

مروری بر مرگ مادران در سال ۱۳۹۵

مقوله سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است که نمی توان از آن چشم پوشی کرد و از آنجایی که زنان محور اساسی سلامت، پویایی و اعتلای خانواده و جامعه محسوب می شوند، سلامت آنان یکی از مهم ترین اولویت های برنامه سلامت است. در این بین مرگ مادران به عنوان فاجعه ای بزرگ یکی از مهم ترین شاخص های بهداشتی است که هم کیفیت سیستم مراقبت های سلامت و هم نقش انکارناپذیر سلامت زنان را در جامعه نشان می دهد. با وقوع مرگ مادران باردار بنیان خانواده و سلامت فرزندان در معرض خطر قرار می گیرد. شناخت عوامل مؤثر بر این شاخص مهم، ما را در اتخاذ راهکارهایی جهت پیشگیری از بروز مرگ های مشابه و بهبود آن، یاری می نماید.

در این راستا، تحلیل مرگ های مادری سال ۱۳۹۵ با هدف آگاهی از عوامل مؤثر در بروز مرگ های مادری و برنامه ریزی به منظور اجرای مداخلات پیشگیری کننده مطابق روال هر ساله ارائه می گردد.

مرگ های مادری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

در طول سال ۱۳۹۵، تعداد ۱۸ مورد مرگ مادر گزارش گردید و مورد بررسی قرار گرفت ولیکن پس از بررسی اولیه ۶ مورد از کل مرگ های مادری گزارش شده کاسته شد، زیرا این موارد مطابق تعاریف نظام مراقبت مرگ مادر (۱)، جزء مرگ های مادری محسوب نمی شدند. بدین ترتیب تعداد مرگ مادران در سال ۱۳۹۵ در استان اصفهان برابر ۱۲ مورد گردید، براین اساس نسبت مرگ مادر در این سال ۱۵/۵۶ در صد هزار تولد زنده می باشد. لازم به ذکر است که تعداد موارد مرگ مادر در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۹۴ تغییری نداشته، اما نسبت مرگ مادر در مقایسه با سال گذشته کاهش یافته است. (۲)

طبق روال سال های قبل نتایج حاصل از پرسشنامه های تکمیل شده در مورد مرگ های مادری سال ۱۳۹۵ به تفکیک پنج زیرگروه نامبرده در ذیل مورد بررسی قرار گرفته است:

الف- مشخصات دموگرافیک

ب- باروری سالم و مراقبت قبل از بارداری

ج- مراقبت بارداری

د- مراقبت حین زایمان

ه- مشخصات مرگ

الف) مشخصات دموگرافیک

☒ **سن:** میانگین سنی مادران فوت شده ۶/۴۴ ± ۳۱/۲۵ سال و طیف سنی ایشان ۲۳-۴۰ سال بود. ۳ مورد (۲۵ درصد) از

مادران سن بیش از ۳۵ سال داشتند ولیکن بارداری در سنین زیر ۱۸ سال وجود نداشت. در مجموع ۳ مورد (۲۵ درصد) مادران از نظر سن پرخطر محسوب می شدند، که نسبت به درصد حاملگی پرخطر (از نظر سن) در استان که حدود ۱۵ درصد می باشد، بیشتر بود. (۳)

لازم به توضیح است که بر طبق نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۹۴ نیز درصد بارداری های پرخطر از نظر سنی ۱۱/۴ می باشد. (۴)

☒ **منطقه زندگی:** ۸۳/۳ درصد (۱۰ مورد) مادران فوت شده ساکن مناطق شهری و ۱۶/۶ درصد (۲)

مورد) ساکن منطقه روستایی بودند. این الگو با توزیع فراوانی منطقه سکونت زنان در سنین ۴۹-۱۵ ساله تا حدودی تطابق دارد، زیرا بر طبق IMES^۲ (۸۱/۴ درصد) زنان ۴۹-۱۵ ساله در مناطق شهری ساکن هستند. (۵)

☒ **تحصیلات:** تحصیلات مادران فوت شده به شرح ذیل بود:

بی سواد ۸/۳ درصد (۱ مورد)، ابتدایی ۲۵ درصد (۳ مورد)، سیکل ۸/۳ درصد (۱ مورد)، دیپلم ۲۵ درصد (۳ مورد)، فوق دیپلم ۸/۳ درصد (۱ مورد)، دانشجوی کارشناسی ۸/۳ درصد (۱ مورد)، کارشناس ۸/۳ درصد (۱ مورد) و دانشجوی کارشناسی ارشد ۸/۳ درصد (۱ مورد).

