راهکارهای ارتقا سلامت و کاهش مرگ و میر مادری

ده توصیه ملی

اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

1394

پیشگفتار

به منظور ارتقاء سلامت مادران، برنامه ای با عنوان نظام کشوری مراقبت مرگ مادری با هدف کاهش مرگ و میر مادران کشور در اثر عوارض بارداری و زایمان از سال 1380 در اداره سلامت مادران آغاز شده است. هدف از اجرای این برنامه شناسائی علل وعوامل موثر در مرگ مادر در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از طریق کشف سیری که هر مادر تا زمان مرگ طی کرده، شناسائی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ، طراحی مداخله به منظور حل مشکلات و جلوگیری از وقوع مرگ های مشابه است. در این نظام تعریف مرگ مادر (براساس تعاریف طبقه بندی بین المللی بیماری ها ICD/10) عبارت است از: "مرگ مادرهنگام حاملگی تا 42 روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری و یا به علت مراقبت های ارائه شده طی آن است و مرگ به علت حادثه یا تصادف را شامل نمی شود." طی 12 سال اجرای این برنامه در کشور تمامی پرونده های مرگ در کمیته های دانشگاهی بررسی و کالبد شکافی شفاهی شده است. نتایج نشان می دهد خونریزی، فشارخون بالا، بیماری های قلبی، عفونت و ترومبوآمبولی از مهم ترین علت مرگ مادران در این سال ها می باشد.

اداره سلامت مادران، بر همین اساس و به منظور پیشگیری از مرگهای قابل اجتناب مادران، به تدوین "ده توصیه ی مهم برای پیشگیری از مرگ و میر قابل اجتناب مادران اقدام نموده است. این توصیه ها بر اساس مصوبات کمیته‌های دانشگاهی و کشوری تدوین شده است و بر نحوه مدیریت و اداره تیمی و تخصصی خدمات تمرکز دارد.

لازم است متخصصین بالینی، ارائه دهندگان خدمت، سیاستگذاران، بازرسان، قضات پزشکی و دیگر ذینفعان در مراقبت های مادران، به طور کامل با این توصیه ها آشنا شده و آنرا در جلسات دانشگاهی و استانی مورد توجه قرار دهند. هم چنین ضروریست سیاستگذاران و مجریان برنامه سلامت مادران، برای اجرای صحیح و به موقع توصیه ها، برنامه ریزی دقیق انجام داده و روند اجرای آن را پایش نمایند. لازم به ذکر است اجرای برخی از این توصیه ها نیازمند اقدامات تیمی و چند گانه (multidisciplinary approach) است.

توصیه اول
تشخیص به موقع مادران ناخوش و بدحال
1.1. برای پیشگیری از تاخیر در اطلاع به آنکال و تاخیر در اقدامات مناسب لازم است ارائه دهندگان خدمت (نظیر پزشک، ماما، پرستار و بهیاران) از توانائی کافی در تشخیص حال عمومی مادر برخوردار باشند و حال عمومی نامناسب را تشخیص دهند.
1.2. استفاده از چک لیست بین المللی کنترل مادران پرخطر (MEOWS) برای کلیه خانمهای باردار و پس از زایمان اعم از بستری و سرپایی می تواند به تشخیص به موقع کمک کند.
1.3. هر مادر بارداری که قبل از زمان تعیین شده مراجعه می کند و یا برای تسکین درد به مسکن بیش از معمول نیاز دارد باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

توصیه دوم
کنترل وضعیت برون ده ادراری همه مادران پس از زایمان (طبیعی و سزارین)
2.1. برای کاهش خطاهای تشخیصی و پیشگیری از وخامت وضعیت بیمار در شرایطی نظیر خونریزی پس از زایمان و پره اکلامپسی و پیشگیری از ایجاد وضعیتهای غیرقابل کنترل از قبیل ابتلا به اختلال انعقادی داخل عروقی منتشر(DIC)، اندازه گیری حجم برون ده ادراری ضروری است.
2.2. درخواست کنترل وضعیت برون ده ادراری باید توسط متخصصین در دستورات پس از زایمان و سزارین درج گردد و در صورت وجود برون ده ادراری کمتر از 50 میلی لیتر در ساعت باید اقدام فوری انجام گیرد.

توصیه سوم
بررسی همه مادران سزارین تکراری از لحاظ چسبندگی جفت
3.1. سزارین با افزایش خطر چسبندگی جفت در بارداری های بعدی همراه است. بنا بر این ضروریست به منظور تشخیص به موقع عارضه چسبندگی جفت انجام سونوگرافی معمولی با هدف تاکید بر بررسی چسبندگی جفت برای همه مادران سزارین تکراری درخواست شده و در صورت وجود تردید، با سونوگرافی داپلر رنگی تایید شود.
3.2. مادران مبتلا به این عارضه باید به محض تشخیص به مراکز سطح سه معرفی شوند و تحت مراقبت قرار گیرند.

