و همچنین هدف سوم از اهداف هشتگانه اهداف هزاره سوم تا سال ۲۰۱۵ را کاهش مرگ مادران قرار داده است و در ادامه آن در هدف سوم و پنجم از اهداف هفده‌گانه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ را به همین امر، اختصاص داده است. در فاصله زمانی ۲۰۱۶ و ۲۰۳۰ هدف، کاهش نسبت مرگ مادران در دنیا به کمتر از ۷۰ در صد هزار تولد زنده می‌باشد.

همچنانکه تعهد جدی برای پایان دادن به مرگ‌های نوزادان، کودکان و مادران تا سال ۲۰۳۰ نشان می‌دهد. این اهداف از طریق تضمین دسترسی جهانی به مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری، شامل اطلاعات و

آموزش مزایای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، حفاظت، بهبود و حمایت از رشد و نمو اوایل دوران کودکی و نوجوانی، میسر می‌گردد.

بیشتر مرگ‌های زنان در اثر عوارضی است که در خلال یا پس از بارداری و وضع حمل رخ می‌دهد. عوارضی هم هستند که ممکن است قبل از بارداری وجود نداشته ولی طی بارداری به وجود آمده‌اند و حاصل عدم مدیریت صحیح در مراقبت‌های مورد نیاز باشد. چرا که بیشتر مرگ‌ها قابل پیشگیری یا درمان پذیر هستند.

همچنانکه اشاره شد، در طی دو دهه اخیر، میزان مرگ مادران در بیشتر نقاط جهان کاهش یافته است. ولی این کاهش، کمتر از میزان قابل انتظار اهداف توسعه هزاره برای تا سال ۲۰۱۵ بود که جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی بر روی آن توافق کرده بود. البته نیل به هدف کاهش مرگ و میر مادران که جزو اهداف توسعه پایدار، در بازه زمانی ۲۰۳۰-۲۰۱۶ می‌باشد، به طور جدی و حیاتی به دسترسی زنان به خدمات با کفایت قبل، حین و بعد از وضع حمل بستگی دارد. اطلاعاتی که از سال ۲۰۰۷ در دسترس قرار دارد نشان می‌دهد که کمتر از نیمی از زاد و ولدها در جوامع با توسعه‌یافتگی کمتر و متوسط، به خدمات پرسنل ماهر، دسترسی داشته‌اند و در سال ۲۰۱۳ بیش از ۴۰ درصد زنان باردار در اوایل بارداری، مراقبت نمی‌شده‌اند. بنابراین لازم است غیر از پرداختن به بهبود تکنیک‌ها و دانش بالینی علم مامایی، در راستای "جتماعی شدن نظام سلامت"، ارتقاء آگاهی‌های بهداشتی در حیطه سلامت عمومی، مدیریت خدمات و تسهیل دسترسی به آن‌ها توسط مادران و سایر مردم نیز تقویت شود.

مرگ و میر مادران (Maternal Mortality) یعنی چه؟

تعریف: به مرگ زن در خلال بارداری، زایمان یا در طی ۴۲ روز بعد از خاتمه بارداری، 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 مربوط به آن، ولی نه در اثر حوادث، مرگ مادر، گفته می‌شود.

مرگ مادری مربوط به بارداری (Pregnancy-related death)

مرگ زن در حالت بارداری یا در خلال ۴۲ روز بعد از حاملگی صرف‌نظر از علت مرگ.

مرگ‌های مادران به دو گروه تقسیم می‌شود:

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

مرگ و میر غیر مستقیم مادری الگوی ۳: شامل مرگ‌های مادران در اثر بیماری‌های قبلی مادر، یا بیماری‌هایی که در ضمن بارداری، زایمان و بعد از آن عارض یا تشدید می‌شوند. مثلاً مادر حامله‌ای که در اثر کومای دیابتیک فوت می‌کند یا مادری که به دنبال ابتلا به اوریون و یا آنفلوانزا دچار مرگ می‌شود.

مرگ مادری با تاخیر (Late Maternal death)

در صورتی که مادر در فاصله زمانی ۴۲ روز تا یک سال بعد از خاتمه بارداری، فوت کند. مثلاً مادر در اثر تشنج ناشی از مسمومیت بارداری (اکلامپسی) دچار کوما شده، به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شده است. یا مادری که در اثر شدت خونریزی بعد از زایمان دچار نارسایی کلیه شده است.

شاخص مرگ و میر مادران (Maternal Mortality Ratio - MMR)

امروزه مرگ مادر، نه تنها شاخص بهداشتی می‌باشد بلکه به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه بکار می‌رود و نشان می‌دهد که جوامع تا چه اندازه به سلامت زنان، اهمیت می‌دهند. تعداد مرگ‌های مادران به ازای صد هزار تولد زنده را نسبت مرگ و میر مادران تعریف کرده‌اند. به دلیل اینکه تعداد حاملگی‌های مادران به‌طور دقیق و صحیح قابل دستیابی نیست. لذا در مخرج کسر از تعداد تولدهای زنده استفاده می‌شود.

خطر ناشی از مادری در طول زندگی، شاخص Life Time Risk

جهت ارزیابی تاثیر روند بارداری و زایمان بر سلامت و 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 منظور را بیان کند. زیرا این شاخص، خطر مرگ را طی یک بارداری و زایمان نشان می‌دهد. به بیان ساده خطر ناشی از مادری در طول زندگی به این معنی است که هر زنی که از مرحله باروری، عبور می‌کند با چه احتمالی خطر مرگ در اثر بارداری را داشته است.