این توزیع با توزیع فراوانی تحصیلات در زنان ۴۹-۱۰ ساله هم خوانی ندارد، زیرا بر اساس IMES^۲، ۹۷/۶ درصد زنان ۴۹-۱۵ ساله با سواد و ۲/۴ درصد بی سواد هستند. (۵)

☒ **شغل:** ۹۱/۷ درصد (۱۱ مورد) از مادران فوت شده خانه دار و ۸/۳ درصد (۱ مورد) شاغل بودند. بر طبق IMES^۲

(۸۹/۹ درصد) مادران باردار، خانه دار بودند. بنابراین توزیع فراوانی اشتغال در مادران فوت شده در سال ۱۳۹۵ با الگوی اشتغال زنان ۴۹-۱۰ ساله استان تا حدودی مطابقت دارد. (۵)

(ب) بهداشت باروری و مراقبت قبل از بارداری

☒ **حاملگی ناخواسته:** ۳۳/۳ درصد (۴ مورد) از حاملگی ها ناخواسته بودند که این میزان از درصد شیوع حاملگی

ناخواسته در استان اصفهان که توسط تحقیق کشوری IMES^۲ در سال ۱۳۹۰ بدست آمده (۱۹ درصد) بیشتر است، پس فراوانی حاملگی ناخواسته در موارد مرگ مادر سال ۱۳۹۵ بیشتر از فراوانی آن در کل بارداری ها است. (۵)

☒ **تعداد حاملگی و زایمان:** بین مرگ های مادری، میانگین تعداد حاملگی در مادران $1/07 \pm 2/33$ و میانگین تعداد

زایمان $0/98 \pm 1/33$ بوده است. ۱۶/۶ درصد (۲ مورد) حاملگی ها، بارداری اول بودند که نسبت به سال گذشته تغییری نداشته و ۸/۳ درصد (۱ مورد) حاملگی پنجم و بالاتر بوده که نسبت به سال گذشته کاهش یافته است. بنابراین در مجموع ۲۵ درصد (۳ مورد) از نظر تعداد بارداری، پرخطر محسوب می شدند که در مقایسه با سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است. (۲) توزیع فراوانی بارداری اول و بارداری پنجم و بالاتر با توزیع فراوانی آن ها در پیمایش IMES^۲ هم خوانی ندارد. بر طبق پیمایش IMES^۲ (۴۵ درصد) بارداری ها، بارداری اول و (۲/۵ درصد) بارداری پنجم و بالاتر بودند. (۵) بر طبق نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۹۴ نیز (۲/۱ درصد) بارداری پنجم و بالاتر بودند. (۴)

☒ **مراقبت قبل از بارداری:** از مادران فوت شده ۸ نفر جزو گروه هدف مراقبت قبل از بارداری بوده اند که از این تعداد ۳

مورد این مراقبت را دریافت کرده بودند (۳۷/۵ درصد) و ۵ نفر مراقبت قبل از بارداری نداشتند (۶۲/۵ درصد). درصد پوشش این مراقبت در مرگ های مادری سال ۱۳۹۵ با نتایج مربوط به پوشش بر اساس تحقیق استانی IMES^۲ هم خوانی دارد. بر طبق IMES^۲ پوشش مراقبت قبل از بارداری در استان ۳۷/۶ درصد بوده است. (۵)

☒ **فاصله آخرین بارداری تا زایمان قبلی:** در بین مادران فوت شده ۱۶/۶ درصد (۲ مورد) حاملگی ها، بارداری اول

خود را تجربه می کردند. در بین ۱۰ مورد باقیمانده، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال وجود نداشت. نسبت به سال قبل درصد فاصله حاملگی کمتر از سه سال کاهش داشته است. (۲)

ج) مراقبت بارداری

✕ وجود فاکتور خطر: ۸۳/۳ درصد مادران فوت شده (۱۰ مورد) نیازمند مراقبت ویژه بودند و حداقل یک فاکتور خطر در دوران بارداری برای ایشان گزارش گردیده بود. نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۱۳۹۴ نیز نشان می دهد که ۶۱/۳ درصد مادران حداقل دارای یک فاکتور خطر می باشند. (۴)

✕ مراقبت دوران بارداری (Antenatal Care): ۸۳/۳ درصد (۱۰ مورد) از مادران فوت شده مراقبت های دوران بارداری را دریافت کرده بودند، در دو موردی (۱۶/۶ درصد) که مراقبت بارداری نداشتند، حاملگی ناخواسته بوده است. این نتیجه با تحقیق استانی IMES^۲ همخوانی ندارد. براساس IMES^۲ ۹۹/۶ درصد مادران طی بارداری از حداقل یک مراقبت در دوران بارداری برخوردار می باشند. (۵) این امر می تواند نشانگر اهمیت مراقبت های بارداری و نقش آن در کاهش عوارض و حتی مرگ و میر مادری باشد.

✕ از نظر محل دریافت خدمات مراقبتی بارداری (ANC) در مادران فوت شده، نتایج نشانگر مراجعه ۳۳/۳ درصد (۴ مورد) از آنها به بخش خصوصی و ۵۰ درصد (۶ مورد) به هر دو بخش دولتی و خصوصی بود، ۱۶/۶ درصد (۲ مورد) خدمات ANC دریافت نمی کرده اند. در مقایسه با سال ۱۳۹۴، در سال ۱۳۹۵ درصد مادرانی که مراقبت را فقط از بخش دولتی دریافت می نمودند کاهش، درصد دریافت همزمان مراقبت ها از بخش دولتی و خصوصی افزایش و درصد مراجعین بخش خصوصی بدون تغییر بوده است. درصد مادرانی که خدمات ANC دریافت نمی کرده اند نسبت به سال گذشته تغییر نداشته است. نتایج IMES^۲ مبین این است که نسبت استفاده از خدمات مراقبت بارداری در بخش دولتی، خصوصی و هر دو به ترتیب ۲۹، ۴۴ و ۲۷ درصد می باشد. (۵)

د) مراقبت حین زایمان

✕ نوع زایمان: ۴۱/۶ درصد مادران فوت شده (۵ مورد) در دوران بارداری فوت شده و زایمان نکرده اند، ۱ مورد (۸/۳ درصد) پس از سقط خودبخودی فوت نموده و از ۶ مورد زایمان کرده، ۴ مورد (۶۶/۶ درصد) سزارین شده و ۲ مورد (۳۳/۳ درصد) زایمان طبیعی داشته اند. طبق نظام ثبت موالید ۵۵/۰۵ درصد زایمان ها در سال ۱۳۹۵ به صورت سزارین انجام شده است. (۵) همانطور که مشاهده می شود شیوع سزارین در موارد مرگ مادر بیشتر بوده است که می تواند به علت عارضه دار بودن بارداری های مادران فوت شده و یا ضرورت ختم اورژانسی بارداری ایشان باشد.

✕ علت مراجعه: از مادران فوت شده ۸/۳ درصد (۱ مورد) به علت انجام تست های ارزیابی سلامت جنین، ۸/۳ درصد (۱ مورد) به علت انجام سزارین و ۵۸/۳ درصد (۷ مورد) به علت بروز عارضه در بارداری به بیمارستان مراجعه کرده بودند. ۱۶/۶ درصد (۲ مورد) توسط آمبولانس مرکز فوریت ها به بیمارستان انتقال یافته و ۱ مورد (۸/۳ درصد) در مسیر انتقال به بیمارستان فوت نموده است. بنابراین در مجموع ۷۵ درصد (۹ مورد) همراه با عارضه به بیمارستان مراجعه نموده و یا منتقل شده اند.

ه) مشخصات مرگ

✕ **سن حاملگی در هنگام مرگ:** ۱۶/۶ درصد (۲ مورد) مرگ ها در سه ماهه اول، ۲۵ درصد (۳ مورد) در سه ماهه دوم و ۵۸/۳ درصد مرگ ها (۷ مورد) در سه ماهه سوم اتفاق افتاده بودند. بررسی مرگ مادران در سال های گذشته نیز نشانگر وقوع اکثر مرگ ها در سه ماهه سوم بارداری می باشد. ۱۶/۶ درصد (۲ مورد) از مادران در هنگام فوت، سن حاملگی ترم داشتند که در مقایسه با سال گذشته کاهش داشته است. (۲)

✕ **مقطع فوت:** ۴۱/۶ درصد مادران (۵ مورد) در دوران بارداری و ۵۸/۳ درصد (۷ مورد) پس از سقط یا در دوره پس از زایمان فوت شده بودند.

✕ **محل فوت:** ۱۱ مورد (۹۱/۶ درصد) مرگ ها در بیمارستان رخ داده است. تعداد ۴ مورد (۳۳/۳ درصد) در بیمارستان فوق تخصصی مرکز استان و ۶ مورد (۵۰ درصد) در بیمارستان شهرستان و ۱ مورد (۸/۳ درصد) در بیمارستان استان دیگر اتفاق افتاده بود. در سال ۱۳۹۵ یک مورد (۸/۳ درصد) مرگ در بین راه انتقال به بیمارستان به وقوع پیوست.

✕ **علت مرگ:** سه مورد (۲۵ درصد) به علت خونریزی، دو مورد (۱۶/۶ درصد) به علت عفونت، دو مورد (۱۶/۶ درصد) به علت فشارخون دوران بارداری و یک مورد (۸/۳ درصد) به علت بیماری زمینه ای، یک مورد (۸/۳ درصد) به علت آمبولی، یک مورد (۸/۳ درصد) به علت عوارض کبدی ناشی از بارداری و یک مورد (۸/۳ درصد) بر اثر خودکشی فوت شده بودند. برای یک مورد (۸/۳ درصد) علت مرگ پس از بررسی و طرح در کمیته تخصصی مرگ مادر، مشخص نگردید.

عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ مادر در سال ۱۳۹۵

پس از مطالعه و بررسی پرسشنامه های بررسی مرگ مادر و شناسایی عوامل قابل اجتناب موثر در مرگ مادر، عمده ترین موارد قابل اجتناب استخراج گردید که در جدول ۱ فهرست شده اند (لازم به توضیح است که برخی عوامل بطور مشترک در یک مورد مرگ مادر مشاهده می شدند):

جدول ۱- توزیع فراوانی عوامل مؤثر در مرگ های مادری ۱۳۹۵

فراوانی	عامل مؤثر
۴	عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم علی رغم نیاز
۴	بارداری ناخواسته
۵	عدم دریافت مراقبت قبل از بارداری در گروه هدف
۲	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری
۸	ناقص بودن یا عدم تشکیل کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۱	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۱	تشخیص غلط یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی
۶	تشخیص غلط یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی
۵	عدم ارایه یا ثبت مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی
۲	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارایه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی
۶	مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های بخش های خصوصی و واحدهای بهداشتی
۲	ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی
۷	نواقص مربوط به ارایه یا ثبت خدمات توسط متخصصین زنان و زایمان در مراکز پزشکی (نظیر عدم ویزیت بیمار و صدور دستورات تلفنی، تشخیص یا درمان نامناسب و غلط، پاسخگو نبودن در زمان آنکالی، ...)
۶	نواقص مربوط به ارایه یا ثبت خدمات توسط کادر پرستاری / مامایی در مراکز پزشکی
۲	عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز
۴	مشکلات و نواقص مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به خدمات مرکز فوریت های پزشکی و یا شرایط اعزام مادر)
۴	عدم توجه یا توجه ناکافی مادر و همراه وی در مورد خطرات احتمالی توسط مراقبین در بخش های خصوصی یا دولتی
۱	نواقص مربوط به مداخله در امر درمان توسط افراد انجام دهنده طب سوزنی و طب سنتی

راهکارهای مداخله ای پیشنهادی برای جلوگیری از تکرار عوامل قابل اجتناب در واحد های بهداشتی

در طراحی و اجرای مداخلات کاهش مرگ مادری ضمن تاکید بر موارد مندرج در تحلیل های سال های گذشته، مصوبات بهداشتی کمیته های تخصصی بررسی علل مرگ مادر باردار سال ۱۳۹۵ به شرح ذیل یادآوری می گردد:

