

سلامت زنان باردار از منظر حقوق بشر

اکرم فضل‌خانی

چکیده

حقوق بشر جنبه جهانی داشته و بدون در نظر گرفتن هیچگونه تبعیضی از جمله تبعیض جنسیتی باید مورد استفاده قرار گیرد. حقوق زنان دارای ابعاد متفاوتی است که از جمله آن سلامت آنان در دوران بارداری 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 که این امر هم مسئله‌ای بهداشتی است و هم ناشی از بی‌عدالتی اجتماعی است. اگر چه از دهه ۱۹۴۰ میلادی سعی بر آن است که وضعیت حقوق زنان به خصوص در دوران بارداری بهبود یابد، اما همچنان به خصوص در کشورهای پیشرفته این معضل وجود داشته و زنان از سلامت دوران بارداری برخوردار نیستند و در بسیاری از موارد مرگ مادر در دوران بارداری یا زایمان صورت می‌گیرد. در این نوشته سعی بر آن است به این موضوع پرداخته شود که تا چه حد در حقوق بشر به این مسئله پرداخته شده و زنان در دوران بارداری چقدر احساس امنیت می‌کنند.

کلیدواژه: زنان باردار، حقوق بشر، سلامت زنان، توسعه هزاره، منع تبعیض

مقدمه

با پایان جنگ جهانی دوم که فرد به عنوان موضوع حقوق بین‌المللی شناخته شد و به ویژه در دهه‌های اخیر جنبشی جهانی برای تأکید بیشتر بر مسائل مربوط به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (نسل دوم حقوق بشر) و حق جمعی (حق توسعه، حق زیستن در صلح و حق داشتن محیط زیست سالم) که همان نسل سوم حقوق بشر است، سر برآورده و بر تفکیک‌ناپذیری این حقوق از حقوق مدنی و سیاسی (نسل اول حقوق بشر) تأکید دارد و در این میان توجه به حقوق اساسی بشر و آزادی‌های بنیادین افراد به مرور جای خود را باز کرده است. همچنین تقاضای توجه به حقوق انسانی زنان موجب شده است که موضوعات مرتبط با حقوق بشر به شکل جامع‌تر و به نحو وسیع‌تری مورد بحث و بررسی قرار گیرند و اعتراض به مفاهیم محدود و تنگ‌نظرانه از حقوق انسانی که زندگی زنان در آنها فرع بر مسائل مربوط به حقوق بشر انگاشته می‌شود، آغاز شده است. اما اینکه آیا در عمل نیز این روش‌ها کارساز بوده و منجر به بهبود عملی وضعیت زنان دنیا گشته است، نمی‌توان با قاطعیت اظهار نظر کرد؛ چراکه گزارشات و مستندات منتشره از سوی نهادهای مختلف خود سازمان ملل در خصوص وضعیت زنان جهان، گویای این واقعیت تلخ است که داستان طولانی، تکراری، غم‌انگیز، ملال‌آور و دنباله‌دار نقض حقوق بشری زنان کماکان ادامه دارد.

نقض حقوق زنان از ابعاد مختلفی قابل بررسی و مطالعه است. از جمله: حقوق زنان کارگر، خشونت‌های خانگی علیه زنان، سوءاستفاده جنسی از زنان، مشارکت سیاسی و اجتماعی زنان و ... یکی از این موارد حقوق زنان باردار و سلامت آنان در ایام بارداری است.



طبق آمار منتشر شده از سوی سازمان ملل متحد، سلامت زنان در اکثر کشورها بسیار آسیب پذیر است، لذا این امر به عنوان یکی از شاخص های توسعه یافتگی کشورها محسوب می شود که تأکید عمده آن بر ارتقاء و تقویت نقش زنان در دستیابی به سلامت مطلوب و ارتقای جایگاه آنان در سیستم مراقبت های بهداشتی کشورها است.

در این نوشته سعی بر آن است که به این سؤال پرداخته شود که آیا امنیت و سلامت زنان باردار در حقوق بشر رعایت شده است؟
فرضیه: علی رغم تأکیدهایی که در مجامع بین المللی بر سلامت و حقوق زنان در ایام بارداری شده است، زنان در این دوران در معرض انواع خطرات و بیماری ها قرار داشته و راهکارهایی برای سلامت آنان وجود ندارد.