جدول ۱ - تخمین میزان مرگ و میر مادران، تعداد مرگ‌های مادران و خطر مرگ در طول زندگی در

مناطق سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵

مناطق سازمان بهداشت جهانی (WHO)	نسبت مرگ و میر مادران	تعداد مرگ مادران	خطر مرگ در طول زندگی
قاره آفریقا	۵۴۲	۱۹۵۰۰۰	۵۷
شرق مدیترانه	۱۶۶	۲۸۰۰۰	۱۷۰
جنوب شرقی آسیا	۱۶۴	۶۱۰۰۰	۲۴۰
قاره آمریکا	۵۲	۷۹۰۰	۹۲۰
اروپا	۱۶	۱۸۰۰	۳۴۰۰
میانگین جهانی	۲۱۶	۳۰۳۰۰۰	۱۸۰

به‌طور مثال اگر زنی بتواند در اروپا ۳۴۰۰ بار، باردار شود و وضع حمل کند، در یکی از آن‌ها احتمال مرگ خواهد داشت! در حالی که این رقم برای آفریقا، یک مورد در هر ۵۷ حاملگی و برای شرق مدیترانه، یک مورد در هر ۱۷۰ بارداری، خواهد بود. به‌طور کلی با افزایش شاخص باروری کلی Total Fertility Rate

احتمال این شاخص نیز افزایش می‌یابد. با توجه به امکانات رفاهی پیش‌بینی شده در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در جمهوری اسلامی ایران انتظار می‌رود با اجرای این قانون و بخصوص اجرای ماده ۲۴ و ۵۵ در قشر آسیب‌پذیر و تامین نیازهای غذایی و دارویی آنان به طور چشمگیری از میزان مرگ و میر مادری، کاسته شود.

علل مرگ مادران

معمولاً تابلوی نهایی مرگ‌ها شامل پنج علت زیر است: ۱- خونریزی شدید، ۲- عفونت، ۳- پرفشاری خون در دوران بارداری (پراکلامپسی و اِکلامپسی)، ۴- عوارض زایمانی، ۵- سقط غیر ایمن نباید فراموش کرد که زمینه‌های مستعد کننده مرگ مادران در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه متفاوت است. این زمینه‌ها در کشورهای در حال توسعه، شامل شرایط اقتصادی، بیسوادی، دسترسی ناکافی به مراقبت‌ها و ... می‌باشد. در کشورهای توسعه یافته معمولاً شایعترین علت مرگ مادران، آمبولی ریه گزارش می‌شود که به‌طور کلی عارضه نادری است. این سوال مطرح می‌شود که چرا علتی که نادر است در راس علل قرار می‌گیرد؟ پاسخ این است که در این کشورها علل شایع، تحت کنترل در آمده‌اند و به عبارت دیگر در این کشورها بر روی این علل، کار کرده و نقش آن‌ها در ایجاد مرگ مادران را کم‌رنگ‌تر کرده‌اند.

در کشورهای توسعه یافته مسایل مربوط به سلامت مادران و کودکان، شامل مسایل حول و حوش زایمانی، مالفورماسیون‌های مادرزادی؛ مسایل وراثتی و برخی مسایل رفتاری می‌باشد. در حالی که در کشورهای در حال توسعه، کاهش میزان ابتلا و میرایی مادر و کودک، فاصله گذاری بین بارداری‌ها، محدود کردن بُعد خانوار، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار، بهبود وضعیت تغذیه، افزایش پذیرش خدمات بهداشتی توسط مردم، ناکافی بودن خدمات بهداشتی و دیگر خدمات اجتماعی، اهم مسایل مربوط به سلامت مادران را تشکیل می‌دهد. بنابر این علل مرگ مادران و همچنین عوامل زمینه ساز آن در کشورهای مختلف، متفاوت است. متخصصین، مدیران، محققین و ... جامعه می‌بایست از طریق تحقیقات علمی، شرایط جامعه خود را به دست آورند، نیازهای خود را پیدا کرده و مداخلات مناسب را برنامه ریزی کرده و انجام دهند و سپس ارزیابی نمایند.

دلایل افت مرگ‌ها در طی سال‌های اخیر

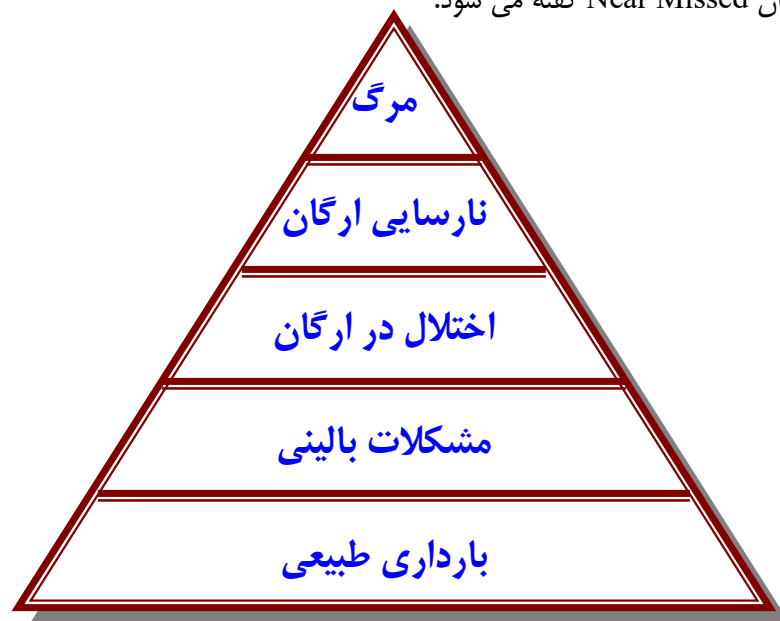
- استفاده گسترده از بانک خون و آنتی بیوتیک‌ها
- نگهداری تعادل آب و الکترولیت بیمار در مواجهه با عوارض مامایی و زایمان
- توسعه آموزش و مهارت آموزی مامایی و تداوم این آموزش‌ها که موجب تربیت متخصصین مامایی با کفایت شده است
- دوره‌های آموزشی بیهوشی خاص با توجه به اینکه بیهوشی مامایی پرسنل و وسایل منحصر به فرد خود را طلب می‌کند.
- زایمان در بیمارستان و زایمان با کمک و نظارت فرد دوره دیده
- در کنار این بهبودها، بهبود سواد، وضعیت توسعه ای را هم نباید از خاطر برد

