

حقوق بشر و سلامت زنان باردار

● مرگ یک زن در دوران بارداری نه تنها مسئله‌ای بهداشتی است، بلکه از آن مهم‌تر بیانگر بی‌عدالتی اجتماعی نیز هست.

در رابطه با سلامت زنان باردار است، راه روشنی را قرار می‌دهد.

حقوق بشر و سلامت زنان باردار

مرگ یک زن در دوران بارداری نه تنها یک مسئله بهداشتی است، بلکه از آن مهم‌تر بیانگر بی‌عدالتی اجتماعی نیز می‌باشد.

از بسیاری از موارد بیانیه حقوق بشر که در حال حاضر مورد تأیید قانون اساسی، معاهده‌های بین‌المللی و منطقه‌ای در مورد حقوق بشر است، در جهت تأمین سلامت و بهداشت زنان باردار می‌توان بهره جست. اساس و بنیان بسیاری از این معاهده‌ها و پیمان‌ها را بیانیه‌ی حقوق بشر سال ۱۹۴۸ تشکیل می‌دهد (۱): از این میان می‌توان به «معاهده لغو هرگونه تبعیض نسبت به زنان» (۲)، معاهده حقوق مسلم کودکان، (۳) معاهده اروپایی احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، (۴) و معاهده آمریکایی حقوق بشر (۵) و بیانیه آفریقا در مورد حقوق بشر و مردم (۶) اشاره نمود.

سواردی از حقوق بشر را که به تأمین سلامت

● دولت‌ها موظفند برای زنان خدمات بهداشتی و دیگر لوازم لازم زندگی خانوادگی را فراهم کنند.

بهداشت زنان باردار مربوط باشند را در چهار گروه زیر می‌توان قرار داد:

□ حقوق مربوط به زندگی، آزادی و ایمنی فرد
بر این اساس دولت‌ها موظف هستند تا هم وسایل بهداشت و سلامت مادر در دوران بارداری و زایمان را تأمین کنند و هم حق تعیین زمان و تعداد دفعات بارداری و زایمان را برای زنان تضمین کنند. بنابراین دولت‌ها باید عوامل اقتصادی، حقوقی، اجتماعی و

برای جوامع آنان یک تراژدی است. میزان بالای مرگ و میر مادران تنها یک مشکل مختص به زنان نیست. پایین بودن سطح بهداشت و سلامت مادران که بی‌شک به دنبال خود پایین بودن سطح بهداشت و سلامت نوزادان و کودکان را دارد، همگان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

زنان ستون‌های اصلی خانواده، آموزگاران اول و اصلی کودکان، تأمین کنندگان بهداشت و سلامت و مراقبت کنندگان از جوانان و سالمندان می‌باشند و به همان ترتیب زنان به عنوان کشاورز و تاجر عمده‌ترین - اگر نگوییم تنها - نان‌آور خانواده هستند. جامعه‌ای که از مساعدت‌های زنان محروم باشد، دچار رکود اقتصادی، اجتماعی، فقر فرهنگی و محدودیت در قابلیت‌های رشد و توسعه خواهد گشت. در سال ۱۹۸۷ اولین کنفرانس بین‌المللی ایمنی مادران در کشور نایروبی برگزار شد. هدف از برگزاری این همایش کاهش میزان مرگ و میر مادران به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۰۰ نسبت به میزان سال ۱۹۹۰ بود.

این هدف بعدها توسط حکومت‌های ملی و دیگر کنفرانس‌های بین‌المللی ذیل دنبال گردید. الف: کنفرانس سران جهان در مورد کودکان در شهر نیویورک در سال ۱۹۹۰.

ب: کنفرانس بین‌المللی در مورد جمعیت و توسعه در شهر قاهره در سال ۱۹۹۴.

ج: کنفرانس چهارم جهانی در مورد زنان در شهر پکن در سال ۱۹۹۵.