جدول ۲- مداخلات بهداشتی به منظور کاهش موارد مرگ مادری-۱۳۹۵

الف- مراقبت‌های پیش از بارداری

نواقص خدماتی	راهکار
- نمایه توده بدنی ۲۱/۰۴ و طبیعی بوده اما کمتر از حد نرمال محسوب گردیده و توصیه تغذیه ای ارایه شده، صحیح نمی باشد. - تجویز روزانه مولتی ویتامین در دوران پیش از بارداری براساس دستورالعمل نمی باشد.	- توجه به ارائه خدمت و توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده - تجویز مکمل های غذایی براساس دستورالعمل
- معاینات فیزیکی مادر توسط پزشک با تاخیر انجام شده و معاینات لگنی و پستان توسط ماما انجام نشده است.	- توجه به انجام دقیق معاینات فیزیکی مادران به ویژه معاینات قلب و ریه توسط پزشک
- ارجاعات به متخصص زنان و انجام آزمایشات پی گیری نگردیده است.	- تاکید بر ضرورت اجرای دستورالعمل استانی شماره ۲۵ با موضوع نحوه پیگیری در موارد عدم توجه مراجع به توصیه های پرسنل

ب- مراقبت های دوران بارداری

نواقص خدماتی	راهکار
- فشارخون مادر در مراقبت های بخش خصوصی و واحد بهداشتی هم خوانی نداشته و به دلیل عدم اطلاع پرسنل بهداشتی از وضعیت مراقبت مادر در بخش خصوصی پیگیری و توجه نشده است.	- الف- در مادرانی که همزمان در بخش خصوصی تحت مراقبت می باشند کارت مراقبتی بخش خصوصی در هر بار مراجعه بایستی بررسی گردد. - ب- نظارت بر کنترل سالم بودن تجهیزات واحدهای مامایی بویژه توجه به پیگیری کالیبراسیون فشارسنج ها در واحدهای مامایی و اتاق پزشکان انجام گردد.
- در مادر باردار با وجود افزایش فشارخون نسبت به فشار خون پایه، عدم توجه مادر به ضرورت کنترل روزانه فشار خون و عدم همکاری وی در این زمینه توسط پرسنل بهداشتی (بهورز) به سطوح بالاتر ارایه خدمت اطلاع رسانی نگردیده است.	- اجرای دستورالعمل استانی شماره ۲۵ با موضوع نحوه پیگیری تأکید گردیده و اطلاع رسانی و پیگیری موارد پرخطر نیازمند مداخلات سطوح ستادی، تا سطح کارشناس سلامت مادران ستاد شهرستان انجام گردد.
- نمایه توده بدنی مادر براساس وزن زمان مراجعه مادر در سه ماهه دوم و بدون کسر وزن محاسبه گردیده که مطابق دستورالعمل نمی باشد و به موجود بودن BMI قبل از بارداری توجه نشده است.	- توجه به ارائه خدمت و توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده
- تجویز اسید فولیک به میزان ۵ میلی گرم با توجه عدم دریافت در دوران قبل از بارداری، براساس دستورالعمل نمی باشد.	- تجویز مکمل های غذایی براساس دستورالعمل
- مامای واحد بهداشتی از وضعیت مراقبتی مادر در بخش خصوصی در فواصل مراجعات اطلاع نداشته اند.	- در مادرانی که هم زمان در بخش خصوصی تحت مراقبت می باشند کارت مراقبتی بخش خصوصی در هر بار مراجعه بایستی بررسی گردد.
- معاینات فیزیکی توسط پزشک انجام نگردیده است.	- توجه به انجام دقیق معاینات فیزیکی مادران باردار به ویژه معاینات قلب و ریه توسط پزشک

ادامه مداخلات بهداشتی مراقبت های دوران بارداری

نواقص خدماتی	راهکار
- در خصوص برخی از موارد نیازمند مراقبت ویژه براساس بوکلت اقدام لازم ارایه و ثبت نگردیده است.	- ضرورت ارایه و ثبت خدمات بر اساس دستورالعمل به خصوص در موارد نیازمند مراقبت ویژه و نظارت واحدهای ستادی بر اجرای دقیق و کامل آن
- در تعیین تاریخ مراقبت بعدی به ارجاع صورت گرفته توجه نشده و تاریخ مراقبت بعدی بدون توجه به نوع ارجاع براساس معمول تعیین شده است.	- تعیین تاریخ مراجعه بعدی بایستی بر اساس ویژه یا معمول بودن مراقبت بعدی انجام گردد.
- ثبت دفترچه مراقبت مادر در هنگام مراجعه به واحد بهداشتی انجام نشده است.	- تاکید بر اهمیت ارائه و ثبت صحیح و کامل دفترچه مراقبت مادر در کلیه مراجعات مادر در دوران بارداری و پس از زایمان و توصیه در مورد به همراه داشتن دفترچه در کلیه مراجعات مادر به بخش های خصوصی و دولتی (به ویژه هنگام مراجعه به واحد های درمانی به هر علت)
- در زمان کوچ مادر باردار عشایر، انتقال مادر به شهرستان مقصد اطلاع رسانی نگردیده است.	- در مورد مادران انتقالی یا عشایر به منظور حصول اطمینان از استمرار دریافت خدمات مراقبتی بایستی اطلاع رسانی و پیگیری لازم انجام گردد.
- با توجه به پرخطر بودن از نظر خدمات باروری سالم، داشتن فرزند کمتر از ۳ سال و سن بالای ۳۵ سال، مادر از روش پیشگیری منقطع استفاده می کرده است.	- توجه به ضرورت انجام مشاوره و پیگیری خدمات باروری سالم در کلیه افراد گروه هدف به ویژه خانم های پرخطر - ترغیب افراد به دریافت روش مطمئن پیشگیری از بارداری در راستای پیشگیری از بارداری های ناخواسته و پرخطر
- در خصوص بارداری پرخطر که نیازمند مراقبت ویژه و ارجاع به متخصص زنان بوده، ارجاع به متخصص با توجه تحت نظر متخصص بودن مادر باردار، انجام نشده است.	- تاکید بر ضرورت ارایه خدمات به طور کامل براساس دستورالعمل و انجام ارجاعات لازم در موارد نیاز در کلیه ی مادران باردار. بدیهی است در مادرانی که همزمان از بخش خصوصی نیز خدمات دریافت می کنند روال ارایه خدمت مانند سایرین خواهد بود.

راهکارهای کلی به منظور پیشگیری از موارد مرگ مادری

۱- تقویت برنامه های باروری سالم به منظور کاهش حاملگی های ناخواسته و پرخطر بر اساس دستورالعمل شماره یک سلامت جمعیت (موضوع نامه شماره ۲۹۰۱ مورخ ۹۲/۳/۲۱ قائم مقام وزیر) و با تاکید بر اهمیت سلامت مادران در حفظ بنیاد خانواده (موضوع نامه شماره ۸۴۳۸ مورخ ۹۴/۶/۹ مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)

۲- تقویت کمی و کیفی مراقبت های قبل از بارداری، دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از طریق:

الف- توجه به رعایت اصول اخذ شرح حال و سوابق در هنگام تشکیل پرونده مراقبتی (دستورالعمل استانی ۲۴/الف)

ب- توجه مراجع در اولین مراقبت در خصوص ضرورت بیان هرگونه سابقه بیماری زمینه ای قبلی به منظور ارایه خدمات مراقبتی کامل و پیشگیری از بروز عوارض احتمالی، در ضمن در صورت آگاهی از بیماری زمینه ای در هریک از مراجعات لازم است ثبت بیماری در همان مراجعه انجام شود بدین ترتیب در خلاصه پرونده الکترونیک بیماری قابل مشاهده خواهد بود.

ج- ارائه خدمات و مراقبت ها در واحد های بهداشتی مطابق دستور العمل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

