

مروری بر مرگ مادران در سال ۱۳۹۹

نقش کلیدی مادران در خانواده و تربیت فرزندان بر کسی پوشیده نیست، همچنان که سلامت آنان نیز تاثیر بسزایی در سلامت سایر اعضای خانواده دارد. هیچ مادر بارداری نایستی بویژه به دلایل قابل اجتناب فوت کند، زیرا این حادثه از تلخ ترین و ناعادلانه ترین حوادث در نظام سلامت یک کشور است. متأسفانه در سالی که گذشت بحران کرونا، اثرات منفی خود را بر این گروه آسیب پذیر بر جای نهاد، چنان که بیشترین علت مرگ های مادری را به خود اختصاص داده است. اگرچه بارداری به تنهایی عامل خطر برای ابتلا به بیماری کووید-۱۹ نیست؛ اما همراه بودن بارداری با بیماری های زمینه ای مزمن مانند دیابت، فشارخون و بیماری های قلبی عروقی و عواملی نظیر سن بالای ۳۵ سال و چاقی، شانس ابتلا به این ویروس و بستری مادران را افزایش می دهد. از طرفی مادران باردار در صورت ابتلا به بیماری کووید-۱۹ نسبت به همسالان غیر باردارشان درجات شدیدتری از بیماری را تجربه می کنند. هرچند دانش بشر در خصوص تأثیر کرونا بر بارداری از ابتدای سال ۲۰۲۰ که برای اولین بار اطلاعات این بیماری ثبت شده، و سعت یافته، اما همچنان یافته ها در خصوص آن ناکافی بوده و جمع آوری اطلاعات و تحقیقات در این خصوص می تواند در پیشگیری از بروز مرگ مادر به علت این بیماری بسیار کمک کننده باشد. لذا مطابق روال هر ساله تحلیل مرگ مادری این دانشگاه در سال ۹۹ به شرح ذیل تدوین گردیده و امید است با بررسی دقیق و اجرای مداخلات پیشنهادی، از تکرار عوامل منجر به مرگ مادری پیش گیری گردد.

مرگ های مادری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

در طول سال ۱۳۹۹، تعداد ۲۰ مورد مرگ مادر باردار گزارش گردید و مورد بررسی قرار گرفت، ولیکن پس از بررسی اولیه ۴ مورد مطابق تعاریف نظام مراقبت مرگ مادر^۱، جزء مرگ های مادری محسوب نگردید. بدین ترتیب تعداد مرگ مادران در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برابر ۱۶ مورد می باشد. لازم به ذکر است که تعداد موارد مرگ مادر و همچنین نسبت مرگ مادر در سال ۱۳۹۹ نسبت به سال ۱۳۹۸ افزایش یافته است^۲.

طبق روال سال های قبل نتایج حاصل از پرسشنامه های تکمیل شده در مورد مرگ های مادری سال ۱۳۹۹ 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

☒ **ملیت:** ۸۷/۵ درصد (۱۴ مورد) از مادران فوت شده در سال ۹۹ ایرانی و ۱۲/۵ درصد از این مادران ملیت غیر ایرانی داشته اند. بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۹۹، ۸۹/۰۹ درصد از مادران زایمان کرده ایرانی و ۱۰/۹۱ درصد آنان ملیت غیر ایرانی داشته اند.

☒ **سن:** میانگین سنی مادران فوت شده $28/31 \pm 5/76$ سال و طیف سنی ایشان ۱۴-۳۶ سال بود. سن ۱ مورد (۶/۲۵ درصد) از مادران زیر ۱۸ سال و ۱ مورد (۶/۲۵ درصد) بیش از ۳۵ سال بود. در مجموع ۲ مورد (۱۲/۵ درصد) مادران از نظر سن پرخطر محسوب می شدند، که در مقایسه با درصد حاملگی پرخطر (از نظر سن) در استان که بر اساس سامانه ایمان در سال ۹۹، ۲۴/۶۵ درصد می باشد کمتر

است. بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۹۹، ۱/۴۶ درصد از مادران زایمان کرده سن زیر ۱۸ سال و ۲۳/۱۹ درصد از این مادران سن بالای ۳۵ سال داشته اند.

✕ **منطقه زندگی:** ۸۷/۵ درصد (۱۴ مورد) مادران فوت شده ساکن مناطق شهری بودند. که نسبت به الگوی توزیع فراوانی منطقه سکونت زنان در سنین ۱۵-۴۹ ساله بیشتر می باشد، زیرا بر طبق IMES۲ (۸۱/۴ درصد) زنان ۱۵-۴۹ ساله در مناطق شهری ساکن هستند.^۳ بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۹۹، ۹۵/۶۹ درصد از مادران زایمان کرده ساکن شهر بوده اند.

✕ **تحصیلات:** ۱۰۰ درصد مادران فوت شده باسواد و تحصیلات آنها به شرح ذیل می باشد:

۲۵ درصد (۴ مورد) دارای تحصیلات راهنمایی، ۵۰ درصد (۸ مورد) دیپلم، و ۲۵ درصد (۴ مورد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۹۹، ۹۳/۰۵ درصد مادران زایمان کرده باسواد و ۳۰/۵۳ درصد از این مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بوده اند.

✕ **شغل:** ۹۳/۷۵ درصد (۱۵ مورد) از مادران فوت شده خانه دار و ۶/۲۵ درصد (یک مورد) شاغل بودند. بر طبق IMES۲ (۸۹/۹ درصد) مادران باردار، خانه دار بودند. بنابراین توزیع فراوانی اشتغال در مادران فوت شده در سال ۱۳۹۸ با الگوی اشتغال زنان ۱۰-۴۹ ساله استان نسبتاً مطابقت دارد.^۳

ب) باروری سالم و مراقبت قبل از بارداری

✕ **حاملگی ناخواسته / برنامه ریزی نشده:** ۷۵ درصد (۱۲ مورد) بارداری های منتج به مرگ خواسته و ۲۵ درصد (۴ مورد) ناخواسته بوده است. که از درصد حاملگی های ناخواسته بر اساس IMES۲ سال ۱۳۹۰ در استان اصفهان (۱۹ درصد)^۳ که توسط تحقیق کشوری بدست آمده، و همچنین بر طبق نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۹۴ که ۸/۷ درصد بارداری ها ناخواسته/پیش بینی نشده بوده، بیشتر می باشد.^۴

✕ **تعداد حاملگی و زایمان:** در مرگ های مادری، میانگین تعداد حاملگی در مادران ۰/۹۹ ± ۱/۹۴ و میانگین تعداد زایمان ۰/۷۷ ± ۱/۲۵ بوده است. ۳۱/۲۵ درصد (۵ مورد) حاملگی ها، بارداری اول و ۶/۲۵ درصد (یک مورد) از آنها حاملگی پنجم بودند. بنابراین در مجموع ۳۷/۵ درصد (۶ مورد) از نظر تعداد بارداری، پرخطر محسوب می شدند که در مقایسه با سال ۱۳۹۸ افزایش یافته است.^۲ توزیع فراوانی بارداری اول و بارداری پنجم و بالاتر با توزیع فراوانی آن ها در پیمایش IMES۲ هم خوانی ندارد. بر طبق پیمایش IMES۲ (۴۵ درصد) بارداری ها، بارداری اول و (۲/۵ درصد) بارداری پنجم و بالاتر بودند.^۳ بر طبق نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۹۴ نیز (۲/۱ درصد) بارداری ها، بارداری پنجم و بالاتر بودند.^۵

✕ **مراقبت قبل از بارداری:** ۷۵ درصد (۱۲ مورد) از مادران فوت شده جزو گروه هدف مراقبت قبل از بارداری بوده اند که از این تعداد ۷ مورد (۵۸/۳۳ درصد) این مراقبت را دریافت کرده بودند و ۵ نفر (۴۱/۶۶ درصد) مراقبت قبل از بارداری نداشتند. درصد پوشش این مراقبت در مرگ های مادری سال ۱۳۹۹ بیشتر از درصد پوشش بر اساس تحقیق استانی IMES۲ است. بر طبق IMES۲ پوشش مراقبت قبل از بارداری در استان (۳۷/۶ درصد) بوده است.^۳