اکنون دانش ما نسبت به ده سال گذشته درخصوص مداخله‌های مؤثر، موانع موجود بر سر راه مراقبت از زنان، محدودیت‌های موجود در اجرای برنامه‌ها و تأمین عناصر خاص برای مراقبت از زنان افزایش یافته است. در اکتبر سال ۱۹۹۷ به مناسبت دهمین سالگرد ابتکار ایمنی مادران، همایشی به نام مشاوره‌ی فنی بین‌المللی برگزار شد. در این همایش تجربیات گذشته به‌طور گسترده مورد بحث قرار گرفتند.

در طی راپرتی‌های صورت گرفته در این همایش، عوامل سازمان ملل متحد که از نزدیک در ارائه و بهبود برنامه‌های بهداشتی نقش داشتند در مورد نوع و هزینه اقدامات کارآمد و چگونگی اجرای مؤثر برنامه‌ها به یک توافق نهایی دست یافتند. بیانیه پایانی آن‌ها منعکس کننده این توافق بوده و در مقابل هر کسی که به نحوی

یکی از مسائل حقوق بشر، سلامت زنان باردار است. روزانه در هر دقیقه، در گوشه‌ای از دنیا زنی بر اثر مشکلات ناشی از دوران بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهد و این در حالی است که اکثریت این مرگ‌ها قابل پیش‌گیری است.

حق زیستن یک حق اساسی بشر به‌شمار می‌آید که نه تنها به مفهوم محافظت در برابر اعدام خودسرانه حکومت است بلکه بدین معنی نیز است که دولت‌ها وظیفه دارند شرایط لازم را برای زیست و بقا مهیا سازند. حقوق بشر جنبه جهانی داشته و بایستی بدون هیچ‌گونه تبعیضی از هر نوع از جمله تبعیض به‌خاطر جنسیت به‌کار گرفته شوند. حقوق انسانی در مورد زنان شامل حق برخورداری از خدماتی می‌شود که بارداری و زایمان ایمن را برای آن‌ها تضمین می‌کند. از شروع دهه‌ی ۱۹۴۰ میلادی مرگ و میر مادران در کشورهای پیشرفته به‌طور فزاینده‌ای کاهش پیدا کرده است. اما همین مطلب در مورد کشورهای در حال توسعه مصداق پیدا نمی‌کند. تداوم مرگ و میر بالای مادران، بیانگر بی‌توجهی به اساسی‌ترین حقوق انسانی زنان در این کشورهاست. عواقب این بی‌توجهی در درجه‌ی اول متوجه فقرا، محرومان و مستضعفان است.

برای بیش از نیم میلیون از زنان، مرگ آخرین قسمت از داستان طولانی درد و رنج می‌باشد. علاوه بر این، میلیون‌ها زن دیگر دچار آسیب‌دیدگی و معلولیت می‌شوند که در بسیاری از آنان این حالات تا پایان عمر باقی می‌ماند.

تأثیرات این رنج و محنت اغلب از مرزهای فیزیکی پسا فراتر گذشته و بر توانایی زنان برای قبول مسئولیت‌های اجتماعی و اقتصادی و سهیم شدن در رشد و تکامل جوامع خویش تأثیر منفی می‌گذارد. مرگ و میر مادران برای تک‌تک زنان، برای خانواده‌ها و

● **جامعه‌ای که از مساعدت‌های زنان محروم باشد، به رکود اقتصادی، اجتماعی، فقر فرهنگی و محدودیت در قابلیت‌های رشد و توسعه دچار خواهد شد.**

بهداشتی که زنان را از این حقوق محروم می‌سازند را شناسایی کنند.

□ **حقوق مربوط به ایجاد خانواده و زندگی خانوادگی**

بر این اساس دولت‌ها موظف هستند تا خدمات بهداشتی و دیگر لوازم لازم برای ایجاد خانواده و لذت بردن از زندگی خانوادگی را برای زنان فراهم سازند.