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 مخصوصا دختران نیز حتی تا ۴ برابر افزایش می‌یابد. با کودکان بی مادر نیز اغلب بد رفتاری می‌شود و به اندازه کافی مورد مراقبت و توجه قرار نمی‌گیرند. کودکان بزرگتر ترک تحصیل کرده دختران مجبور به نگهداری از بقیه اعضا خانواده می‌شوند. در بسیاری از جوامع مرگ مادر برای دختر بچه‌ها یک فاجعه جبران ناپذیر است. به عبارت دیگر مرگ مادر یعنی تیرک وسط چادر شکسته شده و برسر کل خانواده آوار می‌شود. مرگ یک مادر مرگ یک نفر نیست بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است.

بیماری و ناتوانی مادران

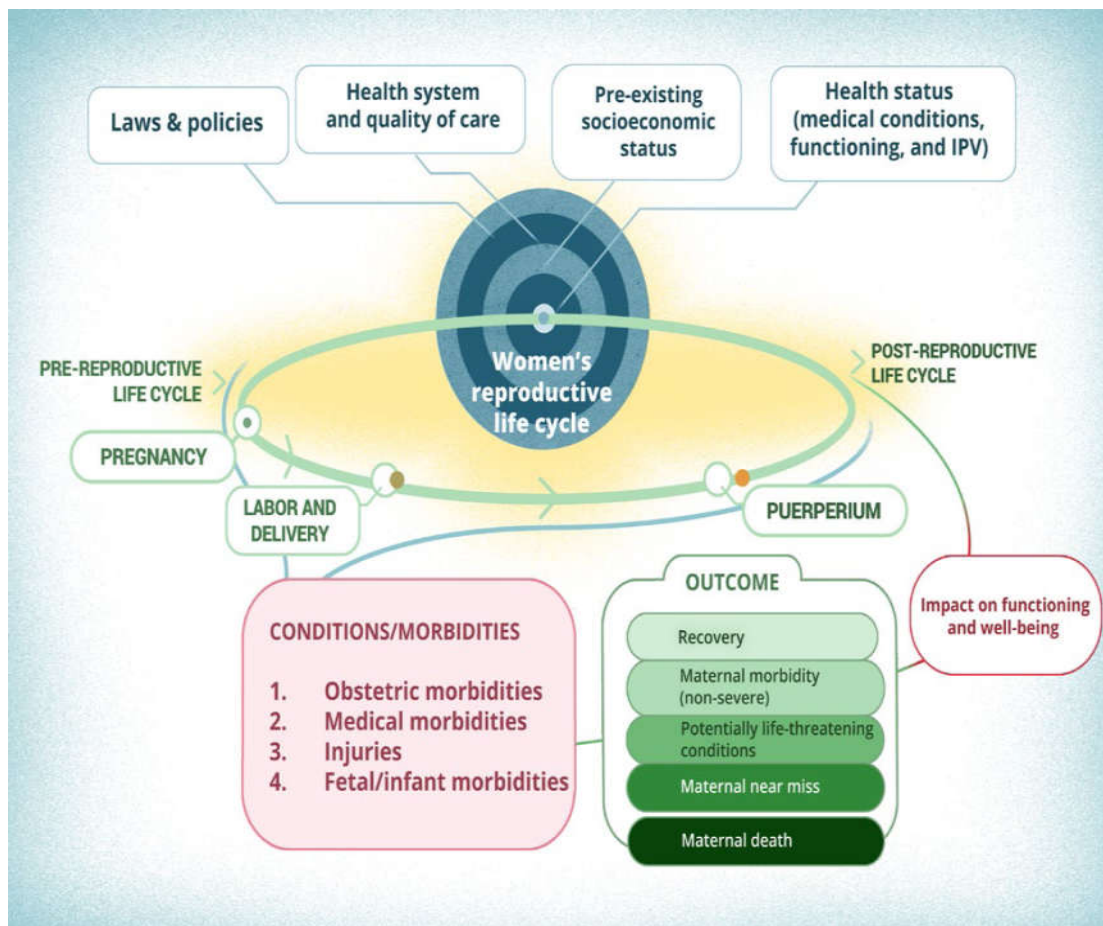
آنچه در باره مرگ و میر مادران گفته شد تنها به مثابه قله کوه یخ است و این نمایانگر همه واقعیت‌ها نیست. همچنانکه حجم عظیم کوه یخ در زیر سطح آب و غیر قابل مشاهده می‌باشد حجم عظیم مسئله مرگ مادر نیز ناتوانی و بیماری مادران است که ظاهرا مشهود نمی‌باشد. تخمین زده می‌شود که چندین ده برابر مرگ مادر، بیماری و ناتوانی مادر وجود دارد. یعنی زنانی هستند که در اثر بارداری و زایمان به یکباره نمرده اند ولی سلامتی و کیفیت زندگی آنان گاه تا آخر عمرشان به مخاطره افتاده است و زنان، خانواده‌ها و جامعه را در رنج و مشقت انداخته است. بیماری و ناتوانی مادر طیف گسترده ای دارد مثل شوک، نارسایی کلیه، عفونت، تشدید بیماری‌های قلبی، بی اختیاری ادرار و مدفوع، ظهور پرفشارخونی، دیابت، سوء تغذیه، کم خونی و غیره. به مجموع نارسایی ارگان و اختلال در ارگان Near Missed گفته می‌شود.



نمودار ۱- هرم پیوستگی مرگ و میر مادران (Maternal Mortality and Morbidity)

این مسایل به‌طور منسجم ارزیابی نشده و گزارش نمی‌گردد. چه بسا زنان میان‌سال با بیماری‌های مزمنی زندگی می‌کنند که از زمان بارداری شروع شده‌اند. این مسئله دارای اهمیت می‌شود که با مراقبت‌های دقیق و ماهرانه در قبل از بارداری، بارداری و وضع حمل و بعد از آن نه تنها می‌توان سلامت مادران در این دوره‌ها را تثبیت کرد بلکه می‌توان کیفیت زندگی آن‌ها را تا آخر عمرشان تضمین نمود.

همچنانکه در نمودار شماره ۱ مشاهده می‌شود. اصطلاح Near Miss که شامل نارسایی و اختلال فعالیت ارگان‌ها است خود را در همسایگی مرگ، نشان می‌دهد. یعنی مادر نمرده است ولی به عنوان مثال نارسایی کلیه را تا آخر عمری که کیفیت آن افت پیدا کرده است باید متحمل شود. در سال‌های اخیر، ابعاد دیگری از سلامت نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند، مثلاً با توجه به رخداد قابل توجه افسردگی‌های بعد از زایمان، غربالگری و مراقبت‌ها و خدمات لازم در این زمینه بیش از پیش، ضرورت پیدا کرده است.



شکل ۱ - چارچوب ارزیابی و اندازه‌گیری بیماری‌ها و ناتوانی‌های مادران (MMM)

اخیرا به استانداردسازی تعریف، مفهوم سازی مجدد و ارزیابی و اندازه‌گیری بیماری‌ها و ناتوانی‌های مادران (Maternal Morbidity Measurement - MMM) توجه بیشتری شده است. این عوارض

چه بسا سلامتی و کیفیت زندگی زنان را تا آخر عمر تحت تاثیر جدی خود قرار دهد. به طور مثال در سال ۲۰۱۵، ۲۷ میلیون دوره بیماری و ناتوانی ناشی از پنج عارضه متداول علت مستقیم مرگ مادری (مسمومیت بارداری، خونریزی بعد از زایمان، عفونت بعد از زایمان و عوارض سقط جنین) را محاسبه کرده اند. موضوع پر اهمیت دیگر در سلامت مادران، رسیدگی و رصد کردن وضعیت مادران در روزهای بعد از وضع حمل می باشد. درصد قابل توجهی از مادران به علل مختلف به این خدمات دسترسی پیدا نمی کنند و چه بسا مرگ ها، بیماری و ناتوانی ها از این زمان نشأت می گیرد.

برنامه های سلامت مادران (Safe Motherhood)

این برنامه ها نه تنها از مرگ ها، بیماری ها و ناتوانی ها پیشگیری می کند بلکه سطح سلامت را ارتقاء می دهد کیفیت زندگی زنان را در طی دوره بارداری، زایمان و پس از زایمان و طول عمر آنها بهبود می بخشد. سلامت نوزادان را تامین می کند و بیماری ها و مشکلات بزرگسالی آنان را کاهش می دهد. سلامت نوزاد، کودک خانواده و جامعه تامین می شود. برنامه های سلامت مادران، مراقبت جهت ارتقاء، پیشگیری، درمان و نوتوانی هستند. هدف نهایی آن ها، سلامتی در تمام طول و عرض زندگی است.

مادر و کودک به مثابه یک واحد

در ارائه خدمات به مادر، دو نفر دریافت کننده خدمت، وجود دارد که توجه به سلامت هر دو به طور همزمان ضروری است (مانند تجویز دارو به زنان باردار و یا در حال تغذیه کودک با شیر مادر، انجام عمل جراحی بر روی مادر و ...) بعضی از بیماری های مادر در دوران بارداری ممکن است بر جنین، آسیب برساند، مانند ایدز، سرخچه، توکسوپلاسموز... مصرف برخی داروها توسط مادر ممکن است باعث آسیب به جنین شود مثل: استرپتومایسین، تتراسیکلین، ال اس دی و ... مادرانی که سوء مصرف مواد دارند جنین ها و کودکان خود را نیز معتاد می سازند.

در دوران بارداری، جنین بخشی از وجود مادر است. در این مدت، جنین همه مواد لازم و اکسیژن را از مادر خود دریافت می کند. سلامت کودک در رابطه نزدیک با سلامت مادر است. مادر سالم، کودک سالم به دنیا می آورد و کمتر احتمال دارد که زایمان زودرس، مرده زایی یا سقط داشته باشد. پس از تولد هم کودک، وابسته به مادر است و این وابستگی حداقل تا شش یا نه ماهگی از نظر تغذیه به صورت کامل است. تکامل روحی و عقلی کودک هم به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مادر، بستگی دارد. اگر مادر تلف شود، رشد و تکامل کودک آسیب می بیند. پدیده شومی که "سندرم محرومیت از مادر" نامیده شده است. از نظر تربیتی و الگوی رفتاری هم، مادر اولین آموزگار کودک می باشد.

دقت به این موضوع منجر به برنامه های ترکیبی مادر و کودک شده است. در حصول سلامت جنین، کودک و مادر آگاهی از عوامل مختلف و موثر اهمیت دارد. موضوع حاملگی، یک پدیده صرفاً بیولوژیکی نیست بلکه حاصل تعامل متقابل عوامل زیست محیطی و اجتماعی و باروری انسان است.

سن به هنگام زناشویی و بارداری، الگوهای باروری، سطح آموزش، وضعیت اقتصادی، باورها و رسوم،

نقش زن در جامعه و ... از عواملی هستند که بر سلامت مادر و کودک تاثیر می گذارند.

