

وضعیت کلان

- شاخص مرگ مادر در ایران در سال ۱۴۰۳ حدود ۲۲ در صد هزار تولد زنده است؛ با وجود کاهش یک واحدی در شاخص مذکور به دلیل نوسان در بازه ۱۸ تا ۲۴ در صد هزار تولد زنده نیازمند بازنگری در سیاست گذاری در حوزه مذکور و برخی از شاخص های تاثیر گذار مبتنی بر شواهد برای دستیابی به هدف ۱۸ در صد هزار تولد زنده تا سال ۱۴۰۸ می باشیم.
- بیش از ۸۰٪ مرگ ها در بیمارستان رخ داده اند؛ این یعنی «دسترسی» به بیمارستان فراهم است اما **تاخیر در مراجعه به بیمارستان، عدم اقدام به موقع برای تشخیص و درمان و پایین بودن کیفیت مراقبت ها** همچنان چالش اصلی است.

چالش های کلیدی

۱. **عدم کیفیت مراقبت های بارداری با وجود پوشش بالا:** مادران بسیاری با وجود دریافت مراقبت های بهداشتی جان خود را از دست داده اند؛ بنابراین تمرکز باید بر آموزش مادران و ارائه دهندگان خدمت، کیفیت مراقبت، پیگیری صحیح، ارجاع به موقع و درمان بر اساس راهنماهای کشوری و یا مبتنی بر شواهد باشد.
۲. **تمرکز بر بررسی های موردی و عدم پیگیری در بلند مدت:** با وجود برگزاری کمیته های دانشگاهی، مصوبات معطوف به موارد مورد بررسی می باشد و نگاه کل نگر حاکم نمی باشد. از سویی مصوبات در بلند مدت کمتر پیگیری و اجرا می شوند.
۳. **ارتباط ناکافی حوزه های بهداشت و درمان:** مراقبت ها در حوزه بهداشت و درمان (بخش خصوص و دولتی)، بصورت موازی و با ارتباط حداقلی با یکدیگر در حال انجام است (عدم وجود پرونده پزشکی منسجم، عدم ارجاع و اعزام بموقع) که سبب کاهش کیفیت مراقبت ها و اقدامات درمانی بخصوص در موارد نیازمند مراقبت ویژه خواهد شد.
۴. **سزارین و پیامدها:** سهم سزارین اورژانسی در میان مادران فوت شده بیشتر است؛ لازم است در خصوص تصمیم گیری به هنگام برای سزارین مطابق راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان اقدام شود. با اتصال شاخص «رابسون» به پیامدها می توان از بروز عوارض زایمانی پیشگیری کرد.
۵. **بالا بودن میزان مرگ های قابل های اجتناب و مشابه:** باوجود کاهش مرگ مادر در سال های اخیر شیب کاهش مطلوب نبوده و بخش قابل توجهی از مرگ ها به موارد مشابه و قابل اجتناب اختصاص دارد.

اقدامات سیاستی پیشنهادی برای مدیران دانشگاهی

۱. **تقویت کیفیت کمیته های مرگ مادر:** کمیته های بررسی مرگ باید ظرف ۳۰ روز با حضور شخص رئیس دانشگاه/دانشکده تشکیل و عوامل ساختاری، آموزشی، مدیریتی و فرایندی را صریحاً گزارش کنند.
۲. **رصد شاخص مورثالتی:** این شاخص تصویر دقیقی از وضعیت مراقبت و درمان مادران دچار عارضه شدید و مرگ ناشی از بارداری و زایمان در دانشگاه است. برنامه ریزی برای کنترل و کاهش این شاخص تاثیر مستقیمی بر کیفیت مراقبت مادران دارد. (مادران دچار عارضه شدید باید به خوبی شناسایی و در گام بعدی در موارد قابل اجتناب از مرگ آن ها جلوگیری شود).
۳. **رصد رابطه سزارین و پیامدها:** پیشنهاد می شود دانشگاه ها شاخص های «گروه های رابسون» را با پیامدهای مادر (خونریزی، انتقال به ICU، هیستریکتومی و مرگ) پیوند دهند تا تا با تعیین سهم هر گروه مداخلات لازم مد نظر قرار گیرد.
۴. **مشارکت حداکثری معاونت های مرتبط با مرگ مادر:** انتظار می رود روسای محترم دانشگاه/دانشکده ها، ظرفیت تمامی معاونت های مرتبط از جمله معاونت توسعه، آموزش و... را در موضوع مذکور بکار گیرند و تلاش ها صرفاً متوجه معاونت های بهداشت و درمان نباشد.

پیام پایانی

برای رؤسای محترم دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی، اولویت اصلی، هدایت نظام پیگیری و کاهش مرگ مادر به یادگیری سازمانی، مدیریت کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و پاسخ گویی سازمانی باشد و نباید صرفاً شمارش موارد باشد.