۱. حقوق زنان باردار از منظر سازمان های بین المللی

در مقاطع زمانی مختلف و در کنوانسیون ها و برنامه های بین المللی گوناگون بر حقوق زنان از ابعاد مختلف پرداخته شده است و مورد بررسی قرار گرفته است. در ذیل به برخی از این موارد اشاره می گردد:

۱-۱ منشور ملل متحد

در ۲۶ ژوئن ۱۹۴۵، منشور ملل متحد در سانفرانسیسکو، در پایان کنفرانس ملل متحد به امضاء رسید و در ۲۴ اکتبر همان سال لازم الاجرا گردید. در مقدمه منشور چنین آمده است: با اعلام مجدد ایمان خود به حقوق اساسی بشر و حیثیت و ارزش شخصیت انسانی، به علاوه تعدادی از مواد منشور بر این امر تأکید دارند که سازمان ملل متحد، احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر و آزادی های بنیادین را برای همه بدون تبعیض از حیث نژاد، جنسیت، زبان یا مذهب، توسعه خواهد داد و تسهیل خواهد نمود. (بیگدلی، ۱۳۹۰: ۲۵۷)

۲-۱ برنامه راهبردی قاهره

برنامه راهبردی قاهره در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره به تصویب رسید. این برنامه مستقل راهبردی تأکید نمود که دولت برای رفع نیازهای باروری افراد و نه صرفاً به منظور اهداف جمعیتی مسئولیت دارد و توصیه نمود که خدمات تنظیم خانواده در زمینه سایر خدمات بهداشت باروری، از جمله خدمات برای زایمان سالم و ایمن، مراقبت از عفونت‌های مقاربتی و مراقبت‌های بعد از سقط نیز ارائه گردد. برنامه قاهره اولین سند سیاست بین‌المللی برای تعریف بهداشت باروری است که بیان می‌کند: «بهداشت باروری حالتی از سلامت کامل جسمی، روانی و رفاه اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا معلولیت، در همه امور مربوط به دستگاه تناسلی یا عملکرد و فرایندهایش می‌باشد. بنابراین بهداشت باروری حاکی از آن است که مردم می‌توانند زندگی جنسی رضایت بخش و مطمئنی داشته باشند و توانمندی تولید مثل و آزادی تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه موقع و چند بار بچه‌دار شوند را دارا می‌باشند. در مورد شرط اخیر حق زنان و مردان است که درباره دسترسی به روش‌های مطمئن، مقرون به صرفه و قابل قبول تنظیم خانواده که خود انتخاب می‌کنند، اطلاعات کافی داشته باشند. همین‌طور حق دسترسی به سایر روش‌های تنظیم خانواده که مخالف قانون نمی‌باشد. حق استفاده از خدمات بهداشتی مناسب که زنان را قادر می‌سازد تا بارداری و زایمان ایمنی را طی کنند و فراهم نمودن بهترین شرایط داشتن یک نوزاد سالم برای همه زوجها.

برنامه راهبردی قاهره مورد توافق ۱۸۴ کشور عضو سازمان ملل قرار گرفت. با وجود این بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین و اسلامی، قید و شرط‌هایی



در زمینه حقوق باروری، آزادی جنسی، سقط و کلیه برنامه‌هایی که با قوانین کشورهای اسلامی ناسازگاری بالقوه دارند، مطرح نمودند. (لمیعان و دیگران، ۱۳۹۲: ۳۷)

۱-۳ خط مشی پکن

در سال ۱۹۹۵، چهارمین کنفرانس جهانی زنان که در پکن اجرا شد، در بیانیه‌ای مستقل و خط مشی راهبردی خود از برنامه بهداشت باروری و حیطة‌های آن که در قاهره مطرح گشته بود، حمایت کرد، اما تعریف جامع‌تری از حقوق باروری ارائه نمود:

حقوق بشر زنان، شامل حق اداره و تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه کلیه امور جنسی مرتبط با ایشان، از جمله بهداشت جنسی و باروری به دور از هرگونه جبر، تبعیض و خشونت می‌باشد. عدالت در روابط بین زنان و مردان در زمینه‌های جنسی و باروری شامل احترام به تمامیت شخصی، نیاز به احترام متقابل، رضایت افراد از رفتار جنسی و تقسیم مسئولیت و عواقب آن می‌باشد.