□ **حقوق مربوط به بهداشت و منافع حاصل از پیشرفت‌های علمی**

از قبیل افزایش میزان آموزش و اطلاعات در مورد بهداشت و سلامت که دولت را موظف می‌سازند با ایجاد بانک‌های اطلاعاتی بهداشت فرد را از نظر جنسی و توانایی در باروری تضمین کند. با رعایت بهداشت اولیه، بدون در نظر گرفتن رشد اقتصادی دولت، بی‌خطر بودن بارداری برای زن تضمین خواهد شد. در کانون حقوق مربوط به زن، حق برخورداری از اطلاعات کافی در مورد بهداشت بارداری قرار دارد که شامل مسائلی چون طرح‌ریزی خانوادگی، سقط‌جنین و آموزش جنسی می‌شود.

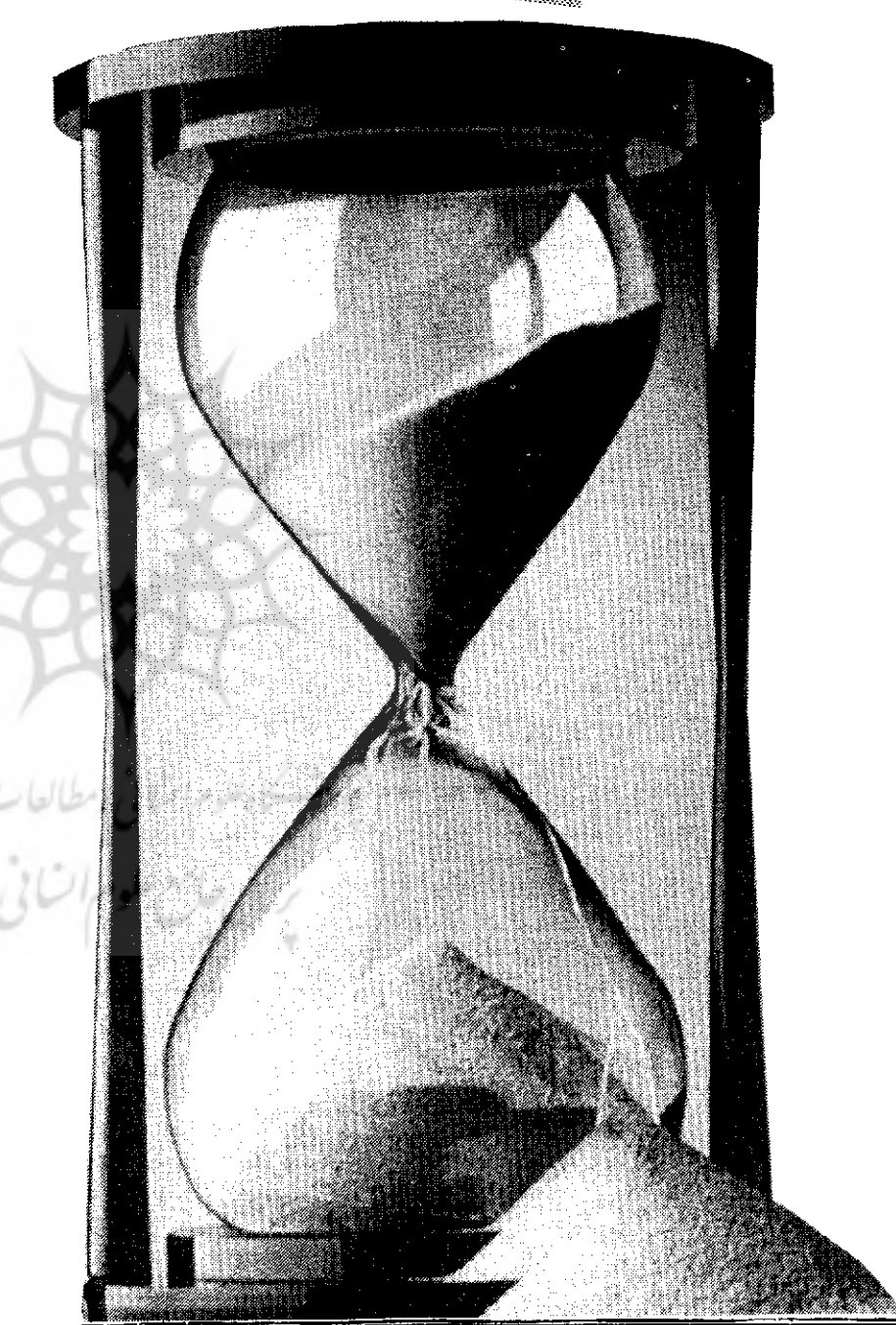
□ **حقوق مربوط به مساوات و محرومیت‌زدایی**