تقسیم بندی فرایند مادری از نظر زمانی

- دوران پیش از بارداری شامل بلافاصله قبل از بارداری، دوران نوجوانی و بلوغ، دوره کودکی و دوره جنینی می شود.
- لقاح
- دوران بارداری
- دوره وضع حمل
- دوره بعد از وضع حمل
- دوره های بین بارداری ها

مراقبت های قبل از بارداری

منظور این است که مادر با حالت سلامت خوب وارد بارداری شود تا به سلامت نیز از آن خارج شود، در حالیکه نوزاد سالمی نیز در آغوش دارد. هر زن و مردی قبل از عمل زناشویی و بچه دار شدن باید به همه شرایط (سلامت مادر و خانواده- نیازهای کودک ...) فکر و عمل کنند.

برای داشتن بارداری موفق مراقبت هایی حتی قبل از ازدواج صورت گرفته باشد مثل رشد و نمو کامل دختران، وضعیت تغذیه، ورزش، واکسیناسیون (کزاز، سرخجه، هپاتیت) دختران از نظر رشد جسمی، عاطفی و اجتماعی برای این وظیفه مهم آمادگی داشته باشند.

برای این منظور باید برنامه ریزی انجام شود تا لقاح منجر به تولد یک نوزاد سالم گردد. بنابر این زن و مردی که تمایل به بچه دار شدن دارند حتما باید از همه ابعاد، وضعیت خود را بررسی کنند و کودکی را در بهترین شرایط به دنیا بیاورند. حتما قبل از اقدام به بارداری به مراکز بهداشتی یا پزشکان مراجعه کنند و مراقبت ها و توصیه های لازم قبل از بارداری را دریافت کنند. با مشاوره و انجام آزمایشات می توان برای امر بارداری و کودک سالم اقدام نمود. مثلا در این دوران است که می توان کم خونی یا دیابت نهفته زن را تشخیص داد و با درمان و کنترل آن سلامت مادر، جنین و کودک را تضمین نموده و از عوارض بارداری های **نیازمند مراقبت های ویژه**، پیشگیری کرد. یا اگر چنانچه در خانواده سابقه بیماری های خاصی وجود دارد یا مادر سابقه فرزند ناقص الخلقه یا مرگ داخل رحمی داشته باشد، مشاوره های لازم ژنتیک انجام شود و از تکرار مشکلات، پیشگیری شود.

مراقبت های بارداری

بارور شدن تخمک (سلول جنسی زن) توسط اسپرم (سلول جنسی مرد) منجر به تشکیل سلول تخم می گردد و پس از تقسیمات مکرر، تبدیل به جنین می شود که طی دوران بارداری در رحم مادر و داخل کیسه ای که حاوی مایع آمنیوتیک است قرار گرفته و رشد می کند. جنین از طریق بند ناف و جفت، کلیه مواد غذایی و

اکسیژن لازم را برای رشد و نمو از مادر دریافت می کند. طول مدت متوسط حاملگی طبیعی در انسان که معمولاً از اولین روز آخرین قاعدگی منظم، محاسبه می شود ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته می باشد.

هدف از مراقبت های دوران بارداری این است که بارداری ها، به تولد نوزاد سالم، منجر شود، بدون اینکه سلامت مادر، آسیب ببیند.

قبل از وقوع بارداری های نیازمند مراقبت های ویژه باید آموزش ها حمایت ها و اقدامات مراقبتی لازم صورت گیرد تا مادر و جنین، دوران بارداری و جنینی را به سلامت، سپری کنند. امروزه موارد زیر جزو اینگونه بارداری ها طبقه بندی می شوند و زن و مرد قبل از اقدام به بارداری باید نسبت به آنها آگاهی پیدا کنند و توجه ویژه ای باید برای تشخیص و کشف آن ها، معطوف شود.

بعضی از مصداق های نیازمندی به مراقبت های ویژه

- سن بالای ۳۵ سال، در شرایطی که مادر دچار مشکلات پزشکی و زمینه های مزمنی بوده و یا سابقه زایمان های نیازمند مراقبت های ویژه مکرری را نیز داشته باشد.
 - بارداری زنی که سابقه ۴ بار یا بیشتر زایمان داشته باشد
 - بارداری مکرر به فاصله کمتر از دو سال
 - بارداری دختران و زنان عقب افتاده ذهنی
 - بارداری زنانی که مشکلات سلامتی دارند
- بدیهی است با پیشگیری از موارد فوق و تحت پوشش قرار دادن زنان نیازمند مراقبت های ویژه، میزان قابل توجهی از مرگ و میر مادران و نیز کودکان در جوامع کاسته خواهد شد.

سایر مصداق های بارداری نیازمند مراقبت ویژه

- سابقه بیماری های مختلف
- سابقه وقایع ناخوشایند در بارداری های قبلی که سلامتی مادر و جنین را به خطر انداخته است
- وضعیت نامناسب مادر از نظر تغذیه

مهم این است که در باره باردار شدن در شرایط فوق دقت شود و هشیاری جدی از طرف زن، همسر، خانواده و جامعه انجام پذیرد. ضمناً هر بارداری یک رویداد ویژه است و می باید از دسترس بودن خدمات بهداشتی - درمانی ضروری با کیفیت مطلوب، اطمینان حاصل شود.

مراقبت های دوران وضع حمل و زایمان

هرچند زایمان، یک فرایند فیزیولوژیک است ولی احتمال وقوع عوارض برای مادر و نوزاد در هر زایمانی وجود دارد. هدف از مراقبت های دوره زایمان، سلامت مادر و کودک است که باید همواره بدون عفونت، با حداقل آزردهی برای مادر و کودک باشد و برای رویارویی با عوارض مامایی، آمادگی وجود داشته باشد و بخصوص وضع حمل، توسط افراد دوره دیده انجام شود.

روش‌های وضع حمل:

- زایمان واژینال (طبیعی)
- زایمان واژینال همراه با وسایلی مثل فورسپس یا واکيوم (که در مامایی مدرن جایگاهی ندارد)
- سزارین

در سال‌هایی که سزارین معرفی نشده و یا اقدام ایمنی به حساب نمی‌آمد **مادرانی که قادر به زایمان طبیعی نبودند** در جریان زایمان، جان خود را از دست می‌دادند. ولی با معرفی و کاربرد سزارین، میزان موارد مرگ چنین مادرانی کاهش یافت و از میزان مرگ نوزادان آنها نیز کاسته شد.