در خط مشی پکن دوازده مشخصه بحرانی مرتبط در حقوق بشر زنان که نیاز به حمایت دارد، نشانه‌گذاری شده است. در این خط مشی، حقوق باروری زنان به عنوان حقوق غیرقابل تقسیم جهانی و غیر قابل انکار قالب‌بندی گشته است. (همان: ۳۷)

۱-۴ اعلامیه جهانی حقوق بشر

این اعلامیه از اولین اسنادی است که به موضوع زن و حقوق خانواده پرداخته است و در آن ۶ بار خانواده تکرار شده است. از آنجا که صدور اعلامیه جهانی حقوق بشر جنبه توصیه‌ای داشته است، کشورهای پذیرنده اعلامیه حقوق بشر در صدد برآمدند تا با تدوین دو میثاق بین‌المللی حقوق سیاسی و حقوق اقتصادی، اجتماعی به مفاهیم مندرج در اعلامیه حقوق بشر جنبه اجرایی بدهند. میثاق

حقوق مدنی و سیاسی در ماده ۳ بر بهره‌مندی برابر جنسیت‌ها از تمام حقوقی که این میثاق در بر می‌گیرد، تصریح می‌کند. همچنین در بند ۵ ماده ۶ از زنان باردار در برابر حکم اعدام حمایت می‌کند.

۱-۵ مجمع عمومی سازمان ملل

مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۱۹۸۹ طی قطعنامه‌ای سال ۱۹۹۴ را به عنوان سال بین‌المللی خانواده نامگذاری کرد و شعار ساختن کوچک‌ترین دموکراسی در بطن جامعه برای آن انتخاب شد. برای تقویت و حمایت از خانواده، برخی ارکان سازمان ملل تماس آشکار با خانواده دارند از جمله صندوق جمعیت ملل متحد که مادری مطمئن و ایمن را ترویج می‌کند و به بازپس‌گیری سلامتی با تأکید بر رفع نیازهای جوانان و بزرگسالان با تأکید بر تساوی جنسیتی و رفع خطر بیماری ایدز توجه دارد و همچنین صندوق کودکان ملل متحد می‌توان اشاره کرد.

۱-۶ اعلامیه توسعه هزاره

در سال ۲۰۰۰ م، 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 ۲۰۱۵ م خلاصه می‌شد که در سال ۲۰۰۷ م، رهبران جهان هدف دیگری را نیز در آن گنجانده و آن دسترسی جهانی به بهداشت باروری بود. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰: ۳)

۱-۷ فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده

در سال ۲۰۰۴ م، فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده ترویج ۱۲ حق را به عنوان حقوق بهداشت باروری در سطح بین‌المللی در دستور کار خود قرار داده است که حق حیات مهم‌ترین آنها است، 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 به خصوص در اقشار فقیر و آسیب پذیر رخ می دهد.

در واقع مرگ مادر معرف یکی از بزرگترین نابرابری های بخش سلامت بین کشورهای فقیر و ثروتمند و نیز بین فقرا و ثروتمندان ساکن در یک کشور می باشد. بنابراین برای هدف جلب حمایت از طریق جلب توجه دولت ها به چالش های وسیع رو در روی آنان و توجه به برنامه مادری سالم، نشانگر مفیدی است. این نشانگر، دامنه مسئله مرگ مادر را در کشورها نشان می دهد و به عنوان محرکی برای عمل می باشد. همچنین به تعیین اولویت ها کمک می کند. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶: ۱۳)

۸-۱ سازمان بین المللی کار

از جمله یکی از اسناد بین المللی که در زمینه حقوق زنان باردار و اشتغال آنان در ایام بارداری سخن گفته، سازمان بین المللی کار است که امروزه بیشترین سهم حمایت از اشتغال زنان را بر عهده دارد. به طور کلی می توان گفت که ویژگی های کنوانسیون ها و اعلامیه هایی که در خصوص حقوق زنان و عدم تبعیض جنسیتی هستند، در موارد زیر است:

الف. محکوم کردن تبعیض به عنوان ریشه اصلی نابرابری جنسیتی؛

ب. مشخص نمودن حیطه های وسیع اعمال تبعیض در مورد زنان؛

ج. حرکت در جهت اقدام های عملی برای محکوم کردن تبعیض و رفع آن از

طریق سازوکارهای مختلف؛

یکی از نکات مهم این کنوانسیون آن است که به بررسی موضوع هایی از جمله روابط خانوادگی و زنان روستایی می پردازد که قبلاً موضوع حقوق بین الملل

نبودند. نسبت به سایر ابزارهای بین‌المللی حقوق بشر دولت‌ها بسیار سریع به آن ملحق شدند.

۲. بهداشت باروری زنان

سلامت عمومی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و دایره شمول آن هر روز فراگیرتر می‌شود. عدم سازش و وجود اختلالات رفتار در جوامع انسانی بسیار مشهود و فراوان است و در هر طبقه و صنفی و در هر گروه و جمعی، اشخاص نامتعادلی زندگی می‌کنند. برخورداری از تعادل روانی به عوامل متعددی بستگی دارد که مهم‌ترین آنها احساس امنیت، کارآمدی و ارزشمندی، فقدان اضطراب و افسردگی، عملکرد اجتماعی بالا و سلامت و شادابی جسمانی و روانی است. افرادی که دچار مسائل و مشکلات عصبی و روانی می‌شوند، مضطرب، افسرده، بلا تکلیف، بی‌هدف و فرورفته در خود می‌شوند و تداوم این اختلالات ممکن است شخصیت فرد را در هم بریزد و مشکلاتی از قبیل آشفتگی و پریشانی فکر و عدم تمرکز حواس و کاهش توان یادگیری و در عملکرد فرد اختلال ایجاد شود. (نیاکروئی، ۱۳۸۲)

حاملگی یکی از عوامل استرس‌زای بزرگ زندگی است که می‌تواند سبب آشکار شدن یا تشدید زمینه ابتلا به افسردگی شود. در صورت وجود مشکلات زناشویی، حاملگی ناخواسته، سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، احتمال ابتلا به افسردگی افزایش می‌یابد. (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴)

بررسی سلامت روانی می‌تواند راهکارها و الگوهایی را برای بهبود کیفیت زندگی و افزایش رفتارهای سازگارانه و مبارزه با بسیاری از عوامل تهدیدآمیز

برای سلامت فراهم آورد و به تبع آن سبب انجام برنامه‌های بهداشتی و اقدامات پیشگیرانه در آموزش شود. مراقبت از سلامت مادر در دوران حاملگی و جلوگیری از نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و فشارهای روانی او و آموزش برای آشنا ساختن آنان با مکانیزم‌های سازگاری، زیان‌های جبران‌ناپذیری را که ممکن است در نتیجه کوچک‌ترین اهمال در این دوره به وجود آید، کاهش می‌دهد. (کرامت بخش‌ور، ۱۳۸۸)

در سال ۱۹۹۴، در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره، بهداشت باروری در زمره حقوق بشر قلمداد شد. نمایندگان ۱۸۰ کشور شرکت‌کننده در این کنفرانس هدف خود را دسترسی همگانی به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ اعلام کردند. تا زمانی که این حقوق فراموش شوند، هرساله میلیون‌ها نفر با بیماری، بی‌عدالتی، ناتوانی و مرگ روبه‌رو خواهند شد. قربانیان این محرومیت به‌طور عمده زنان کشورهای در حال توسعه هستند. حقوق باروری مجموعه‌ای از حقوق زیر در نظر گرفته می‌شود:

۱. حق زندگی: زندگی هیچ زنی نباید به علت حاملگی یا موارد مرتبط با باروری وی در معرض خطر قرار گیرد.

۲. حق آزادی و امنیت فردی: هیچ زنی نباید به زور، تحت عمل جراحی قرار بگیرد که موجب ناقص‌سازی جنسی، عقیم‌سازی، سقط و سایر موارد تهدیدکننده مشابه می‌شود.

