



Research Article

## Explaining the Experiences of Common Causes of Death among Pregnant Mothers in the Least Privileged Province of the Country (A qualitative Study)

Mehdi Zanganeh Baygi<sup>1</sup> , Mostafa Peyvand<sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Associate Professor in Health Care Management, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

<sup>2</sup> MSc, Epidemiology, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*Corresponding author: Mostafa Peyvand, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. E-mail: [mp.peyvand@yahoo.com](mailto:mp.peyvand@yahoo.com)

DOI: [10.32592/nkums.15.2.31](https://doi.org/10.32592/nkums.15.2.31)

### How to Cite this Article:

Zanganeh Baygi M, Peyvand M. Explaining the Experiences of Common Causes of Death among Pregnant Mothers in the Least Privileged Province of the Country (A qualitative Study). J North Khorasan Univ Med Sci. 2023;15(2):31-39. DOI: 10.32592/nkums.15.2.31

Received: 01 Dec 2022

Accepted: 20 Feb 2023

Keywords:

Maternal mortality

Pregnancy complications

Parturition

### Abstract

**Introduction:** Pregnancy is a natural process in every woman's life, leading to the birth of a child. Since the fate of pregnancy can end in death, an in-depth study of the influential factors in the reduction of maternal mortality rate can significantly improve care programs for pregnant mothers.

**Method:** This qualitative research was performed in the health services of Zahedan University of Medical Sciences in 2021. In-depth individual semi-structured interviews were used to collect data. The interviews were conducted based on the interview guide. To evaluate the correctness and reliability, four indices were used, including reliability, validity and acceptability, verifiability, and transferability. The contractual content method was used for analysis.

**Results:** In this research, 27 subjects were included, and 67 primary concepts were obtained. In the analysis of the interviews, in the coding stage, six subcategories and, finally, three main categories (individual factors, social factors affecting health, and service provision) were extracted.

**Conclusion:** As evidenced by the results of this study, the provision of health services was not optimal. In order to effectively reduce the ratio of maternal deaths, it is necessary to pay attention to the quantity and quality of care before, during, and after childbirth, as well as targeted training. Increasing the coverage and quality of pregnancy care, improving the quality of family planning counseling, and improving the skills and knowledge of the medical and midwifery staff in the field of postpartum care will be among the most critical effective measures in reducing maternal mortality.



## تبیین تجارب علل مرگ مادران باردار در کمرب خوردارترین استان کشور؛ یک مطالعه کیفی

مهدی زنگنه بایگی<sup>۱</sup> ID، مصطفی پیوند<sup>۲\*</sup> ID

<sup>۱</sup> دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
<sup>\*</sup> نویسنده مسئول: مصطفی پیوند، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. ایمیل:

mp.peyvand@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.15.2.31

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۰	<p><b>چکیده</b></p> <p>مقدمه: بارداری فرایندی طبیعی در زندگی زنان است که نتیجه طبیعی آن تولد فرزند است. در این بین، سرنوشت بارداری می‌تواند به مرگ ختم شود؛ لذا، بررسی عمیق عوامل مؤثر در کاهش شاخص مرگ‌ومیر مادر به‌علل بارداری و عوارض زایمان می‌تواند سهم بسزایی در ارتقای برنامه‌های مراقبت مادران باردار ایفا کند.</p> <p><b>روش کار:</b> این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۰، در حوزه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. برای ارزیابی درستی و قابلیت اطمینان در مطالعه حاضر، از ۴ شاخص شامل اطمینان‌پذیری، اعتبار و مقبولیت، قابلیت تصدیق (تأییدپذیری) و انتقال‌پذیری استفاده شد. برای تحلیل، از روش محتوا استفاده شد. <b>یافته‌ها:</b> در این پژوهش، ۲۷ نفر وارد مطالعه شدند. تعداد ۶۷ مفهوم اولیه به دست آمد. در تحلیل مصاحبه‌ها در مرحله کدگذاری، ۶ طبقه فرعی و در نهایت، ۳ طبقه اصلی (عوامل فردی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و ارائه خدمات) استخراج شد.</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> بر اساس نتایج مطالعه، ارائه خدمات سلامت مطلوب نبود. به‌منظور کاهش مؤثر مرگ مادران به‌دلایل بارداری و عوارض زایمان، نیاز است که علاوه بر کمیت، به کیفیت مراقبت‌های قبل از زایمان، حین زایمان و پس از زایمان توجه ویژه شود و حساس‌سازی لازم با در نظر گرفتن آموزش‌های هدفمند انجام شود. افزایش کیفیت مراقبت‌های بارداری، ارتقای کیفیت مشاوره تنظیم خانواده و بهبود مهارت و افزایش آگاهی کادر پزشکی و مامایی در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان، از اقدامات مهم مؤثر در کاهش مرگ‌ومیر مادران خواهد بود.</p>
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱	
واژگان کلیدی:	مرگ مادر عوارض بارداری زایمان

### مقدمه

مادران به‌دنبال دارد، در اهداف توسعه هزاره سازمان ملل، شاخص مرگ‌ومیر مادران را شاخصی برای توسعه تعیین کردند و این شاخص جایگزین شاخص تولید ناخالص ملی در قرن بیستم شد [۴]، همچنین، سلامت مادر هم جزء اهداف توسعه (MDG) و هم توسعه پایدار (SDH) و هم جزء شاخص‌های توسعه در همه کشورها، ازجمله کشور ایران است، به‌طوری که در پی هر مرگ مادر باردار، دبیرخانه مرگ مادر در معاونت درمان در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی تشکیل می‌شود [۵]. مرگ مادران در دنیا از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵، ۴۴ درصد کاهش یافته است و ایران جزء کشورهایی است که به هدف پنجم سند توسعه هزاره جهانی رسیده است، به‌طوری که میانگین شاخص کشوری مطابق با هدف سند توسعه هزاره است؛ اما آمار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان فاصله زیادی در سلامت مادران و تحقق عدالت سلامت را نشان می‌دهد. به‌صورت دقیق‌تر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۴، با ۲۸ مرگ مادر باردار و در سال ۱۳۹۵، با ۱۹ مرگ و در سال ۱۳۹۶، با ۲۹ مرگ، شاهد افزایش تعداد مرگ‌ومیر مادران در شهرهای تحت پوشش این دانشگاه بوده است [۶].

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، هر روز تقریباً ۸۳۰ زن از عوارض قابل پیشگیری ناشی از بارداری و زایمان فوت می‌کنند که ۹۹ درصد از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد [۱]. نرخ مرگ‌ومیر مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵، در سراسر جهان ۴۴ درصد کاهش یافته است؛ اما نرخ بالای آن در کشورهای در حال توسعه، نگرانی بنیادینی در حوزه سلامت است [۲].

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، مرگ مادر در طول دوره حاملگی یا در حین زایمان و تا ۴۲ روز بعد از خاتمه حاملگی به هر علتی به‌جز حوادث، ناشی از عوارض بارداری و زایمان محسوب می‌شود [۳]. مرگ‌ومیر در نتیجه عوارض بارداری و زایمان شاخصی از دسترسی وضعیت زنان در جامعه به مراقبت‌ها، کفایت و کیفیت سلامت و بهداشت به دست می‌دهد و نشان‌دهنده وضعیت اقتصادی و اجتماعی جامعه است. شاخص مرگ‌ومیر مادران در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته بیشترین تفاوت را در بین شاخص‌های بهداشتی دارد. این شاخص تابعی از عوامل مختلف است و عوامل بهداشتی درمانی فقط بخشی از عوامل مؤثر هستند. با توجه به بار درخور توجهی که مرگ‌ومیر

شرکت‌کنندگان در این مطالعه به دو گروه اصلی تقسیم شدند. گروه اول شامل نزدیکان مادران فوت‌شده و گروه دوم شامل ارائه‌دهندگان خدمات بودند. معیار ورود به مطالعه شامل دسترسی به پرونده مادران باردار فوت‌شده در حوزه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و در دسترس بودن خانوار و تمایل به همکاری بود. در این مطالعه، با توجه به تعدد مادران فوت‌شده تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، پنج شهرستان (زاهدان، خاش، میرجاوه، سیب سوران و سراوان) انتخاب شدند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند تا اشباع داده‌ها (بدین معنی که شرکت‌کنندگان مطلب جدیدی را به اطلاعات جمع‌آوری‌شده اضافه نکنند) انجام شد و کسانی که می‌توانستند منبع سرشار از اطلاعات باشند، خوب صحبت کنند، موضوعات را به‌درستی منعکس کنند و به در میان گذاشتن اطلاعات تمایل داشته باشند، وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل چک‌لیست و راهنمای مصاحبه بود. چک‌لیست به‌منظور ثبت اطلاعات دموگرافیک و راهنمای مصاحبه با هدف یافتن علل مرگ مادر باردار استفاده شد. راهنمای مصاحبه اختصاصی شامل عوامل جسمی، روانی، شغلی، اقتصادی، تحصیلی، خانوادگی، اطلاعات مربوط به بیماری، سابقه سقط، مرده‌زایی، اعتیاد و خشونت همسر و سایر عوامل مبتنی بر هدف بود که از مطالعات گذشته برگرفته شده است. راهنمای مصاحبه به‌صورت نیمه‌ساختاریافته بود، بدین صورت که سؤالی از افراد پرسیده می‌شود و اگر در حین مصاحبه با افراد، به عللی غیر از سؤالات راهنمای مصاحبه اشاره شود، آن علل نیز بررسی می‌شوند و در مصاحبه‌های بعدی نیز از آن علل پرسش می‌شود.

اجرای طرح پس از تصویب طرح در کمیته تحقیقات، کمیته اخلاق دانشگاه و کسب سایر مجوزهای لازم شروع شد و تیم کارشناسی (پزشک و کارشناس برنامه مادران) به‌صورت حضوری، به واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (معاونت بهداشتی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان) مراجعه کردند. در ابتدا، تعداد مادران باردار فوت‌شده بر اساس اطلاعات موجود در این واحدها و پرونده بیماران استخراج شد، پس از مشخص شدن اولیه مشارکت‌کنندگان، ابتدا با ارائه‌دهندگان خدمت (پزشک، ماما، بهورز و کارکنان بهداشتی) مصاحبه شد و سپس، پرسشگران به‌صورت حضوری، به محل زندگی متوفی و پس از آن، به واحد ارائه‌دهنده خدمات سلامت مراجعه کردند. در آن محل، ضمن برقراری ارتباط چهره‌به‌چهره در محیطی آرام، ابتدا اهداف مطالعه برای آنان تشریح و توضیحات لازم در زمینه محرمانه بودن اطلاعات و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه ارائه شد، همچنین، سایر حقوق شرکت‌کنندگان، مانند اجازه ترک مطالعه در هر زمان از مراحل تحقیق، به آنان توضیح داده شد. تمایل افراد برای شرکت در مطالعه به منزله رضایت آن‌ها به‌منظور شرکت در مطالعه بود. در طول مدت مصاحبه، با رضایت فرد و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، به ضبط صدا اقدام شد و تمام اطلاعات ضبط‌شده به‌صورت یک فایل ماشین‌نویسی شده مکتوب شد. بعد از انجام هر مصاحبه، به‌سرعت مصاحبه‌ها شنیده و

از طرفی، با توجه به اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت و افزایش مراقبت‌ها، به نظر می‌رسد این مرگ‌ها مربوط به خدمات مستقیم در حوزه بهداشت و درمان نیست و عوامل پنهان دیگری، از جمله محرومیت‌ها، مشکلات زیرساختی و... در این افزایش نقش دارند. به‌طوری که مرگ‌ها جزء شاخص‌های پیامد هستند و خدمات یک‌ساله این شاخص‌ها را تغییر نمی‌دهند [۷].

از سوی دیگر، سند ملی صیانت از جمعیت نقشه راه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای سیاست‌های کلی جمعیت است. به این منظور، اقدامات گسترده‌ای، از جمله ابلاغ دستورالعمل تشویقی کارکنان سیستم بهداشتی برای ترویج فرزندآوری، بازنگری دستورالعمل‌های مرتبط، جلب همکاری درون‌بخشی و برون‌بخشی به‌منظور ارتقای نرخ باروری کلی، پیشگیری و درمان ناباروری، مراقبت گروه‌های کلیدی باروری سلامت مادر و کودک، آموزش‌های حین ازدواج و پس از ازدواج و امید به زندگی انجام گرفته است [۸].

برنامه‌های باروری سالم در توازن جمعیت و تدوین سیاست‌های جمعیتی نقش مهمی به عهده دارند. برنامه‌های سلامت باروری، علاوه بر جنبه‌های بهداشتی، تأثیر مهمی در سایر ابعاد اجتماعی، حقوقی، اقتصادی، روانی و فرهنگی نیز دارد [۹].

نتایج باروری سالم به کاهش مرگ‌ومیر مادران، نوزادان و کودکان، جلوگیری از سوء‌تغذیه در مادر و کودک، کاهش بیماری‌های ژنتیکی، جلوگیری از سقط‌های عمدی و عواقب حاصل از آن، نظیر وقوع بیماری، معلولیت و مرگ و همچنین، به ایجاد عاملی برای فراهم کردن زمینه مناسب به‌منظور ارتقای سلامت خانواده منجر می‌شود که از اهداف اساسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است [۱۰].

در حقیقت، مطالعات متعددی روی موضوع مرگ‌ومیر صورت گرفته است؛ اما نکته مهم این است که تعداد مطالعات صورت‌گرفته در استان سیستان و بلوچستان، به‌ویژه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، بسیار اندک است. به‌علاوه، عمده مطالعات، به‌ویژه در ایران، با روش کمی انجام شده است، این در حالی است که دستیابی به درک عمیق‌تر از عوامل مؤثر بر مرگ‌ومیر مادران نیازمند انجام مطالعات با روش کیفی در کنار روش کمی است، همچنین، در اکثر مطالعات صورت‌گرفته، نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تا حدود زیادی نادیده گرفته شده است [۱۱]. با در نظر گرفتن نیاز به انجام چنین پژوهش‌هایی که در نهایت، به تولید دانش کمک می‌کند، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب علل مرگ‌ومیر مادران باردار در واحدهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به‌عنوان کم‌برخوردارترین استان کشور انجام شد. بی‌شک، روشن شدن عوامل مرگ‌ومیر مادران می‌تواند نقش مهمی در اصلاح برنامه‌های پیشگیری و کاهش نرخ مرگ‌ومیر مادران باردار ایفا کند.

## روش کار

این مطالعه به‌صورت کیفی در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ انجام شد.

انتظار باعث تشدید خونریزی و مرگش شد. فردی درباره این موضوع تأکید کرد: «ما بهش گفتیم بیا تو رو ببریم پیش دکتر.» گفت: «فعلاً حالم خوبه.» (شرکت‌کننده (م) ۷). مراقب سلامتی در این باره گفت: «چندین بار من و بهروز بهش زنگ زدیم و تأکید کردیم که برای مراقبت‌هاش مراجعه کنه، حتی بهروز به در خون‌اش هم رفت؛ اما سر زمانی که باید مراجعه می‌کرد، مراجعه نکرد.» (م) ۵.

### عوامل فردی

عوامل فردی، مانند تأخیر در مراجعه، استفاده از درمان‌های سنتی و محلی به جای توصیه پزشک و باورهای سنتی، مذهبی و قومی از جمله موضوعات بحث‌برانگیز در این کد هستند. این کد دو زیرطبقه (عوامل مربوط به بیمار و عقاید خرافی) دارد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	فرد مطلع از خانواده متوفی		کادر بهداشت و درمان
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنسیت	مرد	۵(۲۹/۴)	۳(۳۰/۰)
	زن	۱۲(۷۰/۶)	۷(۷۰/۰)
سن	۱۵ تا ۲۵ سال	۶(۳۵/۲)	۵(۵۰/۰)
	۲۵ تا ۳۰ سال	۵(۲۹/۴)	۳(۳۰/۰)
	۳۰ تا ۳۵ سال	۳(۱۷/۶)	۲(۲۰/۰)
	بیشتر از ۳۵ سال	۴(۲۳/۵)	۰(۰)
تحصیلات	بی‌سواد و زیر دیپلم	۹(۵۲/۹)	۰(۰)
	دیپلم و کاردانی	۴(۲۳/۵)	۰(۰)
	کارشناسی	۴(۲۳/۵)	۵(۵۰/۰)
	کارشناسی ارشد و دکتری	۰(۰)	۵(۵۰/۰)
سازمانی	پزشک	*	۵(۵۰/۰)
	ماما	*	۳(۳۰/۰)
	کارشناس ستادی	*	۲(۲۰/۰)

رونویسی شد، سپس، با استفاده از نرم‌افزار word در یک فایل کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. تحلیل اولیه پس از اولین مصاحبه، با اولین نمونه شروع شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد، بدین صورت که درون محتوای هر جمله یک کد (کلمه کلیدی) وجود دارد، تمام کدهای مشابه در یک زیرطبقه دسته‌بندی شدند و سپس زیرطبقه‌های مشابه در یک طبقه و پس از آن، طبقات مشابه به صورت یک زیرمضمون طبقه‌بندی شدند و در نهایت، طبقات اصلی (Theme) شناسایی شدند.

### یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۷ نفر وارد مطالعه شدند و با آن‌ها مصاحبه شد (۱۷ نفر مطلع از خانواده متوفی و ۱۰ نفر کادر بهداشت و درمان). در تحلیل مصاحبه‌های صورت‌گرفته با مشارکت کنندگان، در مرحله کدگذاری باز، تعداد ۶۷ مفهوم اولیه به دست آمد، سپس، در مرحله کدگذاری فرعی، ۶ مفهوم و در نهایت، ۳ طبقه اصلی (عوامل فردی، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و ارائه خدمات) استخراج شد. همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، ۸ مرد و ۱۹ زن در این مطالعه شرکت کردند و اکثر آن‌ها بی‌سواد و زیر دیپلم (۵۲/۹ درصد) بودند. بررسی داده‌های به دست آمده از پاسخ مصاحبه‌شوندگان به سؤالات تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است.

### عوامل مربوط به بیمار

عوامل مربوط به بیمار، مانند پیروی نکردن از درمان، بی‌توجهی کامل به پیشگیری و درمان، علاقه به طب سنتی و درمان‌های محلی و... موضوعاتی هستند که در این زمینه بررسی شدند. به نظر می‌رسد که تأخیر در مراجعه به مراکز درمانی یکی از علل اصلی مرگ مادران باشد. در این خصوص، مشارکت‌کننده‌ای گفت: «ما هرچه گفتیم، دریغ از یک لحظه گوش دادن.» گفت: «منتظر می‌مانم تا همسرم بیاید، همین

جدول ۲. کدبندی پاسخ مصاحبه‌شوندگان

طبقه اصلی	طبقه فرعی	درون‌مایه
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)	عوامل مربوط به بیمار	تأخیر در مراجعه بی‌توجهی کامل به پیشگیری و درمان علاقه به طب سنتی و درمان‌های محلی بی‌اعتمادی به کادر بهداشت و درمان تقدیرگرایی، مرگ‌اندیشی و پذیرش سرنوشت باورهای سنتی، مذهبی و قومی مشکلات فرهنگی و غلبه خرافات در سطح جامعه سواد سلامت پایین، به‌ویژه در مناطق روستایی فقر شدید و عوامل اقتصادی مسافت طولانی در اغلب مناطق نبود زیرساخت و راه مناسب نقش کم‌رنگ علمای مذهبی فتوای افراتی برخی از بزرگان طوایف
	عقاید خرافی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
عوامل فردی	عقاید خرافی	تأخیر در مراجعه بی‌توجهی کامل به پیشگیری و درمان علاقه به طب سنتی و درمان‌های محلی بی‌اعتمادی به کادر بهداشت و درمان تقدیرگرایی، مرگ‌اندیشی و پذیرش سرنوشت باورهای سنتی، مذهبی و قومی مشکلات فرهنگی و غلبه خرافات در سطح جامعه سواد سلامت پایین، به‌ویژه در مناطق روستایی فقر شدید و عوامل اقتصادی مسافت طولانی در اغلب مناطق نبود زیرساخت و راه مناسب نقش کم‌رنگ علمای مذهبی فتوای افراتی برخی از بزرگان طوایف
	عقاید خرافی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)	مشکلات اجتماعی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان
	مشکلات اقتصادی و محیطی	کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) نداشتن دسترسی پوشش ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان

اجتماعی) است.

### عوامل اقتصادی و محیطی

سواد سلامت پایین، به‌ویژه در مناطق روستایی و همچنین، پایین بودن سواد تحصیلی مادران باعث مرگ برخی از مادران شده بود، به‌طوری که مراقب سلامتی در این‌باره گفت: «مردم اصلاً درباره سلامتی خودشان اطلاعات کافی ندارند و تمایلی هم برای دریافت اطلاعات ندارند.» (م ۲۷).

فرد دیگری هم در این‌باره گفت: «ما و بهورزآموز هر چی بهشون توضیح می‌دیم، این‌ها متوجه نمی‌شوند، هر چی آموزش می‌دیم، باز هم در نهایت، کار خودشان رو انجام می‌دن» (م ۲). شرکت‌کننده‌ای درباره نبود آموزش متناسب با سطح سواد مردم گفت: «وقتی می‌خوان به ما آموزش بدهند، خیلی سریع، تعدادی از اصطلاحات سخت و خارجی می‌گن و ما متوجه نمی‌شیم چی می‌گن.» (م ۴).

### فقر شدید و عوامل اقتصادی

فقر اقتصادی مردم این استان یکی دیگر از دلایلی بود که در صحبت‌های شرکت‌کنندگان مطرح شد. شرکت‌کننده‌ای در این‌باره چنین گفت: «این یک استان محروم به حساب می‌آید. مردمش از نظر اقتصادی خیلی ضعیف هستند و توان پرداخت آن هزینه‌ها رو ندارند.» (م ۱۳). فرد دیگری هم درباره گرانی قیمت دارو و سایر درمان‌های پزشکی گفت: «دکتر کلی دارو برای بیمار ما نوشت؛ اما وقتی به داروخانه رفتیم، قیمتش زیاد بود و توانایی خرید دارو رو نداشتیم و نخریدیم.» (م ۲۲). جذب حمایت از طریق خیران موضوع بحث دیگری بود که یکی از شرکت‌کننده‌ها مطرح کرد: «به‌نظرم اگر خیران بیان توی این استان روی برنامه‌های سلامت سرمایه‌گذاری کنند، خیلی بهتره؛ چون بسیاری از مردم این استان در مناطق محرومش، هیچی ندارند.» (م ۱۱).

### مسافت طولانی در اغلب مناطق

پهنای بودن استان سیستان و بلوچستان باعث می‌شود که بیماران فاصله زیادی را تا مرکز شهرستان و حتی مراکز بهداشتی دیگر طی کنند: «از روستای ما تا بیمارستان، حدود ۱۷۰ کیلومتره و با یک جاده خراب روستایی، همین الان هم حرکت کنیم، حدود ۳ ساعت دیگه می‌رسیم بیمارستان. حالا فکر کن که مادر باردار بدحال هم سوار ماشین باشه» (م ۱۰). فرد دیگری در این‌باره گفت: «از اینجا بخوایم بریم مرکز کشور، حداقل باید دو روز توی جاده باشیم تا به یک مرکز درمانی خوب برسیم.» (م ۱۷).

### مشکلات اجتماعی

مشکلات فرهنگی و غلبه خرافات در سطح جامعه و نقش کم رنگ علمای مذهبی و بزرگان طوایف، اطلاع‌رسانی ضعیف رسانه‌های گروهی و نقش کم‌رنگ علما در آموزش از موضوعات دیگری بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند: «مردم این منطقه خیلی به ریش‌سفیدان اعتماد دارند، حرف اون حرفه؛ اما به‌نظرم، متأسفانه این

بی‌توجهی کامل به پیشگیری و درمان موضوعی بود که برخی از مشارکت‌کنندگان آن را مطرح کردند. از دید آن‌ها، مراجعه به بیمارستان باعث تسریع روند درمان می‌شود: «مردم این منطقه اصلاً به خدمات خانه بهداشت و مرکز بهداشت اعتقادی ندارند و برای هر مشکل کوچکی به بیمارستان شهرستان مراجعه می‌کنند.» (م ۱۷).

باورهای بومی مردم منطقه باعث علاقه شدید به طب سنتی و درمان‌های محلی بود. شرکت‌کننده‌ای در این‌باره افزود: «دکتر و ماما هر دارویی واسه‌شون تجویز می‌کردند، اون‌ها رو نمی‌خورند و فقط داروهای گیاهی و محلی رو استفاده می‌کردند.» (م ۲۲). فرد دیگری درباره مصرف داروهای گیاهی، به‌جای مصرف قرص و داروهای تجویز شده توسط پزشک گفت: «داروهای رو که بهشون می‌دیم، نمی‌خورند و بیشتر خودشان رو با طب سنتی و گل و گیاه می‌خوان درمان کنند.» (م ۲۵). فردی هم درباره مراجعه به دعانویس و گرفتن طلسم گفت: «اینجا حتی برای زایمان، بچه‌داری و... می‌رن پیش ملا و جادوگر یک طلسم می‌گیرند.» (م ۱).

افراد به دلیل نداشتن اعتماد به کادر بهداشت و درمان، به‌خاطر شرایط زمانی در برخی از زمان‌ها، خدمت خاصی از سیستم بهداشت و درمان نگرفتند یا تجربه مناسبی از سیستم نداشتند؛ به همین دلیل، به سیستم بی‌اعتماد شده‌اند: «هر بار که یکی از اعضای خانواده ما کارش به دکتر، دارو و بیمارستان رسید، زنده برنگشت.» (م ۱۶). فرد دیگری اظهار کرد: «من از دکتر رفتن خاطره خوبی ندارم، اصلاً به پزشکان اینجا اعتماد ندارم و همیشه برای درمان خودم به سایر استان‌ها می‌رم.» (م ۸).

### عقاید خرافی

غلبه باورهای سنتی، مذهبی و قومی جزء علل شایع، به‌ویژه در مناطقی است که مسائل مذهبی و قومی از اهمیت بالایی برخوردار است. اغلب مناطق مرزی کشور چنین وضعیتی دارند و در این مناطق، اغلب مردم با رویکرد مذهبی و قومی و بر اساس نظر بزرگان و علمای دینی اقدام می‌کند. معمولاً در این مناطق باورهای سنتی بسیار شایع هستند و اغلب مردم از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند: «ما توی روستا زندگی می‌کنیم، حرف ریش‌سفید روستا برامون سند است، ما فقط از همون فرد تبعیت می‌کنیم.» (م ۲۱). تسلیم شدن در برابر قضا و قدر الهی نیز موضوع مهم دیگری بود: «بیماری و سلامتی دست خداست و رفتن پیش دکتر و بیمارستان همه بهانه‌ست، اون‌ها که قسمتش باشه بیماری رو بگیره و بمیره، می‌میره. پدرم مریض شد، اون‌قدر بردیم این دکتر و آن دکتر که آخرش توی مسیر همین بیمارستان‌ها فوت کرد، اگر دکتر نمی‌بردیم شاید بیشتر عمر می‌کرد.» (م ۲۰).

### عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)

شرایط اقتصادی، محیطی و مشکلات اجتماعی حاکم در منطقه و کشور، به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، بر رفتارهای بهداشتی مردم تأثیرگذار است. این کد دارای دو زیرطبقه (عوامل اقتصادی و محیطی و مشکلات

افراد نقش پررنگی توی آموزش ندارند.» (۲۵م).

## ارائه خدمات

### مشکلات زیرساختی

وجود مشکلات زیرساختی، مانند جاده نامن و نبود اورژانس مناسب از جمله موضوعاتی بود که برخی از شرکت‌کننده‌ها مطرح کردند: «جاده‌ها خرابن، ماشین اصلاً گیر نمیداد، حتی اینجا تلفن خوب آنتن نمی‌ده که به اورژانس زنگ بزینم.» (۱۳م). شرکت‌کننده‌ای هم درباره نبود پایگاه اورژانس در روستا گفت: «توی روستای ما، پایگاه اورژانس وجود نداشت، وقتی هم تماس گرفتیم، اورژانس مسیر رو یاد نداشت و راه رو گم کرد.» (۱۸م). کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی و دریافت نکردن خدمات مطلوب مشکل دیگری بود که شرکت‌کننده‌ای مطرح کرد: «اصلاً خدمات مناسبی اینجا ارائه نمی‌شد و ما مجبور بودیم برای دریافت خدمات باکیفیت‌تر به استان‌های هم‌جوار سفر کنیم.» (۲۷م). کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی و نبود نیروی متخصص در برخی از مراکز باعث می‌شد یا مردم خدمت را دریافت نکنند یا خدمات باکیفیتی را دریافت نکنند: «مرکز روستایی ما خیلی از شهرستان دوره و پزشک نمیداد اینجا، پزشک که نباشه، پس بیشتر خدمات انجام نمی‌شه.» (۲م). بودن فقط یک ماما و یک پزشک در مراکز باعث می‌شد زمانی که کارمندان به مرخصی می‌رفتند، نیروی جایگزین وجود نداشته باشد و مردم در زمان مراجعه، خدمات مناسبی دریافت نکنند: «مرکز ما فقط یک ماما داره. وقت‌هایی که مرخصی می‌ره، هیچ جانشینی نداره.» (۵م). تجهیز ناکافی در برخی از واحدها (کمبود واحدها، سایر تجهیزات و...) انتقاد دیگری بود که برخی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. از دیدگاه آن‌ها، نبود تجهیزات درمانی مناسب در روستا و خرابی برخی از تجهیزات مشکل دیگری بود که شرکت‌کننده‌ای مطرح کرد: «وقتی بهداشت می‌رفتیم، می‌گفتند تجهیزات شما رو نداریم یا خرابه و باید بریم بیمارستان تا این خدمات رو به شما بدیم؛ اما چون ما پول کافی نداشتیم، برمی‌گشتیم خونه.» (۲۲م).

نداشتن دسترسی فیزیکی و دور بودن محل زندگی از مراکز درمانی مشکل دیگری بود که شرکت‌کننده‌ها مطرح کردند: «محل زندگی ما از درمانگاه خیلی دوره و جاده‌اش هم هموار نیست. ما برای دریافت خدمات به‌صورت منظم نمی‌تونیم بریم، مگر اینکه یک ماشین گیر بیاریم و بعد بتونیم بریم.» (۷م). حمایت ناکافی بیمه‌های سلامت از افراد جامعه و همچنین، بیمه نبودن برخی از افراد موضوع بحث بسیاری از شرکت‌کنندگان بود: «ما بیمه سلامت روستایی داریم؛ اما خیلی از خدمات رو حمایت نمی‌کنه و آزاد حساب می‌کنند که قیمت خدمات خیلی زیاد می‌شه، از طرفی، اگه بخوایم بریم شهر، حتماً باید مهر ارجاع روی بیمه بخوره.» (۱۳م). حمایت نکردن بیمه موضوعی بود که شرکت‌کننده‌ای مطرح کرد: «من نتونستم خودم رو بیمه کنم؛ به همین دلیل، تمام خدمات آزاد حساب شد.» (۱۵م)

### مشکلات رفتاری

برخورد نامناسب برخی از ارائه‌دهندگان در برخی از موارد باعث می‌شد شرکت‌کنندگان از مراجعه به برخی از پایگاه‌ها و مراکزها پرهیز کنند: «ما چند بار مرکز رفتیم؛ اما برخورد نامناسبی با ما داشتند و ما تصمیم گرفتیم دیگه به این مرکز مراجعه نکنیم.» (۲۷م). شرکت‌کننده دیگری هم ذکر کرد: «اصلاً برای پرسنل مهم نبود که حال بیمار خوب نیست، ما رفته بودیم درمانگاه؛ اما خیلی با تأخیر مراجعه کردند بر بالین بیمار.» (۱۲م).

### بحث

مادر مهم‌ترین رکن خانواده‌ها در جوامع گوناگون محسوب می‌شود؛ زیرا، سلامت مادر اثر مستقیم در سلامت خانواده و جامعه دارد، از سوی دیگر، مرگ مادر یکی از شاخص‌های مهمی است که نشان‌دهنده وضعیت سلامت ملتها و توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهاست. مرگ مادر جزء شاخص‌های توسعه است؛ لذا، جوامع توسعه‌یافته وضعیت بهتری دارند.

یافته‌های پژوهش ما نشان داد که عوامل فردی یکی از علل مهم مرگ مادران است، به‌طوری که بر اساس تجربیات مطرح‌شده توسط برخی از افراد، وجود سلامت ظاهری و احساس نکردن بیماری و... باعث تأخیر در مراجعه آن‌ها به مراکز درمانی می‌شد و همین امر باعث عود بیماری و در نهایت، مرگ مادر بود. در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر، Meh و همکاران (۲۰۲۲)، نشان دادند که مراجعه دیرنگام و در برخی از مواقع، زایمان در منزل و دیر رسیدن آمبولانس به‌دلیل نبود جاده مناسب در منطقه، از علل اصلی ایجاد عوارض زایمان بود که نیاز است توجه ویژه‌ای به این موضوع شود [۱۲]. می‌توان چنین گفت که مادران باردار، به‌ویژه در سه ماه سوم بارداری (۲۸ هفته بارداری و بیشتر)، لازم است به هر گونه علائم عمومی، مانند تب، سرفه و... و علائم اختصاصی، مانند کاهش حرکات جنین، خون‌ریزی واژینال و آبریزش دقت بیشتری داشته باشند و بلافاصله به بیمارستان یا مراکز بهداشتی مراجعه کنند. مراجعه نکردن به‌دلیل اعتماد پایین به خدمات ارائه‌شده در مراکز بهداشتی و درمانی باعث می‌شد مردم برای دریافت خدمات به مراکز بهداشتی مراجعه نکنند یا به مراکز خصوصی مراجعه کنند یا به درمان‌های سنتی و گیاهی روی بیاورند. در تأیید این یافته، Foley و همکاران، در کشور آمریکا، ایالت آریزونا، دلایل مهم مرگ‌ومیر مادر باردار در کشورهای جهان سوم را تعداد زیاد بارداری، مراجعه نکردن به‌منظور دریافت مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی نداشتن به مراقبت‌های بهداشتی مناسب و کافی و سکونت در روستا ذکر کردند [۱۳]. خمرنیا و همکاران، در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان زاهدان اعتماد پایینی به خدمات این بیمارستان‌ها داشتند. این موضوع نیازمند مداخله‌های کافی برای بررسی شناخت علل این مشکل است [۱۴]؛ بنابراین، لازم

بگذارد، به طوری که در شهرستان هایی که سطح سواد بالاتر بود، تعداد مرگ کمتر بود.

بر اساس نظرهای شرکت کننده ها، نبود زیرساخت جاده ای مناسب، دور بودن مسافت ها در این استان و صعب العبور بودن برخی از راه ها باعث می شود که بیماران به موقع به مراکز بهداشتی مراجعه نکنند. Farmakis و همکاران، عواملی همچون راه نامناسب، مشکلات ساختاری و عوامل اقتصادی را از جمله علل افزایش مرگ و میر مادران باردار می دانند [۱]. می توان چنین گفت که در کشورهای در حال توسعه نیز دسترسی نداشتن به مراقبت ها و سکونت در روستا از عوامل خطر محسوب می شود. در واقع، دوری مسافت و دسترسی نداشتن به مراقبت های فوری مامایی، به علت ضعف در سیستم های ارجاع، از علت های مهم مرگ و میر مادران در روستا محسوب می شود؛ بنابراین، ارتقای دسترسی به خدمات و همچنین ایجاد سیستم های ارتباطی مناسب و سریع در برخورد با عوارض مامایی می تواند به عنوان یکی از راهکارهای مهم در کاهش مرگ و میر مادران مورد توجه قرار گیرد.

بر اساس اظهارات خانواده متوفیان و همچنین برخی از کارکنان کادر بهداشتی، کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی و کمبود نیرو در برخی از واحدهای بهداشتی و درمانی باعث ایجاد مشکلاتی برای مادر و خانواده شده است.

Driscoll و همکاران نیز بعضی از محدودیت های ساختاری و سازمانی خارج از کنترل را مانع مراقبت با کیفیت از مادران دانستند. یکی از این عوامل مهم نبود اتاق مخصوص معاینه یا وجود چند نفر از کارکنان دیگر در اتاق معاینه بود. تعدادی از دلایل نامطلوب بودن کیفیت مراقبت های بارداری بار کاری زیاد و نداشتن فرصت کافی و همچنین، برخورد نامناسب برخی از ارائه دهندگان حمایت روانی و جسمانی برای مادران عنوان شد که می توانند باعث مراجعه نکردن به منظور دریافت خدمات، از جمله خدمات پیش از بارداری شوند [۱۸]. افزایش آگاهی مادر باردار در مورد مراقبت های دوران بارداری و علائم خطر دوران بارداری و حین زایمان می تواند در کاهش خطر مرگ مادر موثر باشد، همچنین حساس سازی واحدهای پذیرش بیمارستان ها و اورژانس، تشدید نظارت ها، بهبود کیفیت پایش واحدهای بهداشتی و درمانی و بهره وری از توان شایسته در این امر پرداخته شود. تا در بهترین شرایط ممکن، بارداری را ادامه دهد این امر ضمن حفظ سلامت مادر، موجب تولد نوزادی سالم می شود.

موانع سازمانی و فردی متعددی از تجربیات شرکت کنندگان به عنوان بازدارنده مراقبت های پیش از بارداری مطرح شد. مطابق با تجربیات شرکت کنندگان از موانع سازمانی مطرح شده، ابلاغ نکردن شیوه نامه ها، امکانات بیشتر بخش خصوصی، فضای نامناسب به دلیل ادغام خدمات بهداشت خانوادگی در مراکز بهداشت و بار کاری زیاد، بیشترین موانع دریافت مراقبت های پیش از بارداری بودند. نتایج مطالعه دامادی و همکاران (۱۳۹۷)، در شهر کرمان، نشان داد که یکی از عوامل بازدارنده

است مدیران سطوح بالای سازمان به منظور تحقق اهداف سازمانی، از نظرهای کارشناسان استفاده کنند.

یافته های مطالعه نشان داد که با توجه به بافت بومی و فرهنگی منطقه در وضعیت فعلی، ارتباط دادن این بیماری با قضا و قدر می تواند مانعی برای رعایت مسائل بهداشتی و انجام رفتارهای پیشگیرانه باشد، به گونه ای که فرد ممکن است به جای رعایت شیوه نامه های بهداشتی، به طور منفعلانه عمل کند و همه چیز را به قضا و قدر بسپارد. این امر سایر افراد جامعه را بیش از پیش در معرض خطر قرار می دهد و موجب گسترش هرچه بیشتر بیماری در جامعه می شود. ایلمیت و همکاران، به این نتیجه رسیدند که داشتن اعتقادات خاص مذهبی و داشتن تفکرات تقدیرگرایانه با افزایش رفتارهای پرخطر همراه است. در تبیین این یافته می توان چنین گفت که با اطلاع از رابطه تقدیرگرایی و تمایل نداشتن به انجام رفتارهای پیشگیرانه، لازم است که مدیران و سیاست گذاران سلامت با بهره گیری از ظرفیت موجود رهبران مذهبی در کشور به اطلاع رسانی و اعمال مداخلات مؤثر و هدفمند، با هدف افزایش رفتارهای پیشگیرانه، به سرعت اقدام کنند [۱۵]. شناسایی باورها و عقاید زنان و مادرانشان و همچنین ارتقای فرهنگ آن ها درباره مزایا و منافع مراقبت های پیش از بارداری و برنامه ریزی به منظور بارداری در قالب برنامه های آموزشی هدفمند چهره به چهره و گروهی بسیار ضروری است.

بر اساس یافته های مطالعه، شاخص های مرگ و میر مادر باردار تابعی از وضعیت اقتصادی اجتماعی، سطح سواد منطقه سکونت، کیفیت مراقبت و دسترسی به فوریت های مامایی و زایمان است. در مطالعه حاضر، مشخص شد که مادران فوت شده سطح سواد پایین تری داشتند. با توجه به تأثیر سواد بر متغیرهایی مانند فاصله گذاری مطمئن بین بارداری ها، آگاهی از خطرها و علائم تهدیدکننده در بارداری و زایمان و پس از زایمان، به منظور ارتقای کلی سطح سواد جامعه لازم است با توجه به سطح سواد مادران، از روش های آموزشی متناسب، مانند نمایش فیلم در مراکز بهداشتی و آموزش های چهره به چهره، به جای استفاده از آموزش به وسیله رسانه های چاپی استفاده شود تا اثر بخشی آموزش ها افزایش یابد. Kurjak و همکاران، در کشور آلمان (شهر برلین)، به این نتیجه رسیدند که بیشتر مرگ مادران مربوط به مادران بی سواد و کم سواد و بوده است، همچنین، با توجه به میزان بالای بی سواد در مادران باردار متوفی در کل کشور و نقش سواد در ارتقای سطح سلامت مادران، به خصوص در مناطق روستایی، تقویت برنامه های آموزشی برای افراد بی سواد و کم سواد در روستاها و استفاده از تکنولوژی مناسب به منظور آموزش بهداشت به افراد مهم شناخته شد [۱۶].

در تفسیر این یافته می توان چنین گفت که سواد سلامت پایین، به ویژه در مناطق روستایی در این استان، باعث می شود که مردم مراقبت های بهداشتی و درمانی را به طور کامل دریافت نکنند و این امر باعث شود که میزان باسواد در هر شهرستان بر روی علت و تعداد مرگ تأثیر

رشد دقیق رشد جمعیت و نرخ باروری کلی، توسعه همکاری‌های بین‌بخشی و برون‌بخشی به‌منظور صیانت از جمعیت، حفظ و ارتقای باروری سالم و فرزندآوری در جمعیت هدف، توسعه و ترغیب و توانمندسازی نیروی انسانی لازم در حوزه باروری و فرزندآوری، از جمله پیشنهادهای کاربردی این مطالعه است.

### نتیجه‌گیری

مرگ مادر باردار مسئله مهم بهداشتی محسوب می‌شود و آگاهی داشتن از عوامل مؤثر در آن می‌تواند در سیاست‌گذاری به‌منظور کاهش این معضل مؤثر باشد، همچنین، باید در مراکز درمانی مراقبت‌های دوران بارداری در سن‌های بالای ۳۵ سال، به‌طور دقیق انجام گیرد تا با تشخیص به‌موقع بیماری و درمان مناسب، برای کاهش مرگ‌ومیر مادران باردار گام مؤثری برداشته شود.

افزایش حمایت و کیفیت مراقبت پیش از بارداری به‌منظور تشخیص به‌موقع بیماری مادران و درمان آن با هدف کاهش بارداری‌های پرخطر و بهبود مهارت و افزایش آگاهی کادر پزشکی، مامایی و بهداشت با هدف بهبود کیفیت مراقبت حین بارداری و پس از زایمان، از اقدامات مهم و مؤثر در کاهش مرگ‌ومیر در این استان خواهد بود. بر اساس سیاست‌های کلی جوانی جمعیت، با عنایت به اهمیت مقوله جمعیت در اقتدار ملی و با توجه به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور که فرصت و امتیازی برای جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته شناخته می‌شود، باید با در نظر گرفتن نقش جوانی جمعیت در پیشرفت کشور، برنامه‌ریزی جامع برای رشد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متناسب با سیاست‌های جمعیتی کشور انجام گیرد و اجرای این سیاست‌ها به‌طور مستمر رصد شود.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با کد ۹۲۴۰ و کد اخلاق (IR.ZAUMS.REC.1400.225) است. نویسندگان این پژوهش، از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به‌دلیل حمایت‌های مالی و معنوی‌شان از این طرح و از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر همکاری کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

### تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی را ذکر نکرده‌اند.

دریافت مراقبت‌های بهداشتی دوگانگی پروتکل‌های بهداشت است و در نتیجه، مطلع ساختن متخصصان از شیوه‌نامه‌های کشوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز آموزش کارکنان بهداشتی در زمینه‌های بهداشت باروری و آشنا ساختن آن‌ها با کتب و متون آموزشی گام بزرگی به‌منظور همسازسازی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و کاهش اختلاف موجود بین این دو بخش است و باعث افزایش اعتماد مراجعان به مراکز بهداشتی‌درمانی خواهد شد که با مطالعه حاضر هم‌راستا است [۱۹]. به‌منظور پیگیری بهتر مادران و مراقبت‌های بهتر قبل از بارداری، باید تمهیداتی اتخاذ شود، همچنین، توصیه می‌شود که تجهیزات و امکانات بیمارستانی برای مراقبت‌های بیشتر و بهتر از مادران افزایش یابد.

از نتایج این مطالعه می‌توان برای شناسایی بیشتر عوامل مؤثر در مرگ مادر با انجام پژوهش‌های بیشتر و در نتیجه، انجام برنامه‌ریزی، توسعه و ارتقای سطح بهداشتی به‌منظور کاهش مرگ‌ومیر استفاده کرد. مطالعه عوامل خطر شناخته‌شده در این استان، آموزش و افزایش آگاهی و مهارت کارکنان و افزایش حساسیت آن‌ها در شناسایی بارداری‌های پرخطر، افزایش حمایت خدمات تنظیم خانواده، افزایش آگاهی خانواده‌ها از بارداری، افزایش مراقبت‌ها در سراسر دوره بارداری و به‌ویژه پس از زایمان، شناسایی به‌موقع و ارجاع سریع و پیگیری مادران در معرض خطر و توجه به افزایش تجهیزات بیمارستان‌ها و آمبولانس‌ها توصیه می‌شود.

در انتها، می‌توان چنین گفت که با توجه به تصویب قانون جوانی جمعیت و فرزندآوری، لازم است که منابع بیشتری به وزارت بهداشت و درمان اختصاص پیدا کند تا منابع بیشتری نیز در اختیار استان سیستان و بلوچستان قرار گیرد که نقاط محروم‌تری را تحت پوشش دارد تا بتوانیم حداقل خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به بیماران ارائه دهیم. آنچه مسلم است وجود شاخص سواد پایین در مناطق روستایی، به‌ویژه در بلوچستان، است و در این استان، درصد برخورداری از فضاهای آموزشی و سرانه آموزشی با متوسط کشوری فاصله زیادی دارد، درعین‌حال، تفاوت شمال و جنوب هم قابل ملاحظه است، ضمن اینکه در این استان، توزیع متناسب امکانات هم وجود ندارد که باعث می‌شود سواد سلامت شهروندان و روستاییان کمتر از متوسط معدل سواد سلامت کشور باشد. جمعیت جوان و سرمایه انسانی به‌عنوان یکی از ارکان مهم مؤثر بر توسعه هر کشور، از اهمیت خاصی برخوردار است و بستر خلاقیت و پویایی در ابعاد مختلف توسعه اقتصادی-اجتماعی را برای آن کشور فراهم می‌کند.

## References

1. Rebeiz MC, El-Kak F, van den Akker T, Hamadeh R, McCall SJ. Maternal mortality is preventable in Lebanon: A case series of maternal deaths to identify lessons learned using the "Three Delays" model. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;162(3):922-930. DOI: 10.1002/ijgo.14770 PMID: 37102363
2. Jokhio AH, Winter HR, Cheng KK. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *N Engl J Med*. 2005;325(20):2091-20999. DOI: 10.1056/NEJMsa042830 PMID: 15901862
3. Studnicki J, Fisher JW. Recent increases in the US maternal

- mortality rate: Disentangling trends from measurement issues. *Obstet Gynecol.* 2018;**131**(5):932-934. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002603 PMID: 29652697
4. Loquiha O, Hens N, Chavane L, Temmerman M, Osman N, Faes C, et al. Mapping maternal mortality rate via spatial zero-inflated models for count data: A case study of facility-based maternal deaths from Mozambique. *PLoS One.* 2018;**13**(11):e0202186. DOI: 10.1371/journal.pone.0202186 PMID: 30412633
  5. Milani H, Khazaie F, Rassouli M, Ramezankhani A. Explanation of women's and family health care personnel's perception of the barriers of pre-pregnancy care coverage: a qualitative study. *J Health in the Field.* 2016;**4**(3):18-27.
  6. Mohammadi Nia N, Samiei Zadeh T, Rezaei M, Rostaei F. Investigating the frequency and effective factors on maternal mortality in Sistan and Baluchistan Province, Iran, 2002-2009. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2013;**16**(44):28-34. DOI: 10.22038/IJOGI.2013.653
  7. Jamshidi H, Baziari Sarani S, Khorami Sarvestani S, Saadat P, Sabet HR. The assessment of changes in cesarean indications before and after the implementation of health sector evolution plan in Valiasr Hospital, Fasa, Fars Province in 2013-2015. *J Fasa Univ Med Sci.* 2018;**8**(2):778-784.
  8. Jafari H, Pourreza A, Kabiri N, Khodyari-Zarnaq R. Main actors in the new population policy with a growing trend in Iran: a stakeholder analysis. *J Health Popul Nutr.* 2022;**41**(1):1-7. DOI: 10.1186/s41043-022-00338-2
  9. Aghajani F, Maajani K, Nakhostin-Ansari A, Maleki-Hajiagha A, Aghajani R, Tehrani A. Maternal mortality and its determining factors among hospitalised mothers in Tehran, Iran, 2013-2020. *J Obstet Gynaecol.* 2022;**42**(6):1905-1910. DOI: 10.1080/01443615.2022.2054678
  10. Mamkhezri J, Razzaghi S, Khezri M, Heshmati A. Regional effects of maternal mortality determinants in Africa and the Middle East: How about political risks of conflicts? *Front Public Health.* 2022;**10**:865903. DOI:10.3389/fpubh.2022.865903 PMID: 35651864
  11. Dadipoor S, Mehraban M, Ziapour A, Safari Moradabadi A. Causes of maternal mortality in Iran: a systematic review. *Int J Pediatr.* 2017;**5**(12):5770-6757. DOI: 10.22038/ijp.2017.26983.2325
  12. Meh C, Sharma A, Ram U, Fadel S, Correa N, Snelgrove JW, et al. Trends in maternal mortality in India over two decades in nationally representative surveys. *BIOG.* 2022;**129**(4):550-561. DOI: 10.1111/1471-0528.16888 PMID: 34455679
  13. Foley MR. Reestablishing trust in the medical profession: making a significant impact on maternal mortality in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;**211**(1):1-2. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.03.053 PMID: 24972528
  14. Khammarnia M, Hashemi Karghash Z, Peyvand M, Kooshesh S, Ramezani F. A survey on trust to hospital services after health transformation plan. *Payesh.* 2020;**19**(3):243-254. DOI: 10.29252/payesh.19.3.243
  15. El-Elimat T, AbuAlSamen MM, Almomani BA, Al-Sawalha NA, Alali FQ. Acceptance and attitudes toward COVID-19 vaccines: A cross-sectional study from Jordan. *PLoS One.* 2021;**16**(4):e0250555. DOI: 10.1371/journal.pone.0250555 PMID: 33891660
  16. Kurjak A, Stanojević M, Dudenhausen JW. Is lowering of maternal mortality in the world still only a "dream within a dream"? *J Perinat Med.* 2022;**51**(2):163. DOI: 10.1515/jpm-2022-0540 PMID: 36395478
  17. Farmakis IT, Barco S, Hobohm L, Braekkan SK, Connors JM, Giannakoulas G, et al. Maternal mortality related to pulmonary embolism in the United States, 2003-2020. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023;**5**(1):100754. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100754 PMID: 36155111
  18. Driscoll AK, Ely DM. Disparities in infant mortality by maternal race and Hispanic origin, 2017-2018. *Semin Perinatol.* 2022;**46**(8):151656. DOI: 10.1016/j.semperi.2022.151656 PMID: 36137830
  19. Damadi B, Tabasirghad N, Safizadeh M, Sbermahani M, Hasanzadeh M, Amirzadeh R. An epidemiologic study of maternal mortality in Kerman University of Medical Sciences. *Health-Based Research.* 2019;**4**(4):361-369.