دولت برای تأمین این حقوق، بدون در نظر گرفتن مسائلی چون جنسیت، وضعیت تأهل و طبقه‌ی اجتماعی یا اقتصادی باید وسایل لازم جهت آموزش و بهداشت زنان را تأمین کند. بعضی از این سیاست‌های تبعیض‌آمیز عبارتند از: نیاز به کسب اجازه شوهر برای انجام بعضی از اقدامات بهداشتی و به همین ترتیب در مورد دختران حاکمیت والدین تأثیری افتراقی بر آن‌ها دارد و بعضی از قوانین که انجام بعضی از درمان‌های پزشکی مختص به زنان را جرم می‌داند. دولت‌هایی که نتوانند قوانین مربوط به حفظ مؤثر منافع زنان و یا اختصاص منابع بهداشتی مناسب برای بارداری و زایمان ایمن را به‌طور کارآمد اجرا کنند، از وظایف خود قصور ورزیده‌اند.

اقداماتی که دولت‌ها برای ارتقای میزان بارداری ایمن باید انجام دهند را در سه گروه می‌توان قرار داد:

□ **تغییر قوانین**، که مانع دستیابی زنان به بالاترین سطح بهداشت و تغذیه و کسب اطلاعات لازم در مورد باروری می‌باشند و نیز قوانینی که زن را ملزم به کسب اجازه شوهر یا یکی از افراد خانواده برای بهره‌جستن از خدمات بهداشتی خاص می‌کند.

□ **اجرای قوانین که حقوق زنان را از نظر تغذیه و بهداشت خوب و حفظ منافع بهداشتی تضمین می‌کند**. از این‌گونه قوانین می‌توان به قوانین مربوط به منع ازدواج کودکان، تغییر آلت تناسلی دختران، تجاوز و سوءاستفاده جنسی نام برد. همه باید نهایت سعی و



● عامل مشترکی که سبب مرگ حدود یک چهارم مادران می‌شود، خونریزی است که عموماً در دوران پس از زایمان روی می‌دهد.

تلاش خود را در امر اجرای قوانینی به کار گیرند که سبب تشویق زنان در رعایت زمان مناسب در بارداری و زایمان از نظر بهداشت و سلامت می‌شوند.

□ احترام به حقوق بشر، برای افزایش میزان بارداری و زایمان ایمن برای مادران، در قوانین و سیاست‌های ملی باید به حقوق بشر احترام گذارد.

ابعاد مشکل

مفهوم مرگ مادر چیست؟

فوت زن در دوران بارداری یا در ۴۲ روز اول پس از زایمان، بدون در نظر گرفتن مکان یا مدت بارداری، مرگ زایمان نام دارد. مسائل ناشی از بارداری یا شدت یافته توسط بارداری و یا مدیریت بارداری می‌تواند علت این مرگ و میر باشد. مرگ زایمان به دو گروه مستقیم و غیرمستقیم تقسیم می‌شود: در گروه اول علت‌های مرگ عبارتند از عوارض ناشی از زایمان، مکان زایمان و عوارض دوران پس از بارداری. این‌ها خود نیز از پنج علت سرچشمه می‌گیرند: خونریزی (که معمولاً پس از زایمان رخ می‌دهد)، عفونت و تشنج، به علت نارسایی فشار خون بالا، زایمان‌های سخت و عوارض ناشی از سقط‌جنین غیرایمن. علاوه بر این هرگونه تداخل عمل (Intervention)، تخلیه (Omission)، درمان غلط و هرگونه اتفاق ناشی از این مسائل می‌تواند این عوارض را به دنبال داشته باشند. بیماری‌هایی که زن از پیش به آن‌ها مبتلا بوده و یا بیماری‌هایی که زن در دوران بارداری به آن‌ها مبتلا شده است (اما بدون این‌که بارداری علت مستقیم آن باشد) اما تأثیرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری آن‌ها را تشدید کرده است، باعث مرگ‌های دسته دوم یعنی غیرمستقیم هستند. برای مثال می‌توان به بیماری‌هایی عفونی چون مالاریا، کم‌خونی، ایدز، اچ‌آی‌وی بیماری‌های عروقی - قلبی اشاره کرد.

ارزیابی مرگ مادران

عمدتاً برای این امر نوع ارزیابی صورت می‌گیرد: نسبت مرگ و میر در مادران، میزان مرگ و میر در مادران و سنینی که در آن خطر مرگ برای مادران زیاد است.

نسبت مرگ و میر در مادران

که بیانگر میزان خطر در هر بارداری می‌باشد.

شاخص محاسبه تعداد مرگ مادران در یک سال مشخص بر یکصد هزار زایمان موفق در همان مدت است. اگرچه از این محاسبه به‌طور سنتی به عنوان "میزان مرگ و میر" یاد می‌شود اما در حقیقت همان نسبت مرگ و میر می‌باشد.

میزان مرگ و میر در مادران

در این سنجش، هم خطرات زایمان و هم تعداد دفعاتی که زن با خطر مرگ مواجه است، مورد سنج قرار می‌گیرد. مبنای محاسبه تعداد مرگ‌ها در هر یکصد هزار زن است که به سن باروری (معمولاً بین ۱۵ تا ۴۹ سال) رسیده باشند.

در عمل از دو واژه "میزان" و "نسبت" به جای یکدیگر استفاده می‌شود. به همین دلیل برای پیشگیری از هر نوع توهم، هنگام اشاره به هر یک از این سنجش‌ها بهتر است که کاملاً مشخص شوند.

بررسی سنی که خطر مرگ زایمان وجود دارد:

در این سنجش سنی که هم احتمال بارداری و هم احتمال مرگ در آن وجود دارد و در طول زندگی زن روبه افزایش می‌گذارد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در چه مناطقی مرگ زایمان بیش‌تر دیده می‌شود؟

در مکان‌هایی که شدت مرگ زایمان بسیار زیاد است امکان بررسی آن بسیار کم‌تر است.

در اواخر دهه‌ی ۱۹۸۰ اولین برآوردها از میزان مرگ و میر زنان در اثر زایمان صورت گرفت. این بررسی‌ها مشخص ساخت که حدود ۵۰۰۰۰۰ زن سالیانه در اثر مسائل مربوط به زایمان جان خود را از دست می‌دهند. در سال ۱۹۱۶ سازمان‌های جهانی بهداشت و یونیسف براساس حجم روبه افزایش اطلاعات که در اواخر آن سال‌ها دسترسی به آن‌ها امکان‌پذیر شده بود نتایج حاصل از بررسی اول را برای سال ۱۹۹۰ اصلاح کردند و در نتیجه مشخص شد که به‌طور چشمگیری مشکل از آن چیزی که در بدو امر تصور می‌شد حادث‌تر است و نزدیک به ۶۰۰۰۰۰ مرگ زایمان در هر سال رخ می‌دهد که اکثریت مطلق آن نیز در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. (جدول ۱)

در کشورهای توسعه یافته نسبت متوسط مرگ زایمان ۲۷ در ۱۰۰۰۰۰ نولد زنده است. این در حالی است که این نسبت در کشورهای در حال توسعه ۲۰ برابر بوده و به ۴۸۰ در ۱۰۰۰۰۰ و شاید در بعضی مناطق به ۶۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ برسد.

نسبت مرگ و میر زایمان مقیاسی برای ارزیابی خطراتی که زن در هر بار بارداری با آن مواجه است به‌دست می‌دهد. هرگاه دفعات بارداری در زن بالا باشد میزان افزایش این خطرات نیز تصاعدی خواهد بود. در بعضی از کشورهای در حال توسعه از هر ۱۲ زن یک زن در اثر مشکلات ناشی از بارداری جان خود را از دست می‌دهد، در حالی که در کشورهای صنعتی این نسبت یک در چهار هزار است.

تفاوت این دو رقم واقعیت‌های تلخی را در دو

قسمت توسعه یافته و در حال توسعه بیان می‌کند. این تفاوت بازگوکننده تفاوت‌های زیادی در قبول مسئولیت‌های ملی نه تنها بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است بلکه این تفاوت را بین کشورهای در حال توسعه نیز بیان می‌کند. در بعضی از آن‌ها میزان مرگ و میر مادران از مرگ و میر کودکان و نوزادان بیش‌تر است. (۸)

چرا زنان می‌میرند؟

در سراسر جهان علت‌های پزشکی مرگ مادران یکسان می‌باشد.

در سطح جهان، ۸۰ درصد مرگ مادران مستقیماً ناشی از عوارض حاصل از بارداری، زایمان و یا دوران پس از زایمان می‌باشد. (جدول ۲) تنها عامل مشترکی که حدود یک‌چهارم مرگ‌ها را سبب می‌شود، خونریزی می‌باشد که عموماً در دوران پس از زایمان روی می‌دهد.

الف - خونریزی

به‌خصوص انواعی که پس از زایمان اتفاق می‌افتند، غیرقابل پیش‌بینی بوده و شروع آن ناگهانی است و اگر زن دچار کم‌خونی باشد خطرات ناشی از این مسئله بیش‌تر خواهد بود. حدود ۲۵ درصد مرگ مادران در جهان در اثر خونریزی است. اگر اقدامات پزشکی ویژه بلافاصله صورت نگیرد، خونریزی می‌تواند منجر به مرگ شود. برای نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: تجویز دارو، کنترل خونریزی، ماساژ رحم برای ایجاد انقباضات عضلانی و تزریق خون.

ب - عفونت

به دلیل عدم رعایت نظافت فردی در زایمان یا عدم درمان بیماری‌های مقاربتی بروز کرده و ۱۵ درصد مرگ‌ها را سبب می‌شود. برای پیشگیری کافی است هنگام زایمان نظافت را رعایت و بیماری‌های مقاربتی را در دوران بارداری شناسایی و درمان نمود. با وجود یک سیستم بهداشتی - مراقبتی به‌سرعت می‌توان عفونت را شناسایی و با آنتی‌بیوتیک درمان نمود.

ج - نارسایی فشار خون بالا

به‌ویژه تشنج و اغما ۱۲ درصد مرگ‌های زایمان را سبب می‌شوند و برای درمان آن با نظارت دقیق در دوره بارداری می‌توان از داروهای ضد تشنج (برای مثال سولفات منیزیم) استفاده نمود.

د - زایمان سخت و طولانی

که علت بروز هشت درصد مرگ‌های زایمان است، بر اثر عدم تناسب سر جنین با لگن (سر رحم قادر به عبور از رحم نیست) و یا وضعیت نامناسب جنین در رحم (وضعیت قرار گرفتن جنین به صورتی است که قادر به عبور از کانال خروجی رحم نیست) بروز می‌کند.

عدم تناسب سر با لگن رایج‌ترین علت این عارضه بوده اما در مناطقی که برای رژیم غذایی زنان و دختران سنت‌های غلط و خرافات بسیاری وجود دارد، سوءتغذیه نیز می‌تواند به‌عنوان یک عامل بومی مدنظر قرار گیرد. این وضعیت زمانی وخیم‌تر می‌شود که دختر در سن پایین ازدواج می‌کند و از او انتظار می‌رود که بلوغ خود را به شوهر ثابت کند، اما اغلب او هنوز به بلوغ کامل نرسیده است.

۵- عوارض ناشی از سقط جنین غیرایمن

که مسئول ۱۳ درصد مرگ‌های زایمان است. در بعضی از نقاط دنیا حدود ۱/۳ یا به میزان بیش‌تری از مرگ‌های زایمان در اثر این عارضه بروز می‌کند. برای پیشگیری از این عارضه اطلاعات و خدمات برنامه خانواده را باید در اختیار زنان قرار داد و در صورت قانونی بودن سقط جنین، شرایط سقط جنین ایمن را برای آن‌ها فراهم و آن‌ها را در مقابل عوارض آن مراقبت نمود.

- تقریباً ۲۰ درصد مرگ‌های زایمان را باید در شرایطی جستجو کرد که از پیش وجود داشته و بارداری و مدیریت حاکم بر آن، آن حالت را تشدید نموده است. یکی از مهم‌ترین عامل‌های غیرمستقیم "کم‌خونی" است که علاوه بر آن که به‌طور مستقیم سبب ایست قلبی می‌شود به‌طور غیرمستقیم (به‌ویژه در مورد خون‌ریزی و Sepsis) نیز سبب مرگ می‌شود. عامل‌های مهم دیگری که منجر به مرگ می‌شوند عبارتند از مالاریا، هیپاتیت، بیماری‌های قلبی و در بعضی موارد بیماری‌هایی چون اچ‌آی‌وی و ایدز که در حال همه‌گیر شدن هستند.

بسیاری از این حالت‌ها و عارضه‌ها یا به‌طور نسبی و یا به‌طور مطلق برای بارداری مضر می‌باشند. برای آن‌که زنان بتوانند از بارداری‌های بیش‌تر در شرایط نامساعد جلوگیری نمایند، باید آگاهی‌های لازم در باره این مشکلات به آن‌ها داده شود.

عامل‌های پشت پرده

در بسیاری از کشورها، ضعف اقتصادی و اجتماعی زنان یک عامل تعیین‌کننده در بروز مرگ زایمان می‌باشد. تحت این شرایط دختران و زنان با محدودیت‌های زیادی از آموزش، تغذیه خوب و منافع اقتصادی مورد نیاز برای تضمین بهداشت و سلامت خود و نیز خدمات مربوط به طرح‌های خانواده می‌توانند برخوردار شوند.

این‌گونه عوامل در چند سطح و گروه قرار دارند. در کشورهای در حال توسعه وضعیت ضعیف زنان از نظر

اجتماعی سبب می‌شود در دسترسی آن‌ها به منابع اقتصادی و آموزش‌های پایه محدودیت ایجاد شود؛ در نتیجه توانایی آن‌ها در اتخاذ تصمیم در مورد سلامت، بهداشت و تغذیه محدود خواهد شد. عدم دسترسی به خدمات بارداری و ناتوانی در استفاده از این خدمات، مهم‌ترین عامل بالا بودن مرگ زایمان است. عدم قدرت تصمیم‌گیری سبب می‌شود تا زندگی زنان یک تجربه تکراری از بارداری و زایمان باشد. کار بدنی شدید همراه با سوءتغذیه باعث می‌شوند تا نتیجه بارداری یک نتیجه ناخوشایند گردد.

در کشورهای در حال توسعه تنها ۵۳ درصد زایمان‌ها زیر نظر یک متخصص ماهر صورت می‌گیرد. در کشورهای در حال توسعه، زایمان بیش‌تر توسط قابله‌های سنتی، بستگان و یا بدون کمک صورت می‌گیرد. در این کشورها تنها ۵۳ درصد زنان از خدمات نیروهای متخصص و ماهر در زمینه بهداشت و سلامت مادر و زایمان برخوردار هستند (در این‌جا منظور ماما یا پزشک است) و از این میان تنها ۴۰ درصد در بیمارستان و یا مراکز بهداشتی از این خدمات برخوردار می‌گردند. حدود ۱۵ درصد زنان باردار دچار عوارض مرگباری هستند که نیاز به مراقبت‌های ویژه دارند اما در مورد تعداد زنانی که از این خدمات برخوردار می‌شوند و چگونگی برخورداری آن‌ها هیچ اطلاعاتی در دست نیست. تقریباً در ۴۰ درصد بارداری‌ها نیاز به یکی از اشکال مراقبت‌های ویژه وجود دارد. مهم‌ترین عامل پیشگیری از مرگ‌های زایمان تأمین نیروی انسانی ماهر است که بتواند عوارض عمده زایمان را پیشگیری، شناسایی و درمان کنند و برای کارایی بیش‌تر این نیروها باید ابزار، داروها و دیگر نیازهای اساسی را فراهم ساخت.

تغذیه نامناسب منجر به ضعف مادران از نظر سلامت می‌شود که در نتیجه بارداری ناخوشایند خواهد بود.

تغذیه نامناسب مادر چه پیش از دوره بارداری و چه پس از آن باعث تضعیف سلامت او شده و در نتیجه مشکلات زیادی در بارداری و زایمان بروز خواهد کرد.

○ سوءتغذیه در دوران کودکی باعث کم شدن میزان رشد شده که این مسئله باعث سخت شدن زایمان خواهد شد که علت آن عدم تناسب سر جنین با رحم است.

○ کم‌خونی که خود از چند عامل به‌تنهایی و یا با هم سرچشمه می‌گیرد. از این میان می‌توان به عدم جذب مواد غذایی، از دست دادن انرژی به دلیل وجود انگل، کمبود بعضی مواد غذایی، از دست دادن انرژی به دلیل وجود انگل، کمبود بعضی مواد چون آهن، اسیدفولیک و ویتامین A اشاره کرد. در سراسر جهان تقریباً ۵۰ درصد زنان باردار دچار کم‌خونی هستند. در صورت شدید بودن این عارضه در هنگام

بارداری و زایمان زنان بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به عفونت خواهند بود، در صورت خونریزی نیز خطر مرگ در آن‌ها بیش‌تر است و اگر نیاز به عمل سزارین باشد خطر مرگ مجدد بسیار بیش‌تر خواهد شد.

○ کمبود شدید ویتامین A عوارض ناشی از زایمان و در نتیجه خطر مرگ زایمان را بیش‌تر می‌کند. اما در مورد عوارض کمبود این ویتامین بر روی بارداری و تجویز مکمل ویتامین A در برنامه‌های بهداشتی و حفظ سلامت مادر باید تحقیقات بیش‌تری صورت گیرد.

○ کمبود ید خطر مرده به دنیا آمدن کودک را افزایش می‌دهد. اگر هنگام سقط جنین کمبود ید بسیار شدید باشد، مادر دچار خونریزی شدید شده و جان خود را از دست خواهد داد.

○ کمبود کلسیم در رژیم غذایی خطر ابتلا به بیماری‌هایی را که ناشی از افزایش فشارخون بالا و در نتیجه تشنج و افما است را در دوران بارداری در زنان افزایش می‌دهد. در مناطقی که در رژیم غذایی کمبود کلسیم وجود ندارد به نظر می‌رسد تجویز کلسیم در پیشگیری یا درمان مجموعه عوارض قبل از تشنج تأثیر چندانی نداشته باشد. اما در جاهایی که این کمبود وجود دارد، این تجویز عامل مهمی برای پیشگیری و درمان خواهد بود.

○ کمبود ویتامین‌ها و مواد دیگری در رژیم غذایی احتمالاً از سلامت کالسه و در بعضی از جاهای دنیا نتیجه بارداری را ناخوشایند خواهند کرد. اما شواهدی برای تجویز مکمل‌های غذایی و یا دارویی در این زمینه در دست نیست. □

پانوشته:

۱- آمار تعداد کل تولدهای زنده، مرگ‌های مرگبار برای مادر (تولد مرده)، سقط‌های مصنوعی و طبیعی و زایمان‌های خارج از رحم و مولار شاخص‌های (Denominator) خوبی برای "نسبت مرگ مادران" می‌باشد اما چه در کشورهای در حال توسعه که بیش‌تر موالید در آن‌ها می‌باشد و چه در کشورهای توسعه یافته این آمار به‌ندرت قابل دسترسی بوده و برای این منظور از تعداد کل موالید استفاده می‌شود.

۲- برای بررسی دوره زمانی خطرات بارداری می‌توان تعداد مرگ و میر را در مدت زمان باروری (حدود ۳۵ سال) ضرب نمود. (رجوع به Graham WJ, Campbel OMA Measuring maternal mortality Mobility London levels & Trends London school Hygiene (and Tropiccaa medicinee, 1990)

منبع:

Reduction of mmaternal mortality World health organization Geneva