۳. حق برخورداری از عدالت و رهایی از هرگونه تبعیض: تمام آحاد بشر مساوی‌اند. خدمات بهداشت باروری باید بدون در نظر گرفتن نژاد، قومیت، رنگ پوست، سطح درآمد، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت جسمانی، سن، زبان، مذهب و اعتقادات سیاسی برای همه به طور یکسان ارائه شود.

۴. حق رازداری: تمام خدمات بهداشتی - درمانی باید به صورت محرمانه ارائه شوند و تمام زنان حق تصمیم‌گیری مستقل را در مسائل بهداشت باروری خود داشته باشند.
۵. حق آزادی اندیشه: عقاید و رسوم نباید ابزاری برای محدود کردن آزادی اندیشه در مسائل بهداشت باروری تلقی شوند.
۶. حق دسترسی به امکانات و آموزش: همه باید به اطلاعات و آموزش‌های مربوط به مزایا، معایب، خطرات و اثربخشی تمام روش‌های پیشگیری از بارداری دسترسی کامل داشته باشند تا بتوانند بر اساس آگاهی کامل تصمیم بگیرند.
۷. حق تصمیم‌گیری فردی درباره ازدواج و تشکیل خانواده: هرکسی حق دارد خودش درباره زمان ازدواج و تشکیل خانواده‌اش تصمیم بگیرد و هیچ‌کس حق ندارد ازدواج را بر کسی (به‌ویژه جوانان) تحمیل کند.
۸. حق تصمیم‌گیری فردی درباره تعداد و زمان تولد فرزندان: هرکسی حق دارد درباره تعداد و زمان تولد فرزندان خود تصمیم بگیرد و باید امکانات رفع ناباروری برای زوجینی که مایل به داشتن فرزند هستند، فراهم شود.
۹. حق دسترسی به خدمات و برخورداری از بالاترین کیفیت خدمات: هیچ محدودیت و مانعی نباید برای ارائه خدمات باروری یا جلوگیری از بارداری به متقاضیان وجود داشته باشد و باید برای همه اقشار جامعه (از جمله جوانان)، با هر نوع تقاضای قانونی، خدمات در دسترس باشد.
۱۰. حق بهره‌مندی از پیشرفت‌های علمی: مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی - درمانی باید بتوانند از جدیدترین روش‌های موجود و موثر و بی‌خطر استفاده کنند.
۱۱. آزادی شرکت در اجتماعات و مشارکت سیاسی: هرکس حق دارد با

شرکت در اجتماعات و عضویت در گروه‌ها، از مجامع دولتی و غیردولتی بخواهد که حقوق و بهداشت باروری را در اولویت فعالیت‌های خود قرار دهند.

۱۲. حق رهایی از شکنجه و آزار: حق هر زن و مرد است که از خشونت، شکنجه و آزار جنسی در امان باشد. (کرمی، ۱۳۹۳: ۸۵)

۳. مرگ و میر مادر

اصطلاح مرگ مادر به مرگ زنان در طی بارداری یا ۴۲ روز بعد از ختم بارداری، با هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در اثر بارداری و یا مراقبت‌های ارائه شده در طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف اطلاق می‌گردد. (اسلامو، ۱۳۸۵)

مرگ مادر جزء مرگ‌های غیرقابل قبول محسوب می‌شود؛ چراکه در اکثریت موارد قابل پیشگیری می‌باشد. چنین مرگی ریشه در ناتوانی سیستم بهداشتی و دسترسی نابرابر مددجویان به منابع مالی، آموزشی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی دارد. (کوک و دیکنز، ۲۰۰۷)

تحلیل‌گران اعتقاد دارند که نادیده انگاشتن مرگ‌های قابل پیشگیری مادران، انکار حقوق بشر و قسمتی از پدیده تبعیض علیه زنان می‌باشد. (کوک و پلاتا، ۱۹۹۴)

در سال ۱۹۹۵ م، میزان مرگ مادر در جهان ۵۱۵۰۰۰ برآورد گردید. این در حالی است که در سال ۲۰۰ م، این رقم به ۵۱۹۰۰۰ رسید.

