
ارزیابی کیفیت مراقبت ها در عوارض شـــدید بارداری و زایمان
رویکرد مادران نزدیک به مرگ
برگرفته از متون سازمان جهانی بهداشت


بسم الله الرحمن الرحيم

ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها در عوارض شدید بارداری و زایمان

رویکرد مادران نزدیک به مرگ

برگرفته از متون سازمان جهانی بهداشت

اداره سلامت مادران
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳۹۵

نویسندگان:

دکتر مهراندخت عابدینی، متخصص زنان و زایمان، اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرضیه بخشنده، کارشناس ارشد مامایی، اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر فرحناز ترکستانی، متخصص زنان و زایمان و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد و رییس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سعیده حجازی، کارشناس مامایی، اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمد اسماعیل مطلق، متخصص کودکان، عضوهیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نهضت امامی افشار، کارشناس آموزش سلامت اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سوسن رحیمی قصبه، کارشناس ارشد مامایی اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

لیلا هادیپور جهرمی، کارشناس ارشد مامایی اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

لاله رادپویان، کارشناس مامایی اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عنوان و نام پدیدآور: ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها در عوارض شدید بارداری و زایمان: رویکرد مادران نزدیک به مرگ/ برگفته از متون سازمان جهانی بهداشت؛ تألیف و ترجمه مهران‌دخت عابدینی ... [و دیگران]؛ [برای] اداره سلامت مادران، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
مشخصات نشر: تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری: ۸۰ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک: ۱-۸۶-۶۹۳۷-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا
یادداشت: تألیف و ترجمه مهران‌دخت عابدینی، مرضیه بخشنده، فرحناز ترکستانی، سعیده حجازی، محمداسماعیل مطلق.
یادداشت: واژه‌نامه.
یادداشت: کتابنامه.
موضوع: بارداری -- عوارض و عواقب -- پرستاری و مراقبت
موضوع: بارداری -- عوارض و عواقب -- پرستاری و مراقبت -- دستنامه‌ها
شناسه افزوده: عابدینی، مهراندخت، ۱۳۴۷
شناسه افزوده: سازمان جهانی بهداشت
شناسه افزوده: World Heath Organization
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. اداره سلامت مادران
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۵ ۴۳الف/RG۵۷۱
رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۳
شماره کتابشناسی ملی: ۴۱۸۸۸۲۸

ارزیابی کیفیت مراقبت‌ها در عوارض شدید بارداری و زایمان

رویکرد مادران نزدیک به مرگ

برگرفته از متون سازمان جهانی بهداشت
تألیف و ترجمه: دکتر مهران‌دخت عابدینی، مرضیه بخشنده، دکتر فرحناز ترکستانی،
سعیده حجازی، دکتر محمداسماعیل مطلق
ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ـ معاونت بهداشتی
نوبت چاپ: اول ـ ۱۳۹۵
چاپ و صحافی: مهرمتین
شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ـ اداره سلامت مادران

فهرست مطالب

فهرست جداول ۹
فهرست فرم‌ها ۹
فهرست تصاویر ۹
پیشگفتار ۱۱
مقدمه ۱۳
چکیده ۱۵
فصل اول ـ رویکرد مادران نزدیک به مرگ ۱۷
۱ـ۱. معرفی رویکرد مادران نزدیک به مرگ ۱۹
۱ـ۱ـ۱. هدف و مخاطبان ۲۰
۲ـ۱ـ۱. اصول تدوین این راهنما ۲۰
۲ـ۱. مدیریت و استقرار رویکرد ۲۲
۱ـ۲ـ۱. اصلاحات مورد استفاده در رویکرد ۲۲
۲ـ۲ـ۱. معیارهای ورود به برنامه ۲۳
۳ـ۲ـ۱. شناسایی زنان واجد شرایط ۲۴
۳ـ۱. مدیریت داده‌ها ۲۷
۱ـ۳ـ۱. گردآوری داده‌ها ۲۷
۲ـ۳ـ۱. تعداد موارد و زمان‌بندی اجرایی ۲۸
۳ـ۳ـ۱. تحلیل داده‌ها ۲۹
۴ـ۱. ملاحظات اخلاقی در جمع‌آوری داده ۲۹
۵ـ۱. اجرای رویکرد ۳۰
۶ـ۱. پیگیری پس از ارزیابی ۳۰
۷ـ۱. کاربرد نتایج ۳۲
۱ـ۷ـ۱. استفاده از رویکرد در سطوح نظام بهداشت و درمان ۳۲
۲ـ۷ـ۱. انتشار یافته‌ها ۳۳
فصل دوم ـ فرم‌ها و جداول اطلاعاتی ۳۵
فرم‌های اطلاعاتی ۳۷
فرم یک ـ آمار موارد موربیدیتی ۳۷
فرم دو ـ آمار علل شرایط تهدیدکننده حیات و پیامدهای شدید مادری ۳۷