توصیه چهارم
فوریت تلقی شدن فشارخون سیستول مساوی و یا بیشتر از 150 میلیمتر جیوه در بارداری و پس از زایمان
4.1. تمام خانمهای باردار و پس از زایمان باید از نظر فشارخون کنترل شوند و در صورت وجود فشارخون سیستول 150 میلی متر جیوه و یا بالاتر می‌بایست اقدامات فوری بر طبق پروتکل کشوری انجام گیرد.

توصیه پنجم
ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای همه مادران
5.1. روند رو به افزایش مرگ مادران در نتیجه آمبولی باید مد نظر تمام ارائه دهندگان خدمت باشد.
5.2. همه مادران در طی بارداری، زایمان و پس از زایمان باید با استفاده از پروتوکل کشوری پیشگیری از ترومبوآمبولی از نظر خطر ابتلا به ترومبوآمبولی بررسی گردند و فرم مربوطه برایشان تکمیل گردد.

توصیه ششم
افزایش پوشش مشاوره پیش از بارداری
6.1 لازم است برای همه زنان در سنین باروری به خصوص قبل از اقدام به حاملگی "مشاوره پیش از بارداری" انجام شود. **6.2 زنان مبتلا به بیماری زمینه‌ای باید پیش از اقدام به بارداری در مورد تغییر دز داروها و کنترل بیماری زمینه ای بررسی شده و پس از اجازه پزشک اقدام به بارداری نمایند.**

توصیه هفتم
تقویت مهارت ها و آموزش ارائه دهندگان خدمت
7.1 یکی از علل مهم مرگ مادران ضعف دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمت (پزشکان متخصص، پزشکان عمومی ماماها و پرستاران و رزیدنتها) است که منجر به عدم تشخیص یا تشخیص دیر هنگام، تاخیر در اعزام، عدم گزارش به موقع به سطوح بالاتر و انجام اقدامات نامناسب می‌شود. بنابراین تمامی کارکنان باید در خصوص نحوه برخورد با فوریت های مامایی، ارزیابی بیمار و اقدامات فوری در موارد پر خطر آموزش ببینند. **7.2 این آموزش ها می بایست دوره ای و منظم به صورت حضوری و غیر حضوری با استفاده از جزوات آموزشی و چک لیست باشد.**

توصیه هشتم
هر بیمارستان باید برای چهار علت اصلی مرگ و نحوه تامین حجم و تزریق خون پروتکل مشخص داشته باشد.
در همه بیمارستان ها پروتکل برخورد با فوریتهای مامایی (از قبیل خونریزی، پره اکلامپسی و ترومبو آمبولی و عفونتها)، تزریق خون، بیماران بدحال تدوین شود. **8.2 کد فوریت مامایی در هر بیمارستان تعریف شود. اجزا این کد و مسئولیت و وظایف هر یک از پرسنل (خدمه، پرستار، پزشک اورژانس، سوپروایزر، پزشکان و ...) به هنگام فوریت های مامایی باید مشخص باشد.** **8.3 در موارد پیچیده و بیماران خیلی بدحال تیم چند تخصصی برای تعیین خط مشی درمانی و تصمیم‌گیری تشکیل گردد و اداره بیمار به صورت گروهی انجام پذیرد.** **8.4 در طی مراقبت های بارداری و مواقع اورژانس همه مادران باردار پرخطر باید توسط متخصص زنان ویزیت شوند.**

توصیه نهم
فرآیند شناسایی مادران پرخطر به طور کامل در سطح دانشگاه علوم پزشکی استقرار یابد.
9.1 واحد های مراقبت برای گروه های ویژه شامل مهاجرین، معتادان و افراد حاشیه نشین دچار فقر شدید اقتصادی (low socio economic patient) ایجاد شود.
9.2 پزشکان معین برای هر دانشگاه تعریف شود.
9.3 روند اعزام و ارجاع بیمار مشخص و نحوه اجرای آن ارزیابی گردد.
9.4 سطح بندی خدمات و روند اعزام و ارجاع بیماران طراحی گردد.
9.5 در هر بیمارستان دارای بلوک زایمان، استانداردهای تعریف شده (پرسنل، فضا، تجهیزات) اجرا شود.

توصیه دهم
گزارش دقیق موارد مرگ و تشکیل منظم کمیته‌های بررسی مرگ مادر
10.1 موارد مرگ مادر به دلیل بارداری و عوارض آن به طور کامل پیگیری شده و کمیته های دانشگاهی در اولین فرصت برگزار گردد.
10.2 علل وقوع هر مرگ به طور جداگانه و ریشه ای (با متدولوژی Root Cause Analysis) توسط اعضای کمیته مرگ مادر در سطح بیمارستان و دانشگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.
10.3 مداخلات مناسب بر اساس علل وقوع مرگ توسط اعضای کمیته در سطح بیمارستان و دانشگاه طراحی و اجرا گردد.