مرگ و میر مادران در حالت بارداری، یا در خلال چهل و دو روز بعد از خاتمه حاملگی، صرف نظر از علت مرگ 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، سهل‌انگاری‌ها، درمان‌های ناجور و اشتباه می‌باشد. مثل مرگ در اثر خونریزی بعد از زایمان.

- مرگ و میر غیرمستقیم مادری: شامل مرگ‌های مادران در اثر بیماری‌های قبلی مادر یا بیماری‌هایی که در ضمن حاملگی، زایمان و بعد از آن ظاهر می‌شوند. مثال: مادر حامله‌ای که در اثر کوما‌ی دیابتیک فوت می‌کند. یا مادر بارداری که به دنبال ابتلا به اوریون یا آنفولانزا دچار مرگ می‌شود.

- مرگ مادری با تأخیر: در صورتی است که مادر به دلایل مستقیم یا غیرمستقیم، در فاصله زمانی چهل و دو روز بعد از ختم حاملگی تا یک سال فوت کند. (شمشیری میلانی، ۱۳۹۰: ۱۶۵۶-۱۶۵۷)

از مجموع مرگ و میرهای مادران ناشی از حاملگی و عوارض زایمان چهار هزار مورد در کشورهای پیشرفته و ۵۹۶ هزار در کشورهای در حال توسعه است که می‌توان با اتخاذ تدابیر مناسب و تمهیدات اندیشیده شده در دوران حاملگی و زایمان تعداد مرگ و میر مادران را در حد قابل قبولی کاهش داد. (گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، ۱۳۸۹: ۲)

۴. علل مرگ زنان

از علل بهداشتی مرگ زنان می‌توان به عفونت، خونریزی، نارسایی فشار خون بالا، زایمان سخت و طولانی، عوارض ناشی از سقط جنین غیرایمن اشاره کرد. در حال حاضر، ۲۰۰ میلیون زن در جهان، دارای نیاز برآورد نشده در زمینه پیشگیری از بارداری هستند. زنان متأهل آفریقای زیر صحرا، مرکز و جنوب آسیا، بیش از نیمی ۵۸٪ از زنان دارای نیاز برآورد نشده را تشکیل می‌دهند. مهم‌ترین علل آن عبارتند از: دانش ناکافی در مورد 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 غیرایمن، بیماری‌ها و مرگ مادر هستند. (صندوق جمعیت ملل متحد، ۲۰۰۹: ۳)



کامبود 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. (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴)

در کانادا کشوری که آموزش، تنظیم خانواده و خدمات مراقبت بهداشتی به طور وسیعی در دسترس همه است، ۱ در ۱۱۰۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان می‌میرند، این در حالیست که در نیجریه که فقر و نظام به هم ریخته مراقبت سلامت با میزان باروری بالا همراه است، مرگ‌های مرتبط با بارداری، یک هفتم زنان را در برمی‌گیرد. (ویلیموس، ۲۰۰۹: ۲۵۶)

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 آموزش دیده به هنگام زایمان و تجهیز مراکز به امکانات فوریت‌های مامایی و زایمان؛

ج. دسترسی به خدمات سقط ایمن در صورت قانونی بودن آن؛

ماری پائول کیثنی، معاون مدیرکل نظام سلامت و نوآوری سازمان جهانی بهداشت گفت: «بسیاری از زنان و کودکان بر اثر عوامل قابل پیشگیری جان خود را از دست می‌دهند که به کیفیت نامناسب خدمات درمانی ارتباط دارد.»

چهار مرحله‌ای که باید برای کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان به دقت مورد توجه قرار داد، شامل موارد زیر می‌شود:

- زمانی که مادر در بیمارستان پذیرش می شود.
 - پیش از آنکه وارد اتاق عمل شود.
 - یک ساعت پس از زایمان
 - پیش از ترخیص مادر و نوزاد از بیمارستان
- در حقیقت این چهار زمان به پزشک اجازه می دهد تا وضعیت مادر و کودک را تحت کنترل قرار دهد.

۵. عواقب مرگ مادر

نوزادی که پس از مرگ مادر زنده می ماند، به ندرت تا یک سالگی زنده خواهد ماند. احتمال مرگ کودکان زیر ده سال مخصوصاً دختران نیز حتی تا چهار برابر افزایش می یابد. کودکان بی مادر نیز اغلب بد درمان شده و به اندازه کافی مورد مراقبت و توجه قرار نمی گیرند. کودکان بزرگ تر ترک تحصیل کرده، دختران مجبور به نگهداری بقیه اعضای خانواده می شوند. در بسیاری از جوامع مرگ مادر برای دختر بچه ها یک فاجعه جبران ناپذیر است. چون مادر ستون خانواده است، به همین دلیل با مرگ وی به نوعی خانواده از هم پاشیده و آن نظم و آرامش دیگر وجود نخواهد داشت. به همین دلیل مرگ مادر یک حادثه مقطعی نیست، بلکه عوارض و پیامدهای آن همیشه خود را نشان می دهد.

۶. عوامل کاهش مرگ و میر مادران

مرگ مادر تنها نابودی یک شخص نیست، بلکه به معنای تخریب زیربنای جامعه است که به وسیله تربیت و پرورش مادر بنیان گذاری می گردد.

مرگ و میر مادران جزء مرگ و میرهای غیرقابل قبول محسوب می شود؛ چراکه بسیاری از علل مرگ و میر اشاره شده قابل پیشگیری هستند و در جهان

امروز امکانات لازم برای جلوگیری از آنها و داشتن یک حاملگی و زایمان بی خطر وجود دارد.

توجه به موارد زیر می‌تواند منجر به کاهش میزان مرگ مادران در کشور گردد:

۱- کنترل وضعیت برون‌ده اداری همه مادران پس از زایمان طبیعی و سزارین: برای کاهش خطاهای تشخیصی و پیشگیری از وخامت وضعیت بیمار در شرایطی نظیر خونریزی پس از زایمان و پره اکلامپسی و پیشگیری از ایجاد وضعیت‌های غیرقابل کنترل از قبیل ابتلا به اختلال انعقادی داخل عروقی منتشر، اندازه‌گیری حجم برون‌ده اداری ضروری است. درخواست کنترل وضعیت برون‌ده اداری باید توسط متخصصین در دستورات پس از زایمان و سزارین درج گردد و در صورت وجود برون‌ده اداری کمتر از ۵۰ میلی لیتر در ساعت باید اقدام فوری انجام گیرد. (راهکارهای ارتقای سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، ۱۳۹۴: ۳)

۲- افزایش آگاهی خانواده‌ها در مورد عوارض بارداری و زایمان و شیوه برخورد مناسب با آن: لازم است برای همه زنان در سنین باروری به خصوص قبل از اقدام به حاملگی مشاوره پیش از بارداری انجام شود.

زنان مبتلا به بیماری زمینه‌ای باید پیش از اقدام به بارداری در مورد تغییر دوز داروها و کنترل بیماری زمینه‌ای بررسی شده و پس از اجازه پزشک اقدام به بارداری نمایند.

۳- توجه به تجهیز و تدارک بیمارستان‌ها به داروها و ملزوماتی که برای ارائه فوریت‌های مامایی و زایمان ضروری است.

۴- افزایش پوشش مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان.

۵- شناسایی به موقع و جلوگیری از تأخیر در تصمیم‌گیری و ارجاع موارد پرخطر.

۶- عدم تأخیر در ارائه خدمات درمانی به مادران در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی.

۷- جلوگیری از سزارین‌های بی‌مورد. (گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، ۱۳۸۹: ۳)

۸- فرآیند شناسایی مادران پرخطر به طور کامل در سطح دانشگاه علوم پزشکی استقرار یابد: واحدهای مراقبت برای گروه‌های ویژه شامل مهاجرین، معتادان و افراد حاشیه‌نشین دچار فقر شدید اقتصادی ایجاد شود، پزشکان معین برای هر دانشگاه تعریف شود.

روند اعزام و ارجاع بیمار مشخص و نحوه اجرای آن ارزیابی گردد، سطح‌بندی خدمات و روند اعزام و ارجاع بیماران طراحی گردد. در هر بیمارستان دارای بلوک زایمان، استانداردهای تعریف شده پرسنل، فضا، تجهیزات اجرا شود.