قابل تاکید است که هدف از انتخاب و انجام روش وضع حمل، سلامت مادر و نوزاد است. که در درجه اول در اغلب موارد با **زایمان طبیعی** در شرایط مطلوب حاصل می‌گردد. ولی در صورتی که زایمان طبیعی به طور قطع، سلامت مادر و نوزاد را تهدید کرده و منجر به مرگ آنان شود سزارین به عنوان روش انتخابی زایمان در نظر گرفته می‌شود و لذا هر روشی که در نهایت، سلامت مادر و نوزاد را تامین و تضمین نماید به عنوان روش انتخابی، برگزیده خواهد شد.

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، درخصوص لزوم کاهش موارد عمل سزارین و فراهم کردن شرایط مطلوب جهت زایمان طبیعی و ارائه خدمات زایمان بدون درد، تاکید می‌کند.

به‌طور کلی لازم است مادران، نسبت به انجام **زایمان طبیعی** در مواردی که اندیکاسیون‌های شناخته شده سزارین را ندارند، آگاهی و آمادگی پیدا کنند تا دوره بارداری خود را با خاطری آسوده، سپری نمایند. بدیهی است که شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، آماده کردن ذهن و باور دختران، مادران و همسرانشان نسبت به زایمان طبیعی بسیار مفید و راهگشا خواهد بود.

تاکید بر زایمان طبیعی در متن قانون حمایت از خانواده در جمهوری اسلامی ایران

ماده ۴۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است امکان زایمان طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان انجام و متناسب با آمایش سرزمینی، ظرف حداکثر ۲ سال پس از ابلاغ این قانون، با توجه به استانداردهای سطح بندی آرایه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یکساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد، دسترسی داشته باشند.

ماده ۵۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راستای تأمین، حفظ، ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان سزارین نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی، اقدام به اجرای موارد ذیل نماید و گزارش اقدامات و نتایج حاصل را هر سه ماه یکبار به **ستاد عالی جمعیت و خانواده** ارائه نماید.

الف- یکپارچه سازی سیاست‌های ترویج **زایمان طبیعی** و کاهش سزارین در حوزه‌های بهداشت، درمان، آموزش، پژوهش، غذا، دارو، خدمات بیمه ای و برقراری ارتباط منطقی بین آنها

ب- آموزش و فرهنگ سازی برای **زایمان طبیعی** و آموزش‌های فردی به مادر باردار و خانواده

- پ- برقراری نظام تضمین کیفیت مهارت آموزی و ارائه خدمات مراقبت بارداری و زایمان در قالب کار گروهی توسط ماماها، پزشکان و متخصصان زنان و زایمان، اطفال، بیهوشی و بقیه نیروهای مرتبط
- ت- پذیرش دستیار زنان و زایمان متناسب با سهمیه مناطق با اولویت مناطق محروم و ممانعت از خروج متخصصان از محل تعیین شده در زمان پذیرش سهمیه مناطق
- ث- اصلاح تعرفه ها و کارانه در جهت افزایش زایمان طبیعی
- ج- ممنوعیت پرداخت بیمه در موارد سزارین به درخواست مادر
- چ- توسعه منظم و منسجم زایمان های بدون درد با تجهیز بیمارستان های دانشگاهی و تامین متخصص و تکنسین بیهوشی و مانند آن به عنوان جایگزین سزارین به میزان سالانه پنج درصد (۵٪) افزایش، نسبت به سال پایه و تاثیر گذاری آن بر شاخص های اعتبارسنجی بیمارستان ها.
- ح- ارتقای کیفیت مراقبتهای بارداری در راستای فرزند آوری و زایمان طبیعی، مبتنی بر پرونده الکترونیک یکپارچه و برخط سلامت با امکان دسترسی در کلیه بخش های بهداشت و درمان دولتی و غیردولتی، بر اساس استقرار راهنماهای بالینی سلامت مادر و جنین و با رعایت سطح بندی خدمات ...
- ماده ۴۶- در این ماده نیز بر ممنوعیت سزارین غیرضروری با بازآموزی و تربیت کارکنان و ارائه دهندگان این آموزش ها تاکید شده است. (لطفا ادامه مطالب مربوط به ماده ۵۰ را در وبگاه مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی در آدرس <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266> مطالعه فرمایید).

مراقبت های بعد از وضع حمل

دوران بعد از زایمان که به نقاهت بعد از زایمان Puerperium و دوره نفاسی و "چله" هم موسوم است شش هفته یا ۴۲ روز (چله) بعد از زایمان است. این دوره، زمان برگشت به حال عادی است. هدف بازگشت سریع مادر به بهینه وضع سلامت و پیشگیری و تشخیص زودرس عوارض و درمان به موقع می باشد. بدیهی است آگاهی و هوشیاری زن، همسر و سایر اعضای خانواده، می تواند با ارجاع به موقع به مراکز سلامت در تامین سلامت مادر و نوزاد سالم، چه در این دوره و چه دوره های مراقبتی پیش گفت، نقش ویژه داشته باشد.

اصول سلامت مادران

برای نیل به اهداف سلامت مادران که همانا مادر سالم و نوزاد سالم در انتهای یک حاملگی می باشد، علاوه بر بهبود مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت، اصول زیر نیز ضروری می باشد.

