

從研究英國國際發展部門對降低產婦死亡之 策略行動方案，初步探討台灣非政府組織參與 聯合國千禧年發展目標之方向

許啓祥、蘇真真、尤佩蓉

財團法人仁愛綜合醫院暨仁愛基金會 社區醫學部 主任醫師

財團法人仁愛綜合醫院暨仁愛基金會 社服課 課長

財團法人仁愛綜合醫院 社區醫學部專員

摘 要

英國國際發展部門(Department for International Development of UK)簡稱 DFID 為英國政府部門之一，主要工作為協助貧窮國家脫離赤貧。貧窮地區所衍生出來的戰爭、衝突、難民、非法藥品或毒品買賣、疾病的散播..等重大問題都會影響英國人民。「讓這些國家脫離貧窮、對世界每個人都好」的觀念是英國政府之所以主導協助這些工作的主因。

DFID 針對如何達成聯合國千禧年發展目標五(MDGs 5)降低產婦死亡，提出策略性的實證與行動，並在其所協助的國家將許多執行方案編成個案研究，具有重要參考價值。整體行動方案以（一）分析問題：從產婦死亡或殘障、產婦死亡對家庭的衝擊、懷孕及生產的風險來分析。（二）能做什麼：從幫助個人行動、有效率的健康服務體系、成功專案剖析、國際間合作之努力來降低產婦死亡。（三）有效優先行動：為達到聯合國於 2015 年所設立的努力目標、DFID 提出四個優先計劃與有效行動以加速達到「降低產婦死亡」。個別執行方案乃針對不同國家情況之分析後所計畫的短期行動，如：在馬拉威提供安全的生產方式、馬拉威的家庭計畫服務、尼泊爾的國家母親安全計畫..等。

若要避免大部分產婦的死亡及殘障，工作的焦點必須集中於有效及有品質的健康服務——即有經驗的醫療接生人員、能處理因懷孕而造成威脅生命的併發症的轉診系統、合法安全的流產手術及術後照顧。增強健康體系的強度則必須連結較廣泛社會及經濟狀態的改變，甚至包括推動婦女權利的地位。

本研究企圖透過分析與瞭解 DFID 之執行策略與方案以及實務經驗來學習如何參與或投入聯合國千禧年發展目標之方向。

關鍵詞：降低產婦死亡、英國國際發展部門、執行策略

一、前言

英國國際發展部門 (Department for International Development of UK) 簡稱 DFID 為英國政府部門之一，主要工作為協助貧窮國家脫離赤貧。於國內設有兩個總部及 64 個海外辦公室，約 2500 位工作人員（半數在海外地區）。全球約有十億人口生活貧窮，一千萬的小孩活不過五歲，一億的小孩沒有接受教育，這些貧窮地區所衍生出來的戰爭、衝突、難民、非法藥品或毒品買賣、疾病的散播..等重大問題都會影響英國人民。「讓這些國家脫離貧窮、對世界每個人都好」的觀念是英國政府之所以主導協助這些工作的主因。

DFID 針對如何達成聯合國千禧年發展目標五(MDGs 5)降低產婦死亡，提出策略性的實證與行動，並在其所協助的國家將許多執行方案編成個案研究。DFID 研究產婦死亡或殘障的實證背景包括以下數點:

(一) 每年有 529000 名婦女死於因不必要的懷孕和分娩。超過百萬的婦女健康欠佳，並多達 4 百萬人患有嚴重殘疾。過去的十年中產婦死亡率在發展中國家幾乎沒有下降，部分非洲地區並有上升趨勢。

(二) 缺乏進展的原因包括足夠的國際形象、領導者承擔不足、缺乏一個有效明確的重點和共識、缺乏產婦保健或健康發展策略、性別不平等持續存在，以及更廣泛的挑戰—有功能的健康服務體系。

(三) 雖然有些人認為挑戰過於龐大，但目前的證據顯示有些國家的產婦死亡率在近十年顯著降低。健康的新生兒童維繫於健康的母親。提供有效介入措施改善產婦保健也可避免 70 % 的新生兒死亡。減少兒童死亡率（第四個千禧年發展目標）大程度依賴於減少新生兒死亡，因為五歲以下兒童的死亡新生兒佔了 40 %。

(四) 世界各國領導人在千禧年會議上（2000 年九月）作出新的承諾與明確呼籲採取國際行動，以改善第五個千禧年目標—增進產婦健康，並贊同從 1990 年至 2015 降低產婦死亡率四分之三的目標。

(五) 加速推動計畫以改善產婦保健，亦有助於實現以促進男女平等、賦予婦女權力和防治愛滋病毒和愛滋病，瘧疾和其他疾病的千禧年發展目標。

(六) 如果沒有在各個層次快速擴大行動，在許多亞洲和非洲撒哈拉以南地區將無法達成產婦健康的千禧年目標。

以下將論述 DFID 如何加快改善產婦保健成果、洞察到問題的核心、描述有效的措施已導致死亡率降低、以及建議一些優先行動。

二、降低婦女死亡

在 2000 年，189 個國家的政府承諾到 2015 年要實現千禧年發展目標。目標之一就是改善產婦保健。DFID 分析按目前的進度將不會達到目標，但如果各國政府和其合作夥伴把言辭和承諾轉化為資源並採取行動--它能夠實現。

分析問題之所在

(一) 死亡、殘障、健康欠佳

幾乎所有由懷孕和分娩所造成的死亡都是可以避免的。百分之九十九發生在發展中國家並且三分之二集中在 13 個國家。有 25 % 的死亡發生在印度。

(表一)

地區	孕產婦死亡率	死亡人數
撒哈拉以南非洲	920	247000
北部非洲	130	4600
中南亞	520	207000
東南亞	210	25000
西亞	190	9800
拉丁美洲/加勒比海地區	190	22000
歐洲	24	1700
世界	400	529000

表一數據背後代表的是一個巨大的傷亡、健康情況欠佳、長期殘疾、兒童死亡和孤兒問題，崩潰的家庭和持續加深的貧困。每年、八千萬婦女面對一個不想要的或無計劃妊娠；兩千萬婦女在危險不安全的墮胎，並且 68000 死亡；五千萬婦女患有嚴重的妊娠有關的疾病；四百萬名婦女由於懷孕或分娩造成殘障。

一千五百萬名青少年女孩在這個年紀生育，而此時的生產風險特別高：15 歲以下的女孩生產死亡風險是二十歲的 5 倍；15-19 歲的女孩生產死亡風險是二十歲的二倍。

每年估計有 200 萬的懷孕婦女是感染愛滋病毒的。證據來自馬拉威和津巴布韋 (Malawi and Zimbabwe) 表明，愛滋病病毒感染者和愛滋病對孕產婦的死亡率是一個重

大的衝擊，扭轉了以往任何的努力。

估計全世界婦女有 3 億（占發展中世界 25 % 以上的成年婦女）目前由於懷孕而造成身體不佳或殘疾，而這些是可以避免的。這些問題包括不孕症，子宮脫垂及膀胱陰道瘻管。許多的這類婦女也成為被社會排斥的一個族群。

（二）對家庭的衝擊

產婦健康欠佳的結果，全球估計造成 270 萬死產或死亡、以及高達 300 萬嬰兒沒有存活超過一個星期。很多的因素及條件導致兒童死亡，也造成嚴重的終身殘疾。家庭中有孩子的死亡和傷殘，又提高家庭的經濟上的困難，讓他們更處於貧困中。透過簡單的干預措施來提供孕產婦在懷孕期間或生產後的保健服務可以避免許多這些結果。努力降低孕產婦死亡率，對於降低兒童死亡率的發展目標，也產生積極的影響。

母親的死亡對任何家庭是一個尖銳和難以預料的衝擊，並有可能導致這個家庭更貧窮。多達 200 萬兒童因為母親的死亡成為孤兒。

婦女是主要的投資者，也是重要的社會關係網絡，一名婦女的死亡也造成社會網絡被破壞。缺乏母親的家庭常常增加兒童沒有上學和/或居住和工作在街上的機率；也造成其女兒處於無預期或不想要懷孕和早婚的風險增高，這就如同與其母親處於同樣的命運威脅。持續的債務和赤貧導致家庭被迫解散。在許多社會不孕及殘疾，會導致家庭暴力和讓他們被社會排斥。

（三）懷孕及生產所暴露的危險

造成產婦死亡原因在發展中國家和已開發國家都大致相同，但有一個巨大的差異是在於若有併發症發生後她的存活機率。差異程度的風險在已開發國家和發展中國家之間，於所有人類發展指標顯示出廣泛的差距。在貧窮婦女、高生育率和妊娠又進一步提高產婦死亡風險。

高達 80 % 的死亡結果，是由於已知的、常見的產科併發症：出血、感染、人工流產併發症、與懷孕有關的高血壓、以及延遲的產程。這些直接造成產婦死亡的原因都可以，以現有不貴的醫療或外科技術來處理改善。

其餘 20 % 的死亡是由於病人本身潛在的疾病條件，雪上加霜所造成的，如嚴重貧血，結核病，瘧疾，越來越多愛滋病。總人口的健康狀況是這些間接原因的重要因素。

降低產婦死亡率的作為

(一)幫助個人的行動

年輕母親和兒童健康計劃主要關注重點是兒童的生存與計劃性生育措施。若有針對性的特殊護理主導，相信多數產婦死亡風險可以被認出。在 20 世紀 80 年代和 90 年代初，一個著重於產前保健，並廣泛培訓傳統接生員以降低產婦死亡率的這些辦法大致不成功。現在清楚知道：

- 1、每懷孕女性暴露在懷孕併發症及傷殘和死亡的風險。
- 2、五個主要併發症不能預測的，但可以在發生後治療。
- 3、約 15 % 的所有懷孕婦女會受到這些併發症的發生影響。
- 4、幾乎所有的死亡是可以預防的...在透過確保由熟練技巧的接生，及一旦併發症出現可獲得有效的緊急產科護理，。

必要的干預措施可以降低死亡率：

- 1、防止不想要的懷孕：方便，有效的計劃生育服務，可避免高達 35% 的產婦死亡。在很年輕的婦女處於更大的風險，而最佳生育間隔和預防妊娠可降低兒童死亡率減少四分之一。
- 2、安全管理不想要的懷孕。意外懷孕可能因無法獲得計劃生育服務，計劃生育失敗或無法控制的情況下進行性交。不安全墮胎會造成高達 15 % 的產婦死亡率。應提供合法，安全的墮胎服務。設置有效的人工流產後的護理應該是例行性服務中基本的項目。
- 3、預防因妊娠或分娩造成的併發症。這就需要有技能的醫療工作者，來作為有功能轉診制度的基礎後援。

(二)有效率的健康服務

許多分析指出為減少產婦死亡，一個有效運轉的衛生系統為成功的努力的基石。促進「減少產婦死亡」並不需要高科技設備或昂貴的藥物。現有基本制度可建立。迫切需要扭轉多年的投資在醫療衛生服務是：

- 1、提升基礎設施，以提供一個網絡，適當配備衛生設施，能提供基本產科急診護理。這些都需要可以提供 24 小時的全面緊急產科護理的轉診設施。
- 2、制定有效的轉診（運輸和通訊）系統，連接接生員在第一線及配備訓練有素的

工作人員在緊急醫療設施。

- (1) 投資於人力資源，特別是助產士，具備如產科手術及麻醉轉診技能。
- (2) 增進專業人士和公家的責任制。
- (3) 建立採購與物流系統，這系統能夠提供不間斷供應的緊急藥物和醫療用品。
- (4) 開發一個信息系統，其中包括調查和審核孕產婦死亡及避免誤失，使問題發生時可見和隨時監視其進展。
- (5) 引入融資制度，確保幫助最貧窮的人。
- (6) 管理服務供應商（公共和私營）的保險公司投保。
- (7) 確保一個支持性的法律網絡在工作實踐和限制。
- (8) 確保獲得計劃生育，並在合法，安全的人工流產服務和人工流產後的照顧。

3、「減少產婦死亡和發病率」不可能立竿見影，或靠單一的技術解決方案。不像防疫和計劃生育，他們不能加以解決窮人的政策環境，通過縱向項目以外的醫療保健系統。一個重要的原因，沒有取得進展，孕產婦保健，是缺乏應有的關注，以提升廣泛的組成部分，衛生系統必須到位。

4、在保健服務上，衛生部門的改革目的是解決通病。然而、在這個長期的過程，孕產婦健康很少是優先改革事項。母親安全工程已在有限的地理在有限的地理區域改善，但一直無法處理系統性問題，例如員工薪酬和激勵機制。在有限的地理區域成功，通常也無法被複製到全國範圍。

（三）成功的企劃剖析

90年代初，越南，賴索托，中非共和國和尼泊爾之孕產婦死亡率比分別為 160， 600， 700 和 1500，即使這些國家有非常類似的國民生產總值。廣大的差異是沒有辦法用經濟地位和貧困程度來解釋，而是用該國所承諾解決問題並確保人民公平地獲得所需的服務。

那些成功地降低孕產婦死亡率的國家是投資在公平的衛生系統，同時將執行重點保持在孕產婦保健成果。在工業化國家和轉型經濟國家降低產婦死亡率的步驟和情況有以下共同的特點：

1. 危及生命的產科併發症，往往無法預防，但為避免大多數產婦死亡需要建置治療的臨床護理。若緊急產科護理已被廣泛使用時，孕產婦死亡率會大大降低，這

就需要擴大和加強醫療衛生服務。

2. 在發展中國家「照顧和轉診照護」兩者都是提供免費或被保險計劃所涵蓋，並可公平地獲得。
3. 在大多數國家裡，熟練及專業的的分娩技術可讓產婦死亡率被減少到產婦死亡率 (MMR) 低於 100。「熟練助產技術 Skilled attendance」的定義為具有支持性的轉診制度、提供快速獲取急救技能和制度、及在發生產科急症具有專業的助產技術（熟練的服務員）。這也會降低孕產婦、周產兒和新生兒死亡率。
4. 成功地降低孕產婦死亡率的前提是持續的政治承諾。這一承諾得以實施更廣泛的政策和立法支持產婦福祉。
5. 實質的改進和有用的數據是很重要的關鍵，它可以提高公眾服務、專業服務和政治問題的關注，並創造需求。
6. 英國國際發展部的經驗建議指出：保健服務嚴重受到服務成本、人力資源缺乏、文化、社會和地理因素的制約與限制。有些透過即時的介入性計劃會得到解決，但總體而言仍需要中長期的社會與文化的改變。

(四) 國際間的努力

世界衛生組織提倡使懷孕更安全，及聯合國兒童基金會和聯合國人口基金是主要的多邊機構，支持降低產婦死亡率。世界銀行是投資健康衛生部門最大的投資者。該方案「避免產婦死亡和殘疾」的經費，由蓋茨基金會與在 40 個國家的夥伴合作，以提高緊急產科護理的可用性。值得注意的國家的項目包括：美國在摩洛哥的國際開發署資助的工作和英國國際發展部在尼泊爾和馬拉威資助的母親安全工程。

儘管有許多國際組織的努力，在降低孕產婦死亡率相對於其他健康問題、如重大傳染病，還存在著缺乏國際形象和相對缺乏投資。在 1987 年到 1997 年、孕產婦保健一直沒有在國際和國際會議上被主要倡導，也沒有持久的行動規模。

安全孕產的跨機構小組逐漸擴大形成了安全孕產和新生兒健康夥伴關係；這個匯集了多邊機構（世界銀行，聯合國人口基金，聯合國兒童基金會，世界衛生組織）專業協會（國際助產士聯合會，國際聯合會婦產科），捐助者，國際非政府組織和區域安全孕產網絡。它的作用是為孕產婦和新生兒的健康帶來更大的連貫性及國際宣傳，並吸取經驗來更順利推行福利。

目前大多數安全孕產倡議項目設在衛生部門。有些是實質與大量的一例如英國國際發展部馬拉威的計畫，已涵蓋該國一半以上的人口。他們已經顯示證明局部地方的改進，使問題曝光，並導致促進衛生系統的要素。然而值得關注的是可推廣性和可持續性。許多措施都已導致高品質的技術工具產生、臨床過程和醫療服務品質提升，但較少強調的是國家規模層級的策略、組織和管理方案。

整體性考量部門的計畫辦法可以減少或消除縱向或零散辦法所造成的扭曲。他們為捐助者和政府要加強衛生系統的同時提供了一個框架，著眼於降低孕產婦死亡率作為指標的進展情況。

降低孕產婦死亡率應是一個部門裡重要的關鍵部分。

各國在討論預算支持時，降低孕產婦死亡率也應該是一個討論議題，在監測減貧戰略中也應該是一個指標。突顯的性別分析將更有效地幫助降低孕產婦死亡率戰略。

孕產婦死亡率（MMR）可視為最好的國家的衛生系統單一指標。

四個優先計劃

在 2004 年，英國國際發展部推出策略-減少孕產婦死亡、發現證據，並採取行動。該戰略確定了四個優先行動領域。重點 1：倡導-提高知名度。重點 2：加強以證據為基礎的介入措施。重點 3：解決更廣泛的社會和經濟障礙，以獲取重要保障。重點 4：開發和運用新知識。

（一）倡導-提高知名度

聯合國秘書長，他在 2006 年年度報告中建議，列入了新的目標-普及生殖保健。英國國際發展部所支持的夥伴關係，為孕產婦，新生兒和兒童健康，其中匯集了聯合國人口基金，世界衛生組織，聯合國兒童基金會，世界銀行，雙邊機構，非政府組織，研究人員和專業衛生工作者協會，以促進這一概念的持續照顧和需要解決孕產婦，新生兒和兒童健康。

在 2006 年，挪威首相發起了一項倡議，來加快進度-支持由比爾蓋茲基金會發起公共衛教活動-努力提高婦女的健康和她們的子女，以及更大的性別平等。

英國國際發展部倡導建立國際計劃生育基金會經管安全墮胎行動基金，它是由加雷思托馬斯國會議員，為發展和生殖健康發聲。

2006 年 9 月，非洲的衛生部長們同意一個漸進的行動計劃，以實施非洲聯盟的政策

——對性與生殖健康和權利，這是第一次處理敏感問題，如切割女性生殖器官、青少年性與生殖健康和不安全的人工流產。

英國國際發展部積極推動國際聯盟，為生殖健康商品的安全，其中匯集了聯合國人口基金，世界衛生組織，世界銀行，雙邊捐助者，執行機構和國家統籌用品，包括避孕套和其他避孕用具和安全分娩設備。

在 2006 年，LANCET 雜誌特別製作了一系列關於產婦生存與性健康和生殖健康

(二) 加強以證據為基礎及按比率增加的介入措施

英國國際發展部擴大干預措施，以改善產婦保健，通過一系列的辦法和援助文書、承諾，除直接開支，並對孕產婦和新生兒的健康，一般和部門的預算支持，同時作出重大的財政貢獻給衛生部門。例如在非洲，2005/06 年估計在總預算案的支持捐助大約為 5000 萬英鎊給衛生部門。

英國國際發展部支持實施全國健康保險計劃，通過各種手段，包括普通和部門的預算支持下，具體的項目和技術援助，使各國能夠處理敏感或邊緣化的問題，如墮胎，青少年性與生殖健康。

在大多數國家，開支仍然太低，缺乏訓練有素的工作人員，必需的藥品和設備是共同障礙；為改善產婦保健，獲得優質，全面的醫療衛生服務才能提供更好的護理服務。

英國國際發展部支持的保健方案，在非洲有 16 個國家通過提供一般或衛生部門的預算支持，執行國家的健康保險計畫。2005-2008 年英國國際發展部公共服務協議，為非洲增加熟練接生員

在南非高生育率仍是一個所面臨的挑戰。育齡婦女使用現代避孕方法的，在 16 個國家只有 19 % 的婦女這樣做。一些非洲國家已開放或人工流產合法化，在過去二十年間，其中包括 2003 年的貝寧等。在肯亞，孕產婦和兒童保健與基本衛生服務計劃得到更多的支持。在烏干達為擴大性健康和生殖健康服務，英國國際發展部與國家夥伴合作，來加強醫療服務。在蘇丹，英國國際發展部支持提供緊急產科護理，透過非政府組織，如無國界醫生組織。

在亞洲，大約有 20 萬婦女每年死於生產過程中，而印度就佔了全球五分之一多。英國國際發展部在孟加拉，印度，尼泊爾和巴基斯坦，為孕產婦保健提供具體資金。在印度，熟練的專業師接生的比例已增加至 43%，但在 2005-06 年度，孕產婦死亡率仍然

偏高。英國國際發展部一直投入約 2.52 億英鎊，以開展第二階段的全國生殖保健和兒童保健方案。最主要在減少社會和地域差別，並且讓亞洲婦女獲取和利用的生殖保健和兒童保健服務。該計畫預算逐年增加中。在 1998 至 99 年度為 50.8%，在 2005-06 年度，在奧里薩由 22.7% 至 38.7%，在西孟加拉邦，從 40% 至 53%，而在安得拉邦的 50% 至 69%。

（三）解決更廣泛的社會和經濟障礙、以獲取重要保障

英國國際發展部和其他合作夥伴的支持，每一項都是創新的融資機制，以規模化的基本服務，幫助更多的婦女進入分娩護理。這包括提供現金，或憑單給孕婦以支付運輸，藥品和服務。

英國國際發展部評估「需求方籌資產婦保健的經驗」，得出結論認為對於產婦健康的財務需求面的衝擊需有更多證據（如成本增加運輸及毒品在當地的商店可能發生）。這也讓英國國際發展部支持尼泊爾政府的費用採取分攤計劃，此計畫為安全分娩將在 2007 年初開始實施。

英國國際發展部支持一項工作研討會--「保護女童免受切割女性生殖器官和有害的傳統做法:在非洲從法律介入的挑戰和機會」，這是由非政府組織婦女健康基金會，研究與發展（FORWARD）和世衛組織非洲區域辦事處所舉辦。研習會的目的是為保護兒童制定一個法律架構，召集立法、福利、社會服務、警察、司法系統和基礎服務提供者（教師、衛生工作者、地方領導人和民間社會），以綜合性的方法保護女孩。

傳統習俗影響婦女和兒童健康非洲委員會(ICA)在 2007 年將採取其所提出的建議，與立法者和那些參與兒童保護該地區的先驅國家一起工作。有關女性生殖器切割的建議建議也被納入修訂的聯合衛生組織/兒童基金會/人口基金聲明。

「切割女性生殖器官-是對人權的侵犯?每年有多達 300 萬少女接受女性生殖器官切割致殘的做法，其中一些人死因手術。其他人可能會留下長期健康問題，並在分娩過程暴露在威脅生命的併發症之中。」

LANCET 產婦保健系列注意到「貧窮與產婦死亡的關聯」，舉例來說在秘魯、富裕和貧窮的產婦死亡率之間有 6 倍的差別。

（四）開發和運用新知識

英國國際發展部，比爾蓋茲基金會和美國國際開發連署支持，主動為產婦死亡率的

評估 (IMMPACT) 表示，已制定了新的證據和工具。

研究工具在布基納法索，印度尼西亞和加納獲得證明：如、第五項千禧年發展目標可以衡量，及 IMMPACT 提供新的和更好的方式採樣於服務營業場所來衡量孕產婦死亡；為實現第五項千禧年發展目標增加照護熟練度是必要的。

英國國際發展部支援三項研究計劃：對孕產婦和新生兒健康，性健康和生殖健康與性健康的權利。研究計畫由兒童衛生研究所和倫敦學校衛生和熱帶醫學學院主導，是第一個產婦新生兒研究財團。

國際發展部支持「真理權利：為窮人和弱勢群體改善性健康和生殖健康」的研究方案，對於不安全流產相關死亡所付出的經濟成本提供很好的實證。

英國國際發展部運用新的知識和工具，以防止不安全的人工流產。例如：

「藥物流產」是安全，有效和且經濟負擔得起的。這藥物含有 mifepristone and misoprostol 兩種成分，這兩者都是列入世衛組織的基本藥物目錄。然而很少有婦女獲得這些藥品，只有少數人員和決策者有充分認識藥物流產。某基金會正與 SUN 藥品公司在印度建立一個單一包裝 mifepristone and misoprostol，以便可給予發展中國家較低的成本。該基金會也聯繫提供商如 IPPF and IPAS，讓製作過程得以規律的生產(標準化)及供貨，也讓藥物墮胎是合法的（價格低會讓收入低的地區人民可取得）。

2006 年一系列的 DFID-荷蘭研究聚焦在確保可靠供應 SRHR（包括計劃生育）的通路，在一些國家已有供應危機。這因素包括，短期、波動，出現不協調的資金，缺少優先次序、窮國的採購，物流和各國不同的預測能力水準。而 DFID 支持的烏干達，在診所或基層醫療最普遍的避孕供貨已經成爲一個指標，而 SRHR（Sexual and Reproductive Health and Rights）商品也被納入政府體制。

三、結 論

根據 WHO 的，"產婦死亡的定義爲一名女子爲孕婦或終止妊娠的 42 天內死亡，不論懷孕時間長短、地點、行業或促使懷孕之原因，但不包括意外或偶發原因"。一般分爲「直接產婦的死亡」是由於妊娠併發症，分娩或其管理，和「間接產婦死亡」，這是與懷孕有關的死亡病人其既存或新產生的健康問題。其他死亡期間，但無關懷孕被稱爲「偶然的或非生產因素」產婦死亡。

產婦死亡主要成因，是細菌感染，毒血症，產科出血，異位妊娠，產後敗血症，羊

水栓塞，以及人工流產併發症。2005 年的世衛組織「珍愛每一個母親和兒童」報告，產婦死亡成因是：嚴重出血/出血 25%，感染佔 13%，子癩 12%，難產 8%，人工流產併發症 13%，其他直接原因 8%，間接原因 20%。間接原因如瘧疾，貧血，愛滋病毒/愛滋病和心血管疾病，複雜性懷孕……等。妊娠劇吐併發症也可能導致產婦死亡。

孕產婦死亡率（maternal mortality ratio, MMR）的比例是平均每 10 萬個活產有一產婦死亡。孕產婦死亡率用來作為衡量醫療服務體系的品質。塞拉利昂具有最高產婦死亡率、MMR 為 2000，阿富汗第二高、產婦死亡率為 1900 在每 10 萬個活產嬰兒。由聯合國根據 2000 年的數字報導，孕產婦死亡率最低的包括冰島在 10/100000 和奧地利的 4/100000。在 2000 年美國產婦死亡率 MMR 為 17。在撒哈拉以南非洲的壽命產婦死亡風險是 1/16，而已開發國家只有 1/2800。

2003 年世界衛生組織，聯合國兒童基金會和聯合國人口基金製作的一份報告統計（收集到 2000 年），世界平均水平是 MMR 400，已開發地區平均 MMR 是 20，發展中地區 MMR 平均 440。最低 MMR 的國家分別為：塞拉利昂 2000，阿富汗 1900，馬拉威 1800，安哥拉 1700，尼日爾 1600，坦桑尼亞 1500，盧旺達 1400，馬里 1200，索馬里，津巴布韋，查得，中非共和國，幾內亞比紹均為 1100，莫桑比克，布基納法索，布隆迪，毛里塔尼亞 1000。

DFID 在 2007 年 4 月的優先行動方案報告中說明：

1. 策略的訂出優先專案是有效方式。
2. 必須提供了一些特殊的宣傳機會以取得更多進展；如 2007 年英國婦女分娩會議提出對「降低孕產婦死亡率作為一項基本的人權」是高層次的政治宣傳。在坦桑尼亞舉行孕產婦論壇，匯集了政界人士，捐助者，基金會，聯合國機構，非政府組織，專業協會和研究人員。挪威、英國和比爾蓋茨基金會將進一步制定和實施行動，以加速實現千年發展目標第四項和第五項。英國國際發展部將制訂一項宣傳行動計劃，以提供策略指導。
3. 解決低層次的融資給各國衛生部門是目前首要任務。
4. 力促雙邊和多邊基金，以支持國家衛生策略和計劃，提高效益的資源，並減輕零散的支持。
5. 英國國際發展部部長會議將繼續從事高層次的政治宣傳，以扭轉降低孕產婦死亡不被重視的危機。

6. 愛滋病是目前在撒哈拉以南非洲最大的單一的孕產婦死亡原因。
7. 在全球愛滋病的工作上，持續提倡改善 SRHR (sexual and reproductive health and rights)。採取合併愛滋病和生殖健康的議題，以確保愛滋病與性健康和生殖健康不會被邊緣化。英國國際發展部將爭取更多的行動整合性，讓健康的婦女、男人和他們的子女瞭解愛滋病毒感染對孕產婦和兒童的死亡的影響。
8. DFID 政府及透明基金的將盡量提供支持降低產婦死亡率宣傳工作的政治人物、地方領袖、民間社會活動家和新聞媒體的可能協助。
9. 改善產婦保健需要長期投資及建立持續的健康體系，過去在歐洲減少產婦的死亡的歷史經驗中，不存在任何「一蹴可及」的計畫。

DFID 為英國組織架構嚴謹的政府部門之一，對於跨國性執行聯合國千禧年發展目標的策略運作值得非政府或非營利組織學習。若要避免大部分產婦的死亡及殘障，工作的焦點必須集中於有效及有品質的健康服務—即有經驗的醫療接生人員、能處理因懷孕而造成威脅生命的併發症的轉診系統、合法安全的流產手術及術後照顧。增強健康體系的強度則必須連結較廣泛社會及經濟狀態的改變，甚至包括推動婦女權利的地位。有效果的行動方案背後也需要政府在行政上的支持及對解決各方面問題有更強的企圖心。

四、建議與討論

此研究論文雖以英國國際發展部門的策略計畫及報告書為主，但因為英國本身為聯合國常任理事國之一，且把此項千禧年發展目標定為公部門的主要推動任務，不只主導的官員層級高，透過實際的數據瞭解各國的衛生健康體系之不足及各國無法改善的原因為疾病層面(愛滋病毒)或社會經濟層面(貧窮)或社會文化面(女性的權利或閹割女性生殖器)等等再推動優先方案，結合世界性的非政府組織或非營利基金會針對各國的計畫可行性提出方案並用數據來檢討...已明顯的提供很好的建議。

中華民國目前非聯合國會員之一，但正因為如此、台灣的非政府或非營利組織應該有更大的發展及與各國合作空間，不論是在經濟或物資的援助或健康體系的建構上。個人認為目前須考量的問題：一方面是台灣非政府組織的健全性及國際性視野的提升，一方面是同性質非營利機構的發展及整合性，一方面是不同的類型非營利機構或社團，如宗教團體、扶輪社、基金會...等等能否集中力量凝聚共識，來完成目標。

此次研討會在各方面是很好的學習及討論機會，個人亦期望透過互動的過程瞭解到

台灣的非政府組織如何去參與國際公民社會所關心的議題，因此在報告完 DFID 的研究策略後，謹提供「四用二不」供各界前輩參考：

用政治的媒體、推動宣傳
用人道的胸懷、無私協助
用整合的力量、凝聚目標
用長期的介入、健康體系
無數據的支持、不要優先
無優先的計畫、不要介入

五、參考資料

1. Reducing maternal deaths: Evidence and action, A strategy for DFID Published by the Department for International Development, September 2004
2. DFID's Maternal Health Strategy, Reducing maternal deaths: evidence and action, Second Progress Report; Report by the Department for International Development, April 2007
3. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA, 2003.
4. UNFPA State of the World's Population 1997. New York: UNFPA, 1997.
5. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibiotics for incomplete abortion (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004.
6. MacDonald M, Starrs A. Skilled Care During Childbirth: Policy Brief. New York: Family Care International, 2002.
7. United Nations. The World's Women: Trends and Statistics 1970-90. New York: United Nations, 1991.
8. Safe Motherhood Secretariat. Safe Motherhood Policy Card. New York: Family Care International, 1998.
9. Bicego G, Boerma JT, Ronsmans C. The effect of AIDS on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. AIDS 2002; **16**:1078-81.

10. Graham WJ, Fitzmaurice AE, Bell JS, Cairns JA. The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet* 2004; **363**: 23-27.
11. Yamin AE, Maine D. Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance With International Treaty Obligations. *Human Rights Quarterly* 1999; **2**:563-607.
12. World Health Organisation. Reduction of maternal mortality. A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: WHO, 1999.
13. Campbell O. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half century. *Studies in Health Services Organisation and Policy* 2001; **17**: 415 –448.
14. Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1997; **18**: 128-143.
15. Hobcraft, J. Child spacing and child mortality. *Demographic and Health Surveys World Conference Proceedings* **2**:1157-1181. Columbia, Maryland: IRD/Macro International, 1991.
16. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994; **38**:1091-1110.
17. Sandra MacDonagh, Personnel Communication. Allotey P. (1999) Where there's no tradition of traditional birth attendants: Kassena Nankana District, Northern Ghana. In Berer M and Ravindram S, editors. *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. London: Reproductive Health Matters; 1999. p147-154.
18. Iskander, MB, Utomo B, Hull T, Dharmaputra N, Azwar U. Unravelling the mysteries of maternal death in West Java, re-examining the witnesses. Centre for Health Research, Research Institute University of Indonesia, 1996.
19. World Health Organisation. Beyond the numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. (Forthcoming)
20. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lesson on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V and Van Lerberghe W, Editors. *Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITG Press,

- 2001.
21. 20 Graham WJ Bell JSI, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Studies in Health Services Organisation & Policy* 2000; 17:97-130.
 22. Pathmanathan I et al. *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington:World Bank, 2003.
 23. Koblinski M, editor. *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe*.Washington:World Bank, 2003.
 24. UNFPA. *Ending Violence against Women and Girls: A Human Rights and Health Priority*. In: *The State of World Population 2000*. New York: UNFPA, 2000.
 25. 24 WHO. *Macroeconomics and health: investing in health for development: report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO, 2001.
 26. Vandemoortele J. *Are the MDGs feasible?* New York: United Nations Development Programme,
 27. Bureau for Development Policy, 2002.

Abstract

Department for International Development as part of the British government, with a major work to help poor countries out of poverty. Derived from the poorest regions of the wars, conflicts, refugees, illegal drugs or drug trafficking, the spread of the disease, and other major issues will affect the people of the United Kingdom. "Let these countries out of poverty, each of the world is good," the concept of the British Government has led to the main reason for such work.

DFID on how to achieve the United Nations Millennium Development Goals five (5 MDGs) to reduce maternal mortality, and the evidence put forward strategic action, and to assist countries in their implementation of the programme into many case studies of important reference value. To the overall programme of action (1) analysis: maternal death or disability, maternal mortality impact on the family, pregnancy and the risk of production analysis. (B) What do: to help individuals, efficient health care system, the success of the projects analysis, and international cooperation in efforts to reduce maternal deaths. (C) Priority action: In order to achieve the United Nations in 2015 established by the efforts of goals, DFID's four priority projects and effective action to accelerate progress towards the "reduction of maternal death." Individual implementation of the programme is a different country after analysis of the short-term action plan, such as: the provision of safe production in Malawi, the Malawi family planning services, Nepal's national safe motherhood plan .. etc.

To avoid most maternal deaths and disability, the focus must focus on effective and quality health care services - that is, experienced medical attendants, as a result of pregnancy can cause life-threatening complications of the referral system and legal safe abortion and post-operative care. Enhance the strength of the health system must be linked more extensive social and economic state of change, even including the promotion of the status of women's rights.

This study attempts to understand the DFID through the analysis and action of strategies and programmes as well as practical experience to learn how to participate in or into the United Nations Millennium Development Goals direction.

Key words: Reduce Maternal Deaths, Department for International Development, Strategy