۹- بررسی همه مادران سزارین تکراری از لحاظ چسبندگی جفت: سزارین با افزایش خطر چسبندگی جفت در بارداری‌های بعدی همراه است. بنابراین ضروریست به منظور تشخیص به موقع عارضه چسبندگی جفت انجام سونوگرافی معمولی با هدف تأکید بر بررسی چسبندگی جفت برای همه مادران سزارین تکراری درخواست شده و در صورت وجود تردید با سونوگرافی داپلر رنگی تایید شود.

مادران مبتلا به این عارضه باید به محض تشخیص به مراکز سطح سه معرفی شوند و تحت مراقبت قرار گیرند.

۱۰- گزارش دقیق موارد مرگ و تشکیل منظم کمیته‌های بررسی مرگ مادر: موارد مرگ مادر به دلیل بارداری و عوارض آن به طور کامل پیگیری شده و کمیته‌های دانشگاهی در اولین فرصت برگزار گردد.

علل وقوع هر مرگ به طور جداگانه و ریشه‌ای با متدولوژی توسط اعضای کمیته مرگ مادر در سطح بیمارستان و دانشگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. مداخلات مناسب بر اساس علل وقوع مرگ توسط اعضای کمیته در سطح بیمارستان و دانشگاه طراحی و اجرا گردد. (راهکارهای ارتقای سلامت و کاهش مرگ و میر مادری، ۱۳۹۴: ۳)

بنابراین خدماتی که به جامعه و به ویژه به مادران ارائه می‌شوند باید ویژگی‌های زیر را داشته باشند:

- قابل حصول و دستیابی باشند.

- قابل اعتماد و از لحاظ فرهنگی مورد قبول باشند.
- از نظر جغرافیایی و زمانی قابل دسترس باشند.
- به طور حرفه‌ای و بر اساس بسته‌های مبتنی بر شواهد که مؤثر و با کیفیت هستند ارائه شوند. (گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، ۱۳۸۹: ۳)

نتیجه‌گیری

عدم رعایت حقوق بشر در مورد زنان، منجر به نابرابری‌های وسیعی در موارد مرگ مادر در داخل و بین کشورها شده است. 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 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.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- ۱- اسلاملو، فرخ؛ نانبخش، حمیدرضا؛ حشمتی، فریبا؛ امیرآبی، فرهاد (۱۳۸۵) همه گیرشناسی مرگ مادر در استان آذربایجان غربی، مجله پزشکی ارومیه، سال ۱۷، ش اول.
- ۲- راهکارهای ارتقای سلامت و کاهش مرگ و میر مادری، (۱۳۹۴) اداره سلامت مادران بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۳- شمشیری میلانی، حوریه (۱۳۹۰) بهداشت عمومی، سایت جامع علوم پزشکی.
- ۴- ضیائی بیگدلی، محمدرضا (۱۳۷۳) حقوق جنک، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۵- کرامت بخش‌ور، وحیده (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت روان در زنان حامله شهر تبریز، پایان نامه ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد تبریز.
- ۶- کرمی، یاسمن (۱۳۹۳) حقوق باروری، زنان امروز، شماره ۵.
- ۷- گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، (۱۳۸۹) دفتر سلامت، جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران.
- ۸- لمیعیان، می نور و دیگران (۱۳۹۲) حقوق باروری از منظر حقوق بشر، نشریه تخصصی زنان و مامایی ایران، دوره ۸، شماره ۲.
- ۹- نیاکروئی، علی (۱۳۸۲) بررسی رابطه بین خودکارآمدی عمومی و سلامت روان دانش‌آموزان پایه سوم مقطع متوسطه شهر بابل، پایان نامه ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- 10- Cook R J, Plata M I.(1994). Women`s reproductive rights. International Journal of Obstetrics and Gynecology.
- 11- Dickens B.M, Cook R.J.(2007).ETHICAL AND LEGAL ISSUES IN

REPRODUCTIVE HEALTH, Reproductive health and public health ethics. International Journal of Gynecology and Obstetrics.

12- 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.

13- World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO 2004.

14-World Health Organization. Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring, WHO 2006.

15- World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008;

Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank,WHO 2010.

16- Smith,T.A.Gery,L.S. Ketring(2005)Evaluating A Youth Leadership Life Skills Development Program Journal Of Extensive,