فرم سه ـ آمار پیامد بارداری و پایان بارداری ۳۷
فرم چهار ـ شاخص‌های پیامد شدید مادری و مرگ مادر ۳۷
فرم پنج ـ آمار استفاده از بخش مراقبت ویژه ۳۸
فرم شش ـ استخراج شاخص‌ها ۳۹
فرم ۱. آمار موارد موربیدیتی ۴۰
فرم ۲. آمار علل شرایط تهدیدکننده حیات و پیامدهای شدید مادری ۴۱
فرم ۳. آمار پیامد بارداری و پایان بارداری ۴۲
فرم ۴. شاخص‌های پیامد شدید مادری و مرگ مادر ۴۲
فرم ۵. آمار استفاده از بخش مراقبت ویژه ۴۳
فرم ۶. استخراج شاخص‌های موربیدیتی ۴۶
فصل سوم ـ روند اجرای نظام مراقبت مادران نزدیک به مرگ ۴۵
۱ـ۳. اهداف "نظام مراقبت مادران نزدیک به مرگ" ۴۷
۲ـ۳. مفاهیم کاربردی ۴۷
۳ـ۳. مراحل فرآیند ۵۱
الف ـ شناسایی مورد مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان ۵۱
ب ـ تشکیل تیم فوریت‌های مامایی ۵۱
ج ـ ارسال گزارش فوری ۵۱
د ـ ثبت اطلاعات در فرم کاغذی مادران نزدیک به مرگ ۵۱
ه ـ طرح موارد مادران نزدیک به مرگ در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان ۵۱
و ـ ثبت اطلاعات در فرم تحت وب عوارض شدید بارداری و زایمان ۵۱
ز ـ تکمیل فرم‌های آماری هر سه ماه یکبار ۵۱
ح ـ ارسال گزارش تحلیلی شش ماهه ۵۲
۴ـ۳. پایش و ارزشیابی برنامه ۵۲
۱ـ۴ـ۳. پایش و ارزشیابی برنامه در سطح بیمارستان ۵۲
۲ـ۴ـ۳. پایش و ارزشیابی برنامه در سطح دانشگاه ۵۲
۵ـ۳. تدوین راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های بیمارستانی ۵۵
۱ـ۵ـ۳. راهنماهای بالینی ۵۵
۲ـ۵ـ۳. دستورالعمل‌های بیمارستانی ۵۵
الزامات تدوین یک پروتکل بیمارستانی ۵۶
پیوست‌ها
پیوست یک: فرم بررسی مادران نزدیک به مرگ ۶۱
پیوست دو: راهنمای تکمیل فرم ۶۵
پیوست سه: راهنمای دسترسی به فرم گزارش فوری عوارض شدید بارداری و زایمان بر روی سامانه ایمان ۷۱
پیوست چهارم: راهنمای دستری به فرم ۷۴
فهرست منابع ۷۹

فهرست جداول

جدول ۱. معیارهای ورود به برنامه به منظور ارزیابی پایه‌ای کیفیت مراقبت ۲۵
جدول ۲. پیامدهای شدید مادری ۲۶
جدول ۳. تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط و تعداد مورد انتظار زنان با پیامد شدید مادری ۲۹
جدول ۴. شاخص‌های مادران نزدیک به مرگ ۳۱
جدول ۵. نمونه چک لیست که در تدوین پروتکل باید در نظر داشت ۵۶
جدول ۶. نمونه موضوعاتی که باید در تدوین دستورالعمل در نظر گرفت ۵۸

فهرست تصاویر

شکل ۱. چارچوب مفهومی رویکرد مادران نزدیک به مرگ ۲۰
شکل ۲. چرخه رویکرد مادران نزدیک به مرگ ۲۲
شکل ۳. فرآیند مراقبت موارد مادران نزدیک به مرگ در بیمارستان‌ها ۵۳
شکل ۴. گردش کار ۵۴
شکل ۵. فرآیند تدوین پروتکل بیمارستانی ۵۸
شکل ۶. ارزیابی شان پارچه‌ای (a) ۶۸
شکل ۷. ارزیابی شان پلاستیکی مدرج ۶۸

پیشگفتار

کاهش مرگ و میر مادری یکی از مهمترین اهداف توسعه هزاره است. بر اساس این اهداف میزان مرگ و میر مادر می‌بایست تا سال ۲۰۳۰ به میزان دو سوم آن در سال ۲۰۱۰ کاهش داده شود و بنابراین انتظار می‌رود شاخص مرگ مادر در کشور ما به زیر ۱۰ در یکصد هزار تولد زنده برسد. این موضوع بر لزوم ایجاد یک مکانیسم مناسب برای تشخیص مشکلات سیستم درمانی و ارزیابی کیفیت خدمات درمانی و نیز مراقبت‌های مادران باردار تاکید می‌کند. ایجاد چنین نظامی کمک می‌کند تا در این حیطه و در سطوح مختلف مراقبتی و مدیریتی اصلاحات مناسب صورت پذیرد.

برنامه‌ای که اداره مادران این دفتر به منظور ایجاد این رویکرد در بیمارستانهای کشور طراحی کرده است با شناسایی مادرانی که مبتلا به عوارض شدید بارداری شده‌اند و یا به دلیلی مداخلات حیاتی ویژه‌ای برایشان انجام شده است آغاز شده و با ارسال گزارش فوری و گزارش تفضیلی موارد مادران نزدیک به مرگ امکان پیگیری و طرح موارد را در کمیته‌های مرگ و میر بیمارستان‌ها فراهم می‌نماید و در نهایت این کمیته‌ها موظف خواهند بود موارد را به بحث و تبادل نظر گذاشته و با هدف بهبود مراقبت‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند.

قطعاً اجرای این رویکرد نیازمند همکاری همه جانبه واحدهای مختلف وزارت در حوزه های بهداشت، درمان، آموزش و تحقیقات خصوصاً دفترتعالی خدمات بیمارستانی، اداره کل نظارت بر درمان، دفتر ارزیابی فن‌آوری، تدوین استانداردها و تعرفه سلامت می‌باشد تا فرصت بهبود کیفیت مراقبت از مادران باردار و زایمان کرده را بیش از پیش فراهم نموده و کاهش مرگ و میر مادری و ارتقای سلامت مادران این کشور را موجب گردد.

دکتر محمداسماعیل مطلق
مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور

مقدمه

بر اساس شواهد علمی، بررسی موارد موربیدