

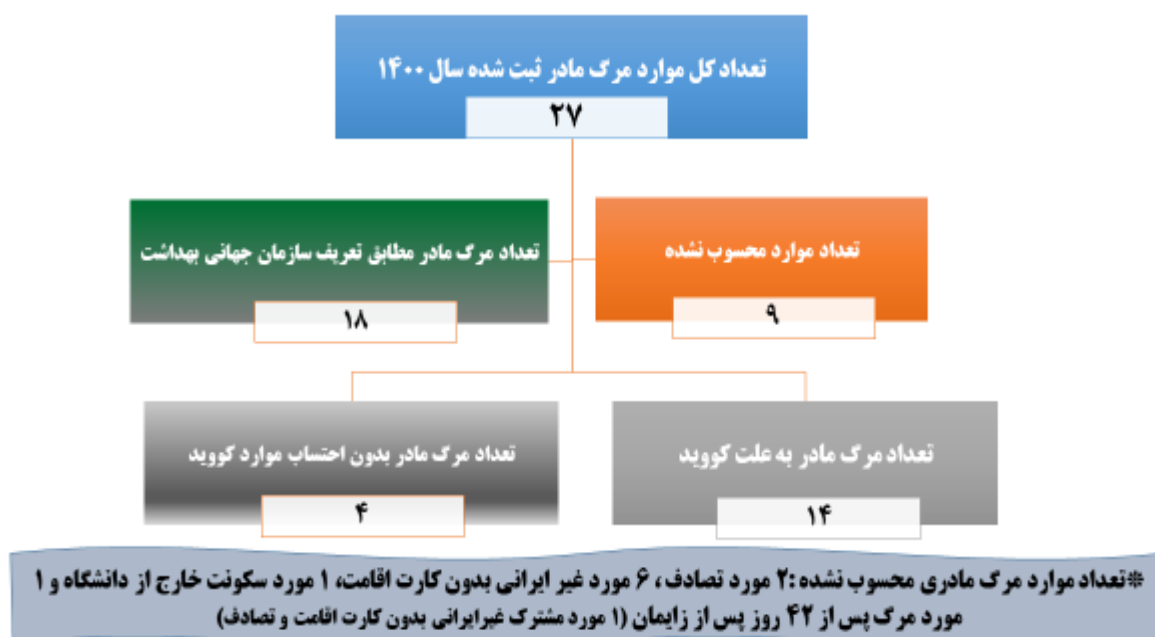
مروری بر مرگ مادران در سال ۱۴۰۰

مرگ و میر مادران یکی از خطرات عمده ی تهدید کننده حیات انسانی است که قربانی های فراوانی گرفته است. مرگ مادر صرفاً یک معضل بهداشتی نبوده بلکه یک معضل اجتماعی نیز محسوب می گردد. شناختن علل و عوامل کاهش میزان مرگ مادران و عوارض ایجاد شده در بارداری و زایمان در هر جامعه گامی در جهت سلامت، پویایی و اعتلای خانواده و بالتبع آن ارتقاء سلامت آن جامعه و کمک به تولد فرزندان بیشتر و افزایش جمعیت خواهد بود. تدوین مداخلات موثر با هدف بهبود کیفیت نظام ارائه خدمات و تاکید بر تعاملات بین بخشی و مشارکت آگاهانه آحاد جامعه و توانمندسازی زنان و دختران را می توان تلاشی موثر در زمینه کاهش مرگ مادران دانست. تجربه نشان داده که تامین سلامت و ایمنی مادران را می توان حتی در کشورها و مناطقی که دارای امکانات محدود هستند نیز اجرا نمود. متأسفانه در سالی که گذشت، بیماری کووید، روند نزولی مرگ مادری در این دانشگاه را که حاصل تلاش شبانه روزی ارائه دهندگان خدمت در حوزه های مختلف بهداشت، درمان و آموزش بوده، بشدت تحت تاثیر قرار داده و اصلی ترین علت مرگ مادری دانشگاه شناخته شده است. نگارش تحلیل یک ساله مرگ های مادری تحت عنوان "مروری بر مرگ مادران" با هدف بررسی و شناسایی عوامل موثر بر آن و برنامه ریزی در جهت کاهش عوامل قابل اجتناب و پیشگیری از وقوع مرگ های مشابه آن روایی است که طی سال های گذشته توسط واحد سلامت مادران، گروه سلامت جمعیت و خانواده معاونت بهداشت بطور مستمر صورت گرفته است.

مرگ های مادری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۰

در طول سال ۱۴۰۰، تعداد ۲۷ مورد مرگ مادر باردار گزارش گردید و مورد بررسی قرار گرفت، ولیکن پس از بررسی اولیه ۹ مورد مطابق تعاریف نظام مراقبت مرگ مادر^۱، جزء آمار مرگ های مادری محسوب نگردید (۶ مورد اتباع فاقد کارت اقامت، ۲ مورد تصادف، یک مورد محل سکونت خارج از دانشگاه و یک مورد مرگ بعد از ۴۲ روز پس از زایمان که یک مورد مشترک اتباع و تصادف بوده است). بدین ترتیب تعداد مرگ مادران در سال ۱۴۰۰ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برابر ۱۸ مورد بوده که نسبت به سال ۱۳۹۹ افزایش یافته است.^۲

تعداد موارد مرگ مادر د.ع.پ. اصفهان در سال ۱۴۰۰



طبق روال سال های قبل نتایج حاصل از پرسشنامه های تکمیل شده در مورد مرگ های مادری سال ۱۴۰۰ به تفکیک پنج زیرگروه نامبرده در ذیل مورد بررسی قرار گرفته است:

الف- مشخصات دموگرافیک

ب- باروری سالم و مراقبت قبل از بارداری

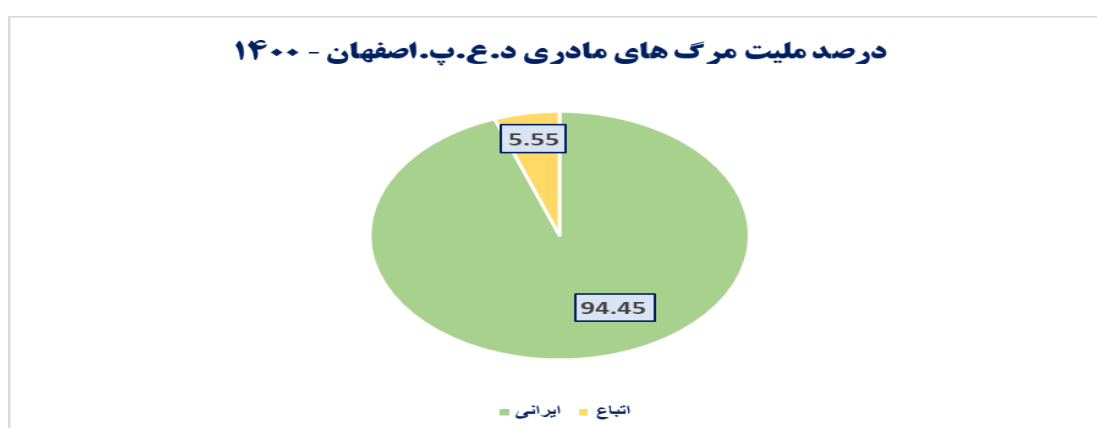
ج- مراقبت بارداری

د- مراقبت حین زایمان

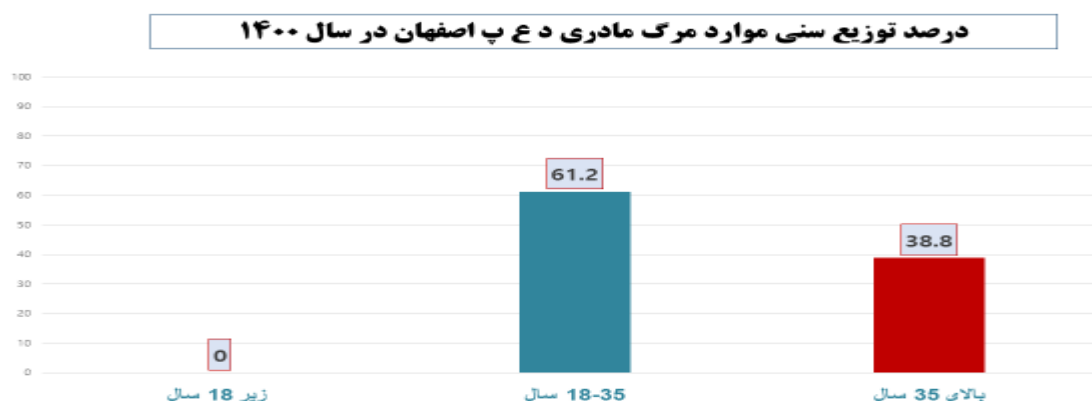
ه- مشخصات مرگ

الف) مشخصات دموگرافیک

✕ **ملیت:** ۹۴/۴۵ درصد (۱۷مورد) از مادران فوت شده در سال ۱۴۰۰ ایرانی و ۵/۵۵ درصد (یک مورد) از این مادران ملیت غیر ایرانی داشته اند. بر اساس گزارش سامانه ایمان^۱ در سال ۱۴۰۰، ۸۷/۴ درصد از مادران زایمان کرده ایرانی و ۱۲/۶ درصد آنان ملیت غیر ایرانی داشته اند.^۶

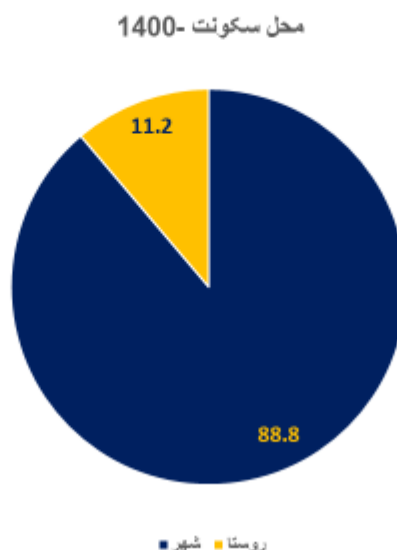


✕ **سن:** میانگین سنی مادران فوت شده $33 \pm 5/68$ سال و طیف سنی ایشان ۲۴-۴۵ سال بود. هیچکدام از مادران فوت شده، زیر ۱۸ سال نبوده اند. ۷ مورد (۳۸/۸ درصد) از این مادران بیش از ۳۵ سال بوده اند. در مجموع ۷ مورد (۳۸/۸ درصد) مادران از نظر سن پرخطر محسوب می شدند، که در مقایسه با درصد حاملگی پرخطر (از نظر سن) در استان که بر اساس سامانه ایمان در سال ۱۴۰۰، ۲۵/۲۸ درصد می باشد بیشتر است. بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۱۴۰۰، ۰/۸۰ درصد از مادران زایمان کرده سن زیر ۱۸ سال و ۲۴/۷۷ درصد از این مادران سن بالای ۳۵ سال داشته اند.



☒ **منطقه زندگی:** ۸۸/۸ درصد (مورد ۱۶) مادران فوت شده ساکن مناطق شهری بودند. بر طبق IMES^۲ (۸۱/۴ درصد) زنان ۱۵-۴۹ ساله^۲ و بر اساس گزارش سامانه ایمن در سال ۱۴۰۰، ۹۴/۲۴ درصد از مادران زایمان کرده ساکن شهر بوده اند.

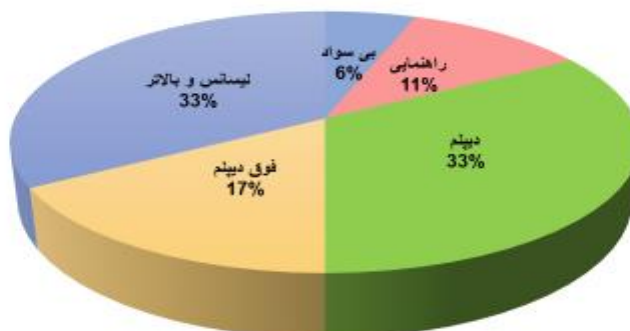
درصد مادران فوت شده از کل موارد مرگ مادر بر حسب محل سکونت در سال ۱۴۰۰



☒ **تحصیلات:** ۹۴/۴ درصد مادران فوت شده باسواد و تحصیلات آنها به شرح ذیل می باشد:

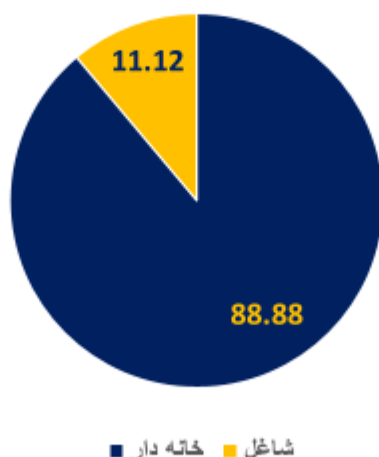
۱۱/۱۱ درصد (۲ مورد) دارای تحصیلات راهنمایی، ۳۳/۳۳ درصد (۶ مورد) دارای مدرک دیپلم، ۱۶/۶۶ درصد (۳ مورد) دارای فوق دیپلم و ۳۳/۳۳ درصد (۶ مورد) دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. بر اساس گزارش سامانه ایمن در سال ۱۴۰۰، ۹۰/۳۳ درصد مادران زایمان کرده باسواد و ۳۰/۴۱ درصد از این مادران دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بوده اند.

درصد میزان تحصیلات در موارد مرگ مادری د ع پ اصفهان - سال ۱۴۰۰



☒ **شغل:** ۸۸/۸۸ درصد (۱۶ مورد) از مادران فوت شده خانه دار و ۱۱/۱۱ درصد (۲ مورد) شاغل بودند. بر طبق IMES۲ (۸۹/۹ درصد) مادران باردار، خانه دار بودند. بنابراین توزیع فراوانی اشتغال در مادران فوت شده در سال ۱۴۰۰ با الگوی اشتغال زنان استان براساس IMES۲ نسبتاً مطابقت دارد.^۲

شغل مادران فوت شده در د.ع.پ. اصفهان - سال ۱۴۰۰



ب) باروری سالم و مراقبت قبل از بارداری

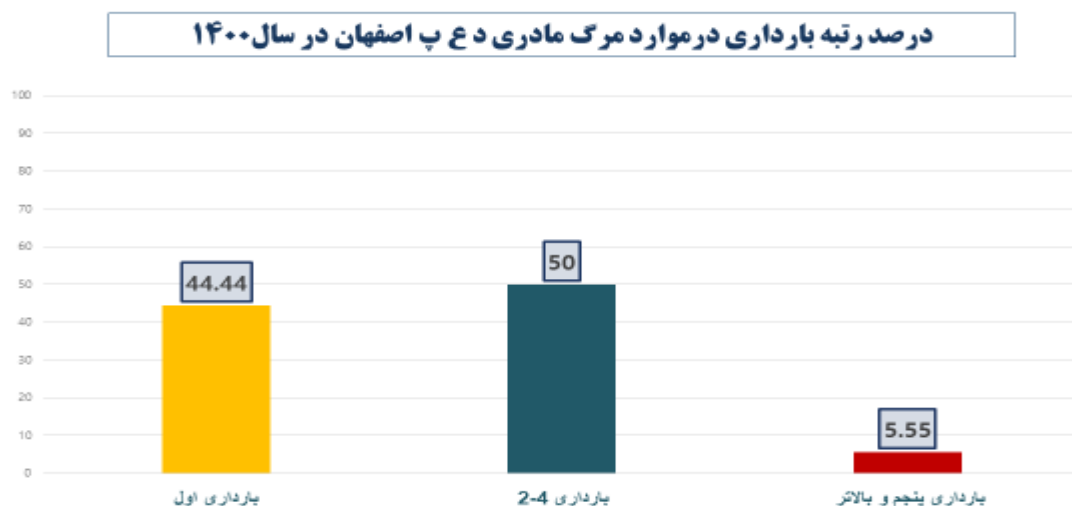
☒ **حاملگی برنامه ریزی نشده (ناخواسته):** کلیه ی بارداری های منتج به مرگ مادر در سال ۱۴۰۰ برنامه ریزی شده (خواسته) بوده اند. حاملگی های برنامه ریزی نشده (ناخواسته) بر اساس IMES۲ سال ۱۳۹۰ که توسط تحقیق کشوری بدست آمده، در استان اصفهان ۱۹ درصد^۲ و بر طبق نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۹۴، ۸/۷ درصد بوده است.^۳

وضعیت حاملگی های برنامه ریزی شده در مرگ های مادری سال ۱۴۰۰



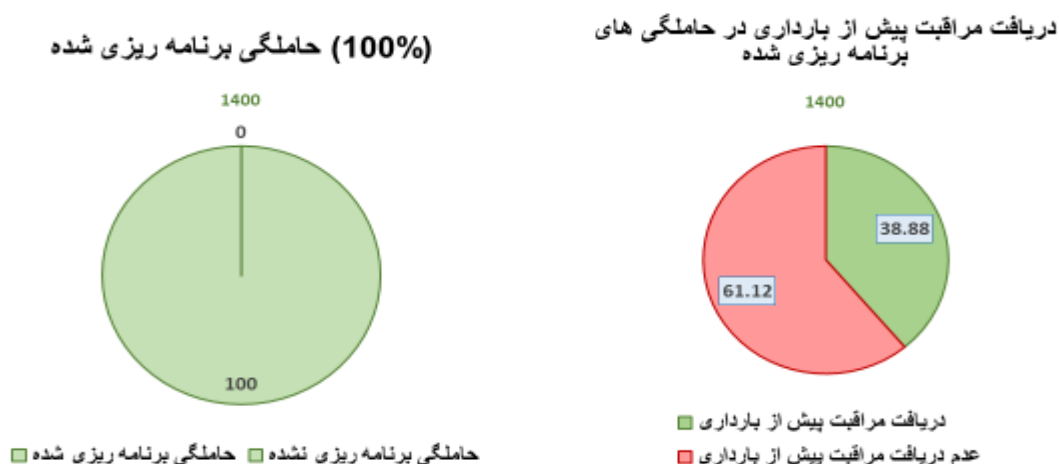
تعداد حاملگی و زایمان: در مرگ های مادری، میانگین تعداد حاملگی در مادران $1/68 \pm 2/11$ و میانگین تعداد زایمان $1/49 \pm 1/67$ بوده است. ۴۴/۴۴ درصد (۸ مورد) حاملگی ها، بارداری اول و ۵/۵۵ درصد (یک مورد) از آنها حاملگی پنجم و بالاتر بودند. بنابراین در مجموع ۵۰ درصد (۹ مورد) از نظر تعداد بارداری، پرخطر محسوب می شدند که در مقایسه با سال ۱۳۹۹ افزایش یافته است.^۴ توزیع فراوانی بارداری اول با توزیع فراوانی آن در پیمایش IMES۲ (۴۵ درصد) همخوان بوده و توزیع فراوانی بارداری پنجم و بالاتر از توزیع فراوانی آن در پیمایش

IMES^۲ (۲/۵ درصد) بالاتر است^۲. بر طبق نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران در سال ۹۴ (۲/۱ درصد) بارداری ها، بارداری پنجم و بالاتر بودند^۳. بر اساس گزارش سامانه ایمان در سال ۱۴۰۰، ۳۳/۲۳ درصد مادران زایمان کرده، بارداری اول، ۶۰/۹۸ درصد بارداری دوم تا چهارم، و ۵/۸۳ درصد بارداری پنجم و بالاتر را تجربه کرده اند. همچنین ۳۸/۸۸ درصد مادران زایمان کرده، نخست زا بوده اند.



☒ مراقبت قبل از بارداری: ۱۰۰ درصد مادران فوت شده جزو گروه هدف مراقبت قبل از بارداری بوده اند که از این تعداد ۷ مورد (۳۸/۸۸ درصد) این مراقبت را دریافت کرده بودند و ۱۱ نفر (۶۱/۱۱ درصد) مراقبت قبل از بارداری نداشتند. درصد پوشش این مراقبت در مرگ های مادری سال ۱۴۰۰ با درصد پوشش مراقبت قبل از بارداری بر اساس تحقیق استانی IMES^۲ (۳۷/۶ درصد) مطابقت دارد^۲.

وضعیت دریافت مراقبت پیش از بارداری در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان در سال ۱۴۰۰



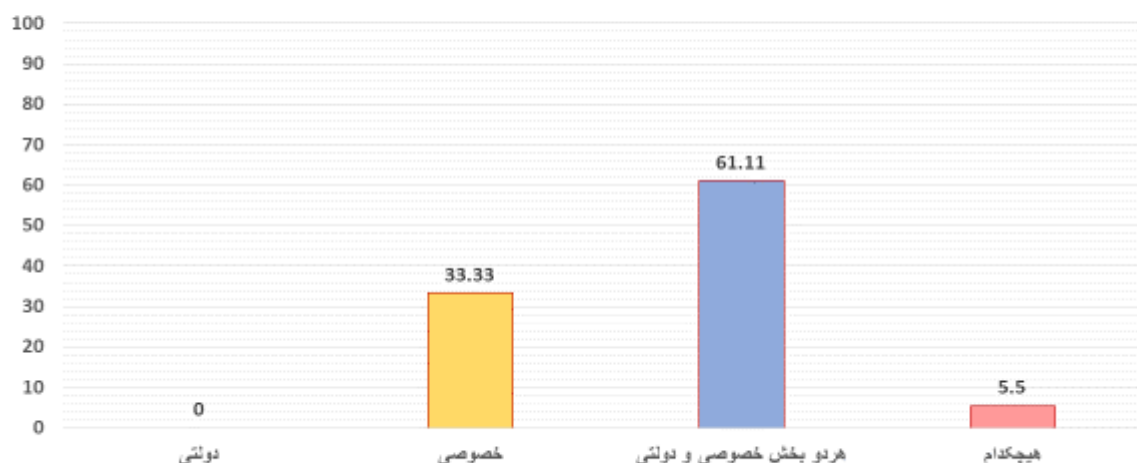
✕ **فاصله آخرین بارداری تا زایمان قبلی:** در بین مادران فوت شده ۴۴/۴۴ درصد (۸ مورد) حاملگی ها، بارداری اول خود را تجربه می کردند. در بین ۱۰ مورد باقیمانده، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال وجود نداشت. در سال ۹۹، ۱۲/۵ درصد مادران متوفی، بارداری با فاصله کمتر از دو سال از زایمان قبلی، داشتند.^۴

ج) مراقبت بارداری

✕ **وجود فاکتور خطر:** بر طبق معیارهای تعریف شده در کتاب مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ۹۴/۴ درصد (۱۷ 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 نشان می دهد که ۸۳/۳ درصد مادران حداقل دارای یک فاکتور خطر بوده اند.^۳ بر اساس معیارهای تعریف شده در سامانه ایمن، در سال ۱۴۰۰ میزان زایمان های دارای حداقل یک فاکتور خطر در هنگام بارداری و حین زایمان ۲۷/۷۵ درصد می باشد.

✕ **مراقبت دوران بارداری (Antenatal Care):** ۵/۵ درصد (یک مورد) از مادران فوت شده مراقبت دوران بارداری دریافت نکرده اند. ۹۴/۴ درصد (۱۷ مورد) از این مادران در دوران بارداری تحت مراقبت بوده اند که این میزان نسبت به سال ۹۹ (۱۰۰ درصد) کاهش داشته است. براساس نتیجه تحقیق استانی IMES^۲ ۹۹/۶ درصد مادران از حداقل یک مراقبت در دوران بارداری برخوردار می باشند.^۲ از نظر محل دریافت خدمات مراقبتی بارداری (ANC) در مادران فوت شده، نتایج نشانگر مراجعه همزمان ۶۱/۱۱ درصد (۱۱ مورد) از آنها به هر دو بخش دولتی و خصوصی و مراجعه ۳۳/۳۳ درصد (۶ مورد) از آنها صرفاً به بخش خصوصی است. در مقایسه با سال ۱۳۹۹ درصد مراجعین بارداری که مراقبت را فقط از بخش دولتی دریافت می نمودند کاهش، درصد مراجعین بارداری که مراقبت را صرفاً از بخش خصوصی دریافت نموده بودند افزایش و درصد دریافت همزمان مراقبت ها از بخش دولتی و خصوصی در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ تقریباً مشابه می باشد. 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.^۲

درصد محل دریافت مراقبت بارداری در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان در سال ۱۴۰۰



د) مراقبت حین زایمان

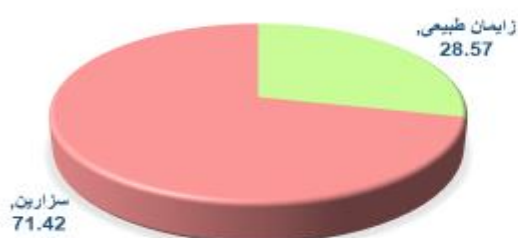
✕ **نوع زایمان:** ۱۱/۱۱ درصد (۲ مورد) از مادران فوت شده در دوران بارداری و ۸۸/۸۸ درصد (۱۶ مورد) پس از سقط/هیستروتومی/زایمان فوت نموده اند. از ۱۶ مورد ختم بارداری شده، ۲ مورد (۱۲/۵ درصد) پس از سقط و ۱۴ مورد (۸۷/۵ درصد) پس از زایمان فوت شده اند. از ۱۴ مورد زایمان، ۴ مورد (۲۸/۵۷ درصد) زایمان طبیعی و ۱۰ مورد (۷۱/۴۲ درصد) زایمان سزارین

داشته اند. براساس نتایج پایش برنامه ترویج زایمان طبیعی در سال ۱۴۰۰ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۵۸/۸۴ درصد زایمان ها به صورت سزارین انجام شده است.^۵

در موارد مرگ مادر درصد سزارین 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 باشد. بر اساس گزارش دانشگاهی سال ۱۴۰۰ سامانه ایمان، ۵۸/۴۱ درصد زایمان ها به روش سزارین و ۴۱/۵۹ درصد آن ها به روش طبیعی انجام شده است.

درصد نوع زایمان در زایمان ها و موارد مرگ مادری سال د ع پ اصفهان ۱۴۰۰

نوع زایمان در موارد مرگ مادری



نوع زایمان در سال ۱۴۰۰

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان (مقادیر به درصد)			
شاخص	سال	۱۳۹۹	۱۴۰۰
سزارین کل		۵۷.۲۴	۵۸.۸۴
سزارین نخستین		۵۶.۳۷	۶۰.۷۳
سهم سزارین تکراری از کل سزارین ها		۵۳.۷۴	۵۰.۴۷
بی دردی ایمنورال زایمان های طبیعی		۷.۳۵	۶.۸۴
	سه ماهه اول ۱۴۰۱		۵۹.۳۳
			۶۱.۲۴
			۵۱.۳
			۱.۴۳

✕ **علت مراجعه:** ۵/۵۵ درصد (۱ مورد) از مادران فوت شده به علت درد زایمان، ۵/۵۵ درصد (۱ مورد) با معرفی نامه پزشک جهت ختم بارداری و ۸۸/۸۸ درصد (۱۶ مورد) به علت بروز عارضه در بارداری یا پس از زایمان به بیمارستان مراجعه کرده بودند.

ه) مشخصات مرگ

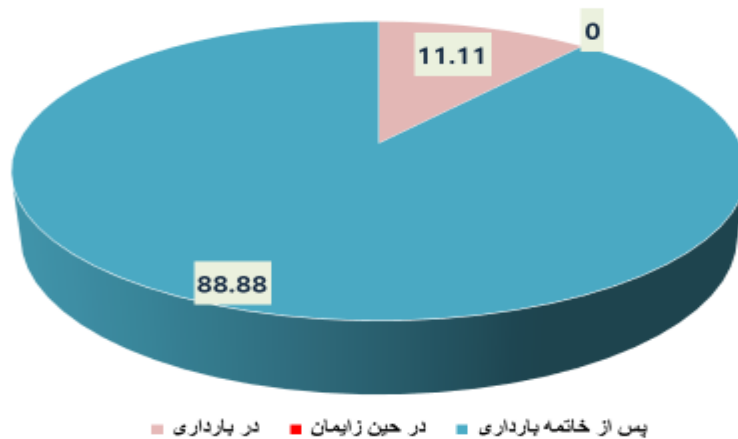
✕ **سن حاملگی در هنگام مرگ:** هیچکدام از مرگ های مادری در سه ماهه اول بارداری رخ نداده است. ۳۸/۸۸ درصد (۷ مورد) از مرگ ها در سه ماهه دوم بارداری و ۶۱/۱۱ درصد (۱۱ مورد) در سه ماهه سوم اتفاق افتاده است. بررسی مرگ مادران در سال های گذشته نیز نشانگر وقوع اکثر مرگ ها در سه ماهه سوم بارداری می باشد.

۱۱/۱۱ درصد (۲ مورد) از مادران در هنگام فوت، سن حاملگی ترم داشتند که در مقایسه با سال گذشته کاهش یافته است.^۴

بر اساس گزارش دانشگاهی سال ۱۴۰۰ سامانه ایمان، ۸۷/۱۷ درصد از زایمان های انجام شده بالاتر از ۳۷ هفته و حدود ۱۳ درصد از زایمان ها قبل از ۳۷ هفته بارداری اتفاق افتاده است.

✕ **مقطع فوت:** ۱۱/۱۱ درصد (۲ مورد) از مادران فوت شده در دوران بارداری و ۸۸/۸۸ درصد (۱۶ مورد) پس از سقط/هیستروتومی/زایمان فوت نموده اند.

درصد مقطع فوت در موارد مرگ مادری د ع پ اصفهان - سال 1400



✕ **محل فوت:** ۱۶ مورد (۸۸/۸۸ درصد) مرگ ها در بیمارستان رخ داده، ۱ مورد (۵/۵۵ درصد) در حین انتقال از بیمارستان اول به دوم و ۱ مورد (۵/۵۵ درصد) در حین انتقال به کلینیک شبانه روزی فوت شده است.

به طور کلی ۴ مورد (۲۲/۲۲ درصد) در بیمارستان فوق تخصصی در مرکز استان و ۱۲ مورد (۶۶/۶۶ درصد) در بیمارستان شهرستان و ۲ مورد (۱۱/۱۱ درصد) در مسیر انتقال به بیمارستان / کلینیک فوت شده اند.

بر اساس گزارش دانشگاهی سال ۱۴۰۰ سامانه ایمان، ۲۰/۹۶ درصد زایمان ها در بیمارستان های سطح یک، ۴۹/۱۲ درصد در بیمارستان های سطح دو و ۲۹/۹۰ درصد آن ها در بیمارستان های سطح سه انجام شده اند. میزان زایمان خارج بیمارستانی در سال ۱۴۰۰، ۰/۷۳ درصد بوده است.

✕ **علت مرگ:** ۱۵ مورد (۸۳/۳۳ درصد) به علت بیماری زمینه ای، ۱ مورد (۵/۵۵ درصد) به علت خونریزی مامایی، ۱ مورد (۵/۵۵ درصد) بدلیل اختلالات فشارخون و ۱ مورد (۵/۵۵ درصد) با علت ناشناخته فوت شده بودند.

از ۱۵ مورد مرگ به علت بیماری زمینه ای، ۱۴ مورد (۹۳/۳۳ درصد) بیماری کووید ۱۹ و ۱ مورد (۶/۶۶ درصد) به علت عوارض غیرمأمایی بوده است.

توزیع فراوانی علل مرگ مادران در د.ع.پ. اصفهان در سال ۱۴۰۰

سال ۱۴۰۰		علل مرگ
درصد	تعداد	
۵.۵	۱	خونریزی
۵.۵	۱	PIH
۰	۰	آمبولی
۰	۰	عفونت
۵.۵	۱ (چسبندگی روده)	بیماری زمینه ای غیر کووید
۹۳.۳۳	۱۴	کووید
۵.۵	۱	نامشخص
۱۰۰	۱۸	جمع

پس از مطالعه و بررسی پرسشنامه های بررسی مرگ مادر و شناسایی و تحلیل عوامل قابل اجتناب مرگ های مادری، عمده ترین موارد به شرح ذیل استخراج گردیده که کمیته کاهش مرگ و میر مادران دانشگاه پ اصفهان با طراحی، اجرا و پایش مداخلات تلاش نموده که از مرگ های مادری قابل اجتناب پیش گیری گردد: (لازم به توضیح است که برخی عوامل بطور مشترک در یک مورد مرگ مادر مشاهده می شوند)

عوامل قابل اجتناب مرگ های مادری در سال ۱۴۰۰

عامل قابل اجتناب	فراوانی	درصد
نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم	۱	۵.۵۵
عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف	۱۱	۶۱.۱۱
ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری	۳	۱۶.۶۶
عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان	۱	۵.۵۵
تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی	۱	۵.۵۵
مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های واحدهای بهداشتی	۱	۵.۵۵
عدم ارائه یا ثبت مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی	۸	۳۸.۸۸
مشکلات مربوط به ثبت صحیح خدمات در پرونده الکترونیک سلامت	۹	۵۰
فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی	۶	۳۳.۳۳
مشکلات مربوط به پی گیری مادران نیازمند مراقبت ویژه در واحدهای بهداشتی و مراکز درمانی (عدم پیگیری، پی گیری ناقص، عدم پی گیری به موقع، ...)	۶	۳۳.۳۳
تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی	۱۱	۶۱.۱۱
ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی	۲	۱۱.۱۱
عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز	۵	۲۷.۷۷
غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز	۱۴	۷۷.۷۷
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، ...)	۱۵	۸۳.۳۳
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)	۷	۳۸.۸۸
حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی	۱۱	۶۱.۱۱
تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان	۱۳	۷۲.۲۲
عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی	۱۶	۸۸.۸۸

توزیع فراوانی انواع تاخیر در مرگ های مادری سال ۱۴۰۰

نوع تاخیر	تعداد	درصد
تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده	۱۳	۷۲.۲۲
تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر	۱۳	۷۲.۲۲
تاخیر در درمان	۱۵	۸۳.۳۳

راهکارهای مداخله ای حوزه بهداشت در راستای پیشگیری از تکرار عوامل قابل اجتناب مرگ های مادری

۱- تقویت برنامه های باروری سالم

- تقویت برنامه های باروری سالم مطابق با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
- لزوم انجام پی گیری جهت مراجعه فرد به منظور دریافت خدمت مشاوره باروری سالم و فرزندآوری به صورت سالیانه

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 واحدهای بهداشتی، کلاس های حین ازدواج، کلینیک های زنان و مامایی بیمارستان ها و مطب های متخصصین زنان بخش خصوصی
- 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

- ارائه و ثبت خدمات مراقبت پیش از بارداری مطابق با بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و دستور عمل های مرتبط
- ضرورت پیگیری کلیه ارجاعیات و آزمایشات قبل از بارداری مادر تا حصول نتیجه قطعی

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)
- توجیه 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 دستور العمل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
- بررسی و کنترل دوره ای و اطمینان از کالیبراسیون تجهیزات در برنامه سلامت مادران شامل فشارسنج و ترازو
- تاکید بر انجام پی گیری های لازم در موعد مقرر بر اساس نوع پی گیری تا حصول نتیجه مورد نظر (بر اساس دستورالعمل ۲۵ استانی و دستورعمل مدیریت بارداری های نیازمند مراقبت ویژه) و ثبت در سامانه سیب

- توجه به آموزش های ضروری به مادران باردار و خانواده ایشان بویژه علایم خطر در هر بار مراجعه و یا پی گیری مادر
- 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 نیازمند مراقبت ویژه

- پی گیری کلیه ارجاعات مادران باردار به کارشناسان سلامت روان و تغذیه تا حصول نتیجه، توسط ماما/ ماما مراقب/ بهورز متعاقب تعیین تاریخ پی گیری
- الزام بر اطلاع رسانی واحدهای محیطی به کارشناس سلامت مادران ستاد شهرستان (رابط سلامت مادران حوزه بهداشت) جهت هماهنگی با رابط سلامت مادران حوزه درمان در موارد ارجاع فوری مادران به بیمارستان
- تاکید بر ارسال پسخوراند توسط سطوح تخصصی در جلسات هماهنگی بین بخشی با بیمارستان ها
- اجرای پروتکل ابلاغی رابط سلامت حوزه بهداشت و درمان به منظور ساماندهی ارجاعات مادران نیازمند مراقبت ویژه به کلینیک های زنان/ مامایی بیمارستان های ریفال 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
- موجود بودن لیست مادران نیازمند مراقبت ویژه در واحدهای محیطی و ضرورت اطلاع ستاد شهرستان از لیست مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه براساس سامانه جامع داده های سلامت و پایش مستمر مراقبت های ایشان
- ضرورت ارائه خدمات به مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه بر اساس پروتکل های ابلاغی
- تاکید بر ثبت و پی گیری هرگونه ارجاع و یا درخواست پاراکلینیک بویژه در مادران نیازمند مراقبت ویژه تا حصول نتیجه نهایی

- انجام پی گیری به موقع و حساس سازی مادر نسبت به علائم خطر در موارد ارجاع مادر به سطوح تخصصی به ویژه در موارد مبتلا/ مشکوک به کووید

۱۹

۵- اصلاح روند ثبت مستندات

- دقت در اخذ شرح حال و درج کامل و دقیق کلیه اقدامات انجام شده مطابق دستورالعمل ثبت پرونده الکترونیک
- ضرورت دقت در سنجش و ثبت اطلاعات مربوط به محاسبه BMI در مراقبت های پیش از بارداری و بارداری
- ثبت کامل بیماری ها و داروهای مصرفی مربوطه در پرونده الکترونیک مادر
- بررسی و ثبت نوع و میزان مکمل دارویی مصرفی توسط مادر در مراقبت ها
- ثبت کلیه درخواست های پاراکلینیکی و ارجاعیات در پرونده الکترونیک مادر
- ثبت نتایج موارد پاراکلینیکی در سامانه سیب و انجام اقدامات مربوطه طبق بوکلت مراقبت سلامت مادران
- تاکید بر ثبت کلیه موارد بیماری و داروهای مصرفی در سامانه سیب (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 سیب ثبت شود)
- توجه به انجام به موقع و دقیق معاینات فیزیکی مادران باردار به ویژه معاینات قلب، ریه و تیروئید توسط پزشک
- تاکید بر ضرورت آگاهی و اجرای دستورعمل های ابلاغی ثبت سامانه سیب در واحدهای ستادی و محیطی
- ضرورت انجام کلیه مراقبت های معمول 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 بویژه هنگام زایمان
- 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 انجام ویزیت پزشک حداکثر تا یک هفته پس 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 سیب بر اساس شیوه نامه ابلاغی (مکاتبه شماره ۶/۱۷۰۸/د مورخ ۹۷/۲/۲۹ مرکز بهداشت استان با شبکه ها)

۷- پی گیری راهکارهای ابلاغی در شرایط همه گیری کرونا

- تاکید بر اجرای صحیح آخرین نسخه راهنمای کشوری تشخیص و درمان بیماری کووید در بارداری- نسخه آذر ۱۴۰۰
- 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
- 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 سیب، 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 نتایج پی گیری های انجام شده جهت مادران مشکوک/ مبتلا به کووید، در پورتال اداره سلامت مادران وزارت بهداشت
- ضرورت اندازه گیری و ثبت درجه حرارت، تعداد تنفس و سطح اکسیژن خون مادر باردار برای کلیه مادران باردار در مراقبت تشخیص و درمان کووید ۱۹ توسط پزشک (توجه به نامه شماره ۱۳۳۱۴/۶/د مورخ ۹۹/۱۲/۲۵)
- پرسش و ثبت علائم حیاتی شامل تعداد تنگی نفس، افزایش تعداد تنفس، دمای بدن، اختلال هوشیاری و گیجی در پی گیری تلفنی مادران مشکوک یا مبتلا به کووید علائم
- 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)
- توجه به انجام واکسیناسیون مادر باردار/ تازه زایمان کرده بر علیه بیماری کووید ۱۹

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 بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شهریور ماه ۱۴۰۱

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- نظام نوین پایش و ارزشیابی (IMES۲). گروه سلامت جمعیت و خانواده، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ۱۳۹۰
- ۳- نظام ثبت و گزارش برنامه سلامت مادران. معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، گروه سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، واحد سلامت مادران، ۱۳۹۴
- ۴- مروری بر مرگ مادران در سال ۱۳۹۹ معاونت بهداشت، گروه سلامت جمعیت و خانواده، واحد سلامت مادران - ۱۴۰۰
- ۵- پایش برنامه ترویج زایمان طبیعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۰، معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (نامه شماره ۹۳۷۲/۴۰۰/د مورخ ۱۴۰۱/۴/۲۹)
- ۶- سامانه مادر و نوزاد (ایمان)