✕ **فاصله آخرین بارداری تا زایمان قبلی:** در بین مادران فوت شده ۳۱/۲۵ درصد (۵ مورد) حاملگی ها، بارداری اول خود را تجربه می کردند. در بین ۱۱ مورد باقیمانده، ۱۲/۵ درصد (۲ مورد) حاملگی ها، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال وجود داشت و نسبت به سال قبل افزایش یافته بود.^۲ در سال های ۹۵-۹۸ هیچ کدام از مادران متوفی، بارداری با فاصله کمتر از دو سال از زایمان قبلی، نداشتند.

ج) مراقبت بارداری

✕ **وجود فاکتور خطر:** ۸۷/۵ درصد (۱۴ مورد) از مادران فوت شده 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 ۸۳/۳ درصد مادران حداقل دارای یک فاکتور خطر بوده اند.^۴ بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۹۹ میزان زایمان های دارای حداقل یک فاکتور خطر ۲۲/۶۶ درصد می باشد.

☒ **مراقبت دوران بارداری (Antenatal Care):** ۱۰۰ درصد مادران فوت شده مراقبت های دوران بارداری را دریافت کرده بودند که نسبت به سال ۹۸ افزایش داشته است. براساس نتیجه تحقیق استانی IMES۲ ۹۹/۶ درصد مادران از حداقل یک مراقبت در دوران بارداری برخوردار می باشند.^۳

از نظر محل دریافت خدمات مراقبتی بارداری (ANC) در مادران فوت شده، نتایج نشانگر مراجعه ۱۲/۵ در صد (۲ مورد) از آنها صرفاً به بخش دولتی، ۱۸/۷۵ درصد (۳ مورد) از آنها صرفاً به بخش خصوصی و ۶۸/۷۵ درصد (۱۱ مورد) به هر دو بخش دولتی و خصوصی بود. در مقایسه با سال ۱۳۹۸ در صد مراجعین بارداری که مراقبت را فقط از بخش دولتی دریافت می نمودند کاهش، در صد مراجعین بارداری که مراقبت را فقط از بخش خصوصی دریافت نموده و همچنین در صد دریافت همزمان مراقبت ها از بخش دولتی و خصوصی افزایش داشته است. نتایج IMES۲ 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.^۳

د) مراقبت حین زایمان

☒ **نوع زایمان:** ۳۷/۵ درصد (۶ مورد) از مادران فوت شده در دوران بارداری و ۶۲/۵ درصد پس از سقط/هیستروتومی/زایمان فوت نموده اند. ۱۶/۶۶ درصد (۱ مورد) از موارد فوت شده در بارداری، پس از فوت ختم بارداری شده اند و از ۱۰ مورد زایمان کرده، ۱ مورد (۱۰ درصد) پس از سقط فوت شده و ۳ مورد (۳۰ درصد) زایمان طبیعی و ۶ مورد (۶۰ درصد) زایمان سزارین داشته اند که یک مورد آن هیستروتومی بوده است. براساس نتایج پایش برنامه ترویج زایمان طبیعی سال ۹۹ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۵۷/۲۳ درصد زایمان ها در سال ۱۳۹۹ به صورت سزارین انجام شده است.^۵

درصد سزارین در موارد مرگ مادر بیشتر از زایمان طبیعی بوده است که می تواند به علت عارضه دار بودن بارداری های مادران فوت شده و یا ضرورت ختم اورژانسی بارداری آنها باشد. بر اساس گزارش دانشگاهی سال ۹۹ سامانه ایمان، ۵۷/۲۳ درصد زایمان ها به روش سزارین و ۴۲/۷۶ درصد آن ها به روش طبیعی انجام شده اند.

☒ **علت مراجعه:** از مادران ۶/۲۵ درصد (۱ مورد) به علت درد زایمان، ۶/۲۵ درصد (۱ مورد) با معرفی نامه پزشک جهت ختم بارداری و ۸۷/۵ درصد (۱۴ مورد) بعلت بروز عارضه در بارداری/پس از زایمان به بیمارستان مراجعه کرده بودند.

ه) مشخصات مرگ

☒ **سن حاملگی در هنگام مرگ:** ۶/۲۵ درصد (یک مورد) از مرگ ها در سه ماهه اول بارداری، ۳۷/۵ درصد (۶ مورد) از مرگ ها در سه ماهه دوم بارداری و ۵۶/۲۵ درصد (۹ مورد) در سه ماهه سوم اتفاق افتاده است. بررسی مرگ مادران در سال های گذشته نیز نشانگر وقوع اکثر مرگ ها در سه ماهه سوم بارداری می باشد. ۱۸/۷۵ درصد (۳ مورد) از مادران در هنگام فوت، سن حاملگی ترم داشتند که در مقایسه با سال گذشته کاهش یافته است.^۲ بر اساس گزارش دانشگاهی سال ۹۹ سامانه ایمان، ۸۸/۲۰ درصد از زایمان های انجام شده بالاتر از ۳۷ هفته و ۲/۵۹ درصد از زایمان ها زودرس بوده اند.

☒ **مقطع فوت:** ۳۱/۲۵ درصد (۵ مورد) از مادران فوت شده در دوران بارداری، ۶/۲۵ درصد (۱ مورد) از مادران فوت شده در حین زایمان و ۶۲/۵ درصد (۱۰ مورد) پس از سقط/هیستروتومی/زایمان فوت نموده اند.

☒ **محل فوت:** ۱۵ مورد (۹۳/۷۵ درصد) مرگ ها در بیمارستان رخ داده، ۱ مورد (۶/۲۵ درصد) در حین انتقال به بیمارستان فوت شده است. به طور کلی ۹ مورد (۵۶/۲۵ درصد) در بیمارستان فوق تخصصی در مرکز استان و ۶ مورد (۳۷/۵ درصد) در بیمارستان شهرستان و ۱ مورد (۶/۲۵ درصد) در مسیر انتقال به بیمارستان فوت شده اند. بر اساس گزارش دانشگاهی سال ۹۹ سامانه ایمان، ۲۴/۹۵ درصد زایمان ها در بیمارستان های سطح یک، ۴۴/۱۳ درصد در بیمارستان های سطح دو و ۳۰/۷۵ درصد آن ها در بیمارستان های سطح سه انجام شده اند. میزان زایمان خارج بیمارستانی در سال ۹۹، ۰/۷۴ درصد بوده است.

✕ **علت مرگ:** ۱۴ مورد (۸۷/۵ در صد) به علت بیماری زمینه ای، ۱ مورد (۶/۲۵ در صد) به علت خونریزی پس از زایمان و ۱ مورد (۶/۲۵ در صد) بدلیل آمبولی مایع آمنیوتیک فوت شده بودند.

از ۱۴ مورد مرگ به علت بیماری زمینه ای، ۱۱ مورد (۷۸/۵ درصد) آن بیماری کووید ۱۹، ۱ مورد (۷/۱۴ درصد) بیماری قلبی، ۱ مورد (۷/۱۴ درصد) سیروز کبدی و ۱ مورد (۷/۱۴ درصد) به علت بیماری های خونی بوده است. پس از مطالعه و بررسی پرسشنامه های بررسی مرگ مادر و شناسایی عوامل قابل اجتناب موثر در مرگ مادر، عمده ترین موارد قابل اجتناب به شرح ذیل استخراج گردید: (لازم به توضیح است که برخی عوامل بطور مشترک در یک مورد مرگ مادر مشاهده می شوند)

عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ مادر در سال ۱۳۹۹

عامل موثر	فراوانی
عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم علی رغم نیاز	۱
نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم و عدم استفاده صحیح از روش های پیشگیری از بارداری	۱
عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف	۵
ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری	۵
عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان	۱
عدم ارائه یا ثبت مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی	۱۱
مشکلات مربوط به ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت	۱۱
مشکلات مربوط به پی گیری مادران پرخطر (عدم پیگیری، پی گیری ناقص، عدم پی گیری به موقع، ...)	۱۱
تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی	۳
مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های بخش های خصوصی و واحدهای بهداشتی	۲
تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی	۸
فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی	۷
اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی	۰
حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی	۲
تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان	۲
غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز	۷
عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی	۱۲
ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی	۱
نواقص مربوط به ارائه 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، ...)	۸
عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز	۰
مشکلات و نواقص مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به ارائه و ثبت خدمات مرکز فوریت های پزشکی یا شرایط اعزام مادر)	۴

راهکارهای مداخله ای در راستای پیشگیری از تکرار عوامل قابل اجتناب مرگ های مادری در واحدهای بهداشتی

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)

- ضرورت راهنمایی مادر جهت تهیه اقلام پیشگیری از بخش خصوصی در زنان واجد شرایط پزشکی

۲- برنامه ریزی به منظور ارتقاء کمی و کیفی مراقبت پیش از بارداری

- استفاده از استراتژی های جمعی جهت حساس سازی و آموزش جامعه در خصوص ضرورت انجام مراقبت قبل از بارداری
- اطلاع رسانی به گروه هدف از طریق توزیع رسانه های آموزشی در کلاس های حین ازدواج
- پیگیری خدمات باروری سالم در واحدهای بهداشتی به ویژه در گروه پرخطر
- تشکیل جلسه هماهنگی با واحدهای باروری سالم و میانسالان به منظور برنامه ریزی جهت ارایه به موقع خدمات مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف

- ضرورت پیگیری کلیه ارجاعیات و آزمایشات قبل از بارداری مادر تا حصول نتیجه قطعی
- پرهیز از ثبت آزمایشات پیش از بارداری به جای آزمایشات بارداری با هر فاصله زمانی از وقوع بارداری

۳- تقویت کمی و کیفی مراقبت های دوران بارداری تا پس از زایمان

- توجه به رعایت اصول اخذ شرح حال و سوابق در هنگام تشکیل پرونده مراقبتی (دستورالعمل استانی ۲۴/الف)
- توجه به 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
- ارائه خدمات و مراقبت ها در واحد های بهداشتی مطابق دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
- انجام پیگیری ها در موعد مقرر بر اساس نوع ارجاع و ثبت آن در سامانه سبب
- توجه به آموزش های ضروری به مادران باردار و خانواده ایشان بویژه علایم خطر در هر بار مراجعه و یا پی گیری
- توجه به کیفیت خدمات مامایی در فوریت ها و به خصوص حساس نمودن کارکنان واحد های بهداشتی به منظور کاهش مرگ های خارج بیمارستانی

۴- ساماندهی مراقبت مادر پرخطر

- پی گیری کلیه ارجاعات مادران باردار به کارشناسان سلامت روان و تغذیه تا حصول نتیجه، توسط ماما/ بهورز متعاقب تعیین تاریخ پی گیری
- الزام بر اطلاع رسانی واحدهای محیطی به ستاد شهرستان جهت هماهنگی با رابط پرخطر درمان در موارد ارجاع فوری مادران به بیمارستان
- تاکید بر ارسال پسخوراند توسط سطوح تخصصی به پزشک/ مامای ارجاع دهنده در جلسات هماهنگی بین بخشی با بیمارستان ها
- اجرای پروتکل ابلاغی رابط پرخطر حوزه بهداشت و درمان به منظور ساماندهی ارجاعات مادران پرخطر به کلینیک های زنان/ مامایی بیمارستان های ریفرال و منتخب و پیگیری پس از ترخیص در موارد لازم
- لزوم مشاهده ارجاعیات مادران باردار توسط کارشناس در سطح ارجاع مربوطه و انجام و ثبت خدمت مورد نیاز در پرونده الکترونیک
- ضرورت اطلاع ستاد شهرستان از لیست مادران باردار پرخطر براساس سامانه جامع داده های سلامت
- ضرورت ارائه خدمات به مادران باردار پرخطر بر اساس پروتکل های ابلاغی
- تاکید بر ثبت و پی گیری هرگونه ارجاع و یا درخواست پاراکلینیک بویژه در مادران پرخطر تا حصول نتیجه نهایی
- انجام پی گیری به موقع و حساس سازی مادر نسبت به علایم خطر در موارد ارجاع مادر به سطوح تخصصی به ویژه در موارد مبتلا/ مشکوک به کووید

۵- اصلاح روند ثبت مستندات

- دقت در اخذ شرح حال و درج کامل و دقیق کلیه اقدامات انجام شده مطابق دستورالعمل ثبت پرونده الکترونیک
- ثبت کامل بیماری ها و داروهای مصرفی مربوطه در پرونده الکترونیک مادر
- بررسی و ثبت نوع و میزان مکمل مصرفی توسط مادر در مراقبت ها
- ثبت کلیه درخواست های پاراکلینیکی و ارجاعیات در پرونده الکترونیک مادر
- ثبت نتایج موارد پاراکلینیکی در سامانه و انجام اقدامات مربوطه طبق بوکلت مراقبت سلامت مادران
- تاکید بر ثبت کلیه موارد بیماری و داروهای مصرفی در سامانه (در صورت مراقبت همزمان مادر در بخش خصوصی لیست داروهای تجویز شده این بخش بایستی در صورت دسترسی به سوابق مراقبتی بخش خصوصی در سامانه ثبت شود)
- توجه به انجام دقیق معاینات فیزیکی مادران باردار به ویژه معاینات قلب و ریه توسط پزشک
- تاکید بر ضرورت آگاهی و اجرای دستورالعمل های ابلاغی ثبت سامانه سبب در واحدهای ستادی و محیطی
- ضرورت انجام کلیه مراقبت های مادر باردار تا ۶ هفته پس از زایمان توسط متولی مراقبت مادر باردار (ماما/ماما مراقب در مراکز شهری، بهورز در مراکز روستایی)
- تاکید بر اهمیت ارائه و ثبت دفترچه مراقبت مادر در کلیه مراجعات مادر در دوران بارداری و پس از زایمان و آموزش در مورد به همراه داشتن دفترچه مراقبت مادر در کلیه مراجعات مادر به بخش های خصوصی و دولتی
- بررسی کارت مراقبتی بخش خصوصی در هر بار مراجعه (در مادرانی که همزمان در بخش خصوصی تحت مراقبت می باشند)

۶- ساماندهی پیگیری مادران

- در صورت عدم حضور پزشک در زمان تشکیل پرونده مراقبت های پیش از بارداری و بارداری، پیگیری مادر جهت ویزیت پزشک حداکثر تا یک هفته از تاریخ تشکیل پرونده مراقبتی انجام شود
- توجه به تعیین تاریخ مراجعه بعدی بر اساس ویژه یا معمول بودن مراقبت بعدی
- ضرورت توجه به انجام پی گیری برنامه مادران بر اساس دستورالعمل ۲۵-استانی
- ثبت و انجام پیگیری های لازم موارد ارجاع در سامانه سبب بر اساس شیوه نامه ابلاغی (مکاتبه شماره ۱۷۰۸/۶/د مورخ ۹۷/۲/۲۹)

۷- پی گیری راهکارهای ابلاغی در شرایط همه گیری کرونا

- وجود راهنمای تریاژ و همچنین جداسازی مادر باردار مبتلا به کووید ۱۹ در میز کار کلیه پزشکان و پرسنل مامایی
- نظارت دقیق بر اجرای صحیح روند مصوبات و دستورالعمل های مرتبط با کووید ۱۹
- توجه به فواصل و تعداد مراقبت ها بر اساس دستورالعمل مراقبت ها در شرایط بحران کرونا
- نظارت بر بهره برداری کلیه کارکنان از آخرین دستورالعمل ها و راهنماهای تریاژ مادران باردار و کووید ۱۹
- ضرورت پرسش از بارداری در کلیه زنان متاهل در سنین باروری (۱۰ تا ۵۴ ساله) در حین "غربالگری کووید توسط مراقب سلامت" و همچنین "مراقبت تشخیص و درمان کووید ۱۹ توسط پزشک" علاوه بر پرسش از وجود فرد باردار در اطرافیان
- ثبت جزییات هرگونه علائم غیرمعمول کووید در بخش توضیحات در هنگام "غربالگری کووید" و یا خدمت "تشخیص و درمان توسط پزشک"
- هماهنگی و پی گیری ارسال فوری کلیه نمونه های PCR مادران باردار و تازه زایمان کرده به استان و پی گیری پاسخ دهی نمونه های مربوط به مادران باردار در کوتاه ترین زمان ممکن توسط آزمایشگاه مرجع کووید
- ثبت انجام نمونه گیری PCR در سامانه سبب، توسط نمونه گیران مستقر در مراکز منتخب کووید، برای کلیه مادران ارجاعی از پایگاه های سلامت به منظور آگاهی واحد ارجاع دهنده از نتیجه و انجام پی گیری ها
- ثبت نتیجه تست های PCR مادران باردار و تازه زایمان کرده در اسرع وقت در سامانه جامع داده های سلامت

- ضرورت اندازه گیری و ثبت درجه حرارت، تعداد تنفس و سطح اکسیژن خون مادر باردار برای کلیه مادران باردار در مراقبت تشخیصی و درمان کووید ۱۹ توسط پزشک در مراکز منتخب
- ضرورت دقت در سنجش و ثبت اطلاعات مربوط به محاسبه BMI
- ارجاع و پی گیری ارجاعات مادران باردار به کارشناسان تغذیه در عوامل خطر تغذیه ای مرتبط با بیماری کووید ۱۹
- پرسش و ثبت علائم حیاتی شامل تعداد تنفس و درجه حرارت مادر در پی گیری تلفنی مادران مشکوک یا مبتلا به کووید
- هماهنگی کارشناسان ستادی سلامت مادران با مامای پایگاه جهت پی گیری، فراخوان و ثبت بارداری مادران باردار مشکوک/ مبتلا به کووید ۱۹ که بدون تشکیل پرونده بارداری، صرفاً جهت انجام تست به مراکز منتخب مراجعه نموده اند (بدیهی است در مراکز روستایی انتظار می رود کلیه ی موارد باردار دارای پرونده مراقبت بارداری در خانه بهداشت باشند)

۸- هماهنگی و همکاری بین بخشی و درون بخشی

- ارتقای سواد سلامت و توانمندسازی مادران و خانواده های ایشان به منظور افزایش سلامت مادران و نوزادان
- حساس سازی جامعه نسبت به اهمیت مرگ مادر و جلب مشارکت های درون سازمانی و برون سازمانی

واحد سلامت مادران گروه سلامت جمعیت و خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مرداد ماه ۱۴۰۰

فهرست منابع:

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره سلامت مادران. نظام کشوری مراقبت مرگ مادری. اصفهان: انتشارات پدیده گویا، ویرایش سوم (بازنگری دوم)، ۱۳۹۵
- ۲- مروی بر مرگ مادران در سال ۱۳۹۸. معاونت بهداشتی، گروه سلامت جمعیت و خانواده، واحد سلامت مادران، ۱۳۹۹
- ۳- نظام نوین پایش و ارزشیابی (IMES۲). گروه سلامت جمعیت و خانواده، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ۱۳۹۰
- 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- پایش برنامه ترویج زایمان طبیعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۰ (نامه شماره ۴۰۰/۹۵۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۵/۱۰)