- د- توجه به کیفیت خدمات مامایی در فوریت ها و به خصوص حساس نمودن کارکنان واحد های بهداشتی به به منظور کاهش مرگ های خارج بیمارستانی
- ه- پی گیری فعال کلیه موارد تاخیر مراجعه خانم های باردار در زمان مقرر (دستور العمل استانی ۲۵/الف)
- و- انجام پایش های برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران با حساسیت و دقت نظر و با تاکید بر پی گیری رفع نواقص مطرح شده در این مکتوب
- ۳- اصلاح روند ثبت مستندات از طریق:
- الف- درج کامل و دقیق کلیه مراقبت های انجام شده مطابق دستورالعمل پرونده الکترونیک در سامانه سیب
- ب- بررسی کارت مراقبتی بخش خصوصی در هر بار مراجعه (در مادرانی که همزمان در بخش خصوصی تحت مراقبت می باشند)
- ج- توجه به انجام دقیق معاینات فیزیکی مادران باردار به ویژه معاینات قلب و ریه توسط پزشک.
- د- توجه به تعیین تاریخ مراجعه بعدی بر اساس ویژه یا معمول بودن مراقبت بعدی
- ه- در هر بار مراقبت مادر باردار وضعیت مادر در فواصل انجام مراقبت ها با پرسش از مادر و یا بررسی دفترچه بیمه، آزمایشات و مستندات موجود بررسی گردد.
- ۴- نظر به اینکه در نیمی از موارد مرگ مادری سال ۱۳۹۵، مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار وجود داشت لازم است در خصوص آگاهی و عملکرد مطلوب پرسنل در این زمینه در نظارت ها ارزیابی دقیق انجام گردد، همچنین جهت برگزاری دوره های بازآموزی در زمینه سایر اولویت های آموزشی اعلام شده از طرف ستاد استان و یا موارد استخراج شده بر اساس نیازسنجی ها اقدام گردد.
- ۵- جلب همکاری متخصصین زنان و زایمان و بیمارستان ها با واحد های بهداشتی به منظور ارتقای خدمات مراقبتی مادران در دوران بارداری و پس از زایمان: لازم است طی جلسات هماهنگی با متخصصین زنان و زایمان شهرستان و مسئولین بیمارستان ها نسبت به رفع نواقص موجود نظیر توجیه متخصصین جدید ورود درخصوص دستورالعمل های مادران، برنامه استاد معین و ثبت فرم مشاوره با استاد معین در موارد مشاوره، روند ارائه مراقبت های ویژه نظیر ارائه فرم پاسخوراند ارجاعات از سوی متخصصین و ثبت دفترچه مراقبت مادر اقدام گردد.
- ۶- تاکید بر اهمیت ارائه و ثبت دفترچه مراقبت مادر در کلیه مراجعات مادر در دوران بارداری و پس از زایمان: آموزش و توصیه در مورد به همراه داشتن دفترچه مراقبت مادر در کلیه مراجعات مادر به بخش های خصوصی و دولتی صورت گیرد. (به ویژه هنگام مراجعه به واحد های درمانی به هر علت)
- ۷- ارتقای آگاهی جامعه: استفاده از استراتژی های جمعی و هماهنگی های درون بخشی و بین بخشی جهت حساس سازی و آموزش جامعه در راستای اهداف برنامه سلامت مادران و آگاه سازی خانواده ها از ضرورت دریافت مراقبت قبل از بارداری، علائم خطر دوران بارداری و پس از زایمان و اقدامات لازم در صورت برخورد با آن.
- ۸- انعکاس اهمیت مسئله مرگ مادر به هرنحو مقتضی برای جلب مشارکت درون سازمانی و برون سازمانی

گروه سلامت جمعیت و خانواده

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آبان ماه ۱۳۹۶

فهرست منابع :

- ۱- نظام کشوری مراقبت مرگ مادری. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره سلامت مادران. اصفهان: انتشارات پدیده گویا، ویرایش سوم (بازنگری دوم)، ۱۳۹۵
- ۲- مروری بر مرگ مادران در سال ۱۳۹۴. معاونت بهداشتی، گروه سلامت جمعیت و خانواده، واحد سلامت مادران، ۱۳۹۵
- ۳- سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۹. معاونت سلامت، دفتر سلامت خانواده و جمعیت با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور. تهران: یونیسف (صندوق کودکان سازمان ملل متحد)، ۱۳۸۱
- ۴- نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، گروه سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، واحد سلامت مادران، ۱۳۹۴
- ۵- نظام نوین پایش و ارزشیابی (IMES^۲). گروه سلامت جمعیت و خانواده، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ۱۳۹۰
- ۶- نظام نوین پایش و ارزشیابی (IMES). معاونت سلامت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴
- ۷- نظام ثبت موالید، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، ۱۳۹۵