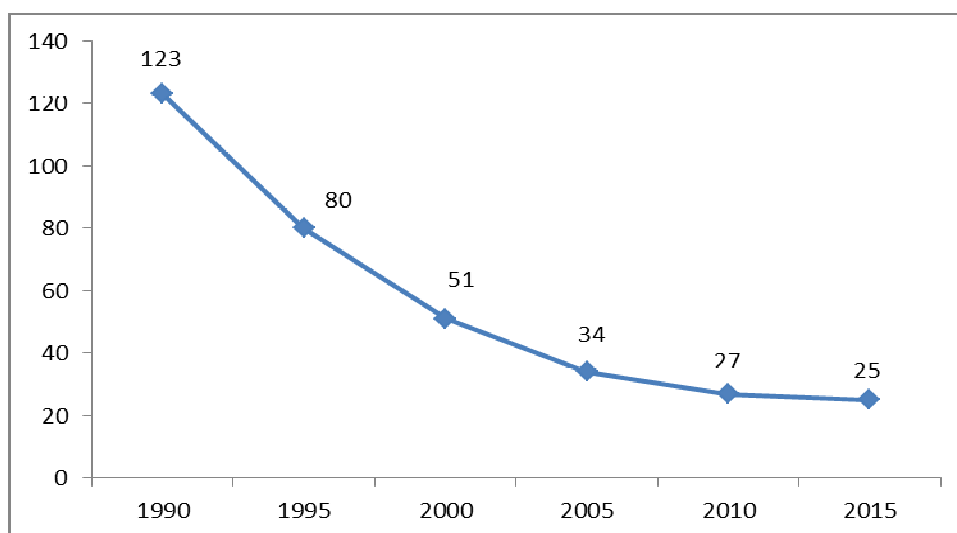
- مراقبت های قبل از بارداری و بخصوص بارداری های نیازمند مراقبت های ویژه
- مراقبت های دوران بارداری و کشف زودرس علایم خطر و عوارض
- امکان دسترسی سریع به تسهیلات و امکانات ضروری
- وجود تسهیلات و امکانات ضروری اورژانس (تیم متخصص، بانک خون، دارو ...)
- انجام وضع حمل ایمن و بهداشتی تحت نظارت افراد دوره دیده
- انجام مراقبت های بعد از زایمان و کشف موارد نیازمند به مراقبت های ویژه
- بهبود وضعیت کلی اجتماعی اقتصادی و فرهنگی زنان

سلامت مادران در ایران

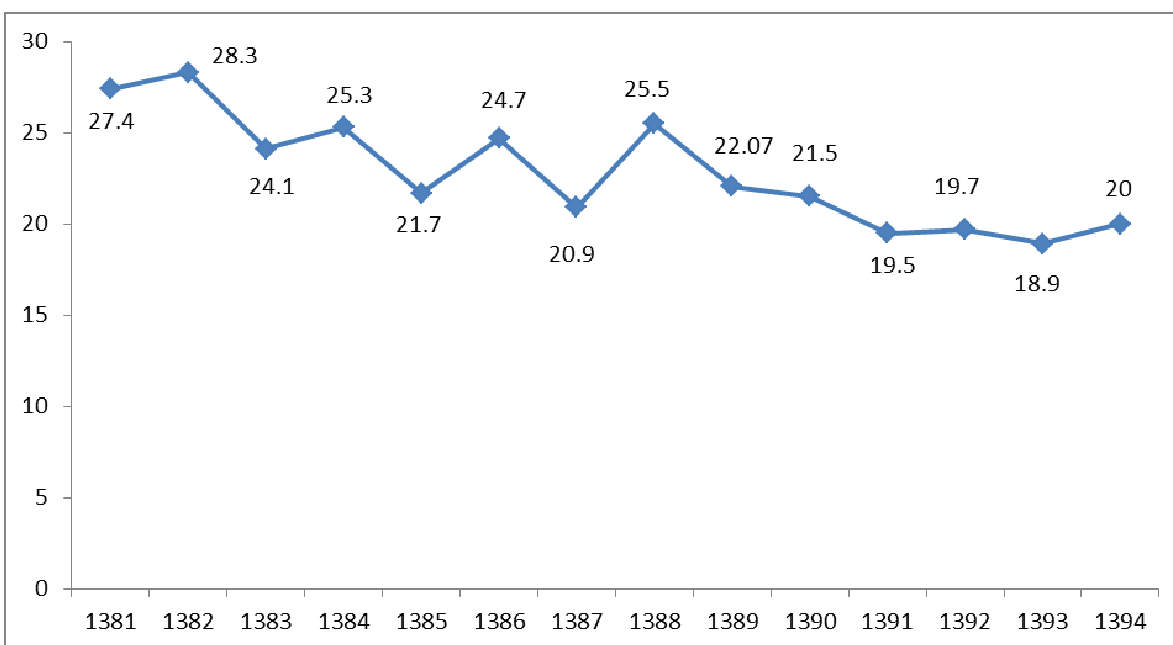
حلقه‌هایی به هم پیوسته، زنجیره‌ای را تشکیل داده است تا سلامت مادران، حفظ شود و در پایان بارداری، نوزادی سالم در آغوش مادری سالم قرار گیرد. اعضاء خانواده، بهورز در خانه بهداشت، کارشناس مامایی و پزشک در مراکز بهداشتی درمانی و متخصص در بیمارستان، افراد و امکاناتی هستند که برای سلامت مادر، تمهید شده و آن را حمایت، حفاظت و ارزیابی می‌کنند. در صورت ضعف در برخی از حلقه‌ها و عدم اتصال به حلقه‌های دیگر، مرگ و میر و بیماری و ناتوانی مادر، جنین و نوزاد، نتیجه نهایی بارداری خواهند بود. بدیهی است حفظ و تامین سلامت مادر و جنین، فقط در حیطه نهادهای رسمی بهداشتی نبوده بلکه در گروه دیدگاه و عملکرد صحیح سایر نهادهای جامعه و عوامل توسعه از قبیل برنامه ریزی، فرهنگ، راه و ... می‌باشد.

بهداشت مادر و کودک در ایران سابقه‌ای نسبتاً طولانی دارد. هم اکنون مراقبت از مادران باردار در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی از فعالیت‌های رسمی و کشوری بوده و فعالیت‌های گسترده‌ای در این زمینه برنامه ریزی و ارائه می‌شود. در سال ۱۳۷۴ در وزارت بهداشت کمیته‌ای تحت عنوان کمیته کاهش مرگ و میر مادران و نوزاد، 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 نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در سراسر کشور و دانشگاه‌های علوم پزشکی، در حال اجرا است.

ایران یکی از ۹ کشوری است که طبق "اهداف توسعه هزاره" توانست تا سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ نسبت مرگ و میر مادران را به دو سوم کاهش بدهد. در ایران در سال ۱۳۹۳ MMR (مساوی ۲۰ تا ۲۵ گزارش گردیده و در سال ۱۳۹۴ هم مشخص شده است که ۱۷-۷٪ مرگ‌ها در منزل رخ داده است.



نمودار ۲- روند مرگ مادران در صد هزار تولد زنده در کشور ایران بر اساس ارقام تخمینی سازمان جهانی بهداشت (گزارش سال ۲۰۱۵ میلادی)



نمودار ۳- نسبت مرگ مادران در ایران بر اساس نظام مراقبت مرگ مادر

در سال ۱۳۷۴ بیش از نیمی از مرگ‌ها در روستا و بین راه بوده است. این نشان از بهبود در رفتار خانواده‌ها در مراجعه به بیمارستان و استفاده از خدمات می‌باشد.

براساس آخرین اطلاعات منتشرشده از عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری توسط وزارت بهداشت در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۶ اطلاعات زیر می‌توانند در کاهش مرگ و میر مادران راهگشا باشند.

- در ۷۷ درصد موارد مرگ مادران، مراقبت پیش از بارداری وجود نداشته‌اند.
- در ۷۴ درصد موارد، یک عامل خطر نیز داشته‌است.
- در ۷ درصد موارد مرگ، اعتیاد به مواد مخدر داشته‌اند.
- در ۴۳ درصد موارد مرگ، مراقبت دوران بارداری را در زمان مناسب شروع نکرده‌اند.
- در ۴۳ درصد موارد تعداد مراقبت‌ها متناسب با سن بارداری نبوده‌است.
- در ۲۵ درصد مرگ‌ها در دوره بارداری، در ۷ درصد موارد در زمان زایمان و در ۶۸ درصد، پس از زایمان اتفاق افتاده‌است.
- در ۴۵ درصد موارد، مرگ به دلیل تاخیر در تصمیم‌گیری از طرف خانواده بوده‌است.

توجه به واقعیات فوق، می‌تواند بر مداخلات مورد نیاز جهت کاهش هرچه بیشتر مرگ و میر مادران در ایران تاکید نماید. مثلاً به موازات خدمات انجام شده در حال حاضر، می‌بایست مراقبت‌های پس از زایمان، تقویت شوند. با عملیاتی شدن مراقبت در منزل از مادر و کودک می‌توان این نقطه ضعف را از بین برد. با آگاه‌سازی جامعه درباره مراقبت‌های قبل از بارداری و کشف عوامل زمینه‌ای می‌توان در این مسیر موفق‌تر بود.

در گزارش توصیفی اطلاعات استخراج شده از مرگ مادر در سال ۱۳۹۵، شایع‌ترین علل به‌قرار زیر بوده است: عوارض غیر مامایی ۲۳/۵٪، خونریزی ۲۱/۵٪، اختلال فشار خون در بارداری، زایمان و پس از زایمان ۱۲٪

درصد، سایر عوارض مامایی ۱۵٪.

مداخلات زمان بندی شده برای کاهش مرگ و بیماری و ناتوانی‌های مادران

می‌توان مداخلات لازم را به سه گروه فوری، میان مدت و طولانی مدت تقسیم کرد. اقدامات فوری: شامل مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، حضور تیم متخصص، بیمارستان و اطلاق عمل مجهز، تامین داروهای مورد نیاز و بانک خون می‌باشد. برای اینکه بتوان تعداد مشتریان خدمات فوری را کاهش دهیم می‌توان اقدامات زیر را انجام داد. اقدامات میان مدت: شامل اقدامات در جهت بهبود تغذیه، درآمد و آموزش می‌باشند. مثلاً با بهبود تغذیه و برخورداری از حمایت‌هایی که در متن قانون حمایت از خانواده و بخصوص مواد ۲۴ و ۵۵ درج شده است و بخصوص زنانی که نیازمند مراقبت‌های ویژه هستند و ممکن است در سیر بارداری دچار عوارض نامطلوبی شوند را می‌توان از مسیر خطر، دور کرد. اقدامات طولانی مدت: با برقراری عدالت اجتماعی و بهبود وضعیت زنان که ثمرات طولانی مدت دارد می‌توان به‌طور فاحش سلامت مادران، نوزادان و کودکان را در جامعه نهادینه ساخت.

منابع

- Filippi V, Chou D, Barreix M, Say L. (The WHO Maternal Morbidity Working Group –MMWG -), A new conceptual framework for maternal morbidity. Int J Gynecol Obstet 2018; 141 (Suppl. 1): 4–9. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12463> . [Last accessed on 2019 February].
- WHO. From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2015. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/> . [Last accessed on 2019 February].
- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، ویرایش سوم، بازنگری دوم، ۱۳۹۵، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، دفتر سلامت مادران
- مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
- گزارشات سازمان جهانی بهداشت
- گزارشات بانک جهانی
- گزارشات سازمان ملل
- برنامه سلامت مادران، گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادر، مهر ماه ۹۶
- سازمان ملل، صندوق جمعیت ملل متحد، کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه، ICPD,94، خلاصه ای از برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه،
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان، بیمارستان‌های دوستدار مادر.
- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در جمهوری اسلامی ایران. در آدرس: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266> قابل دسترس در فروردین‌ماه ۱۴۰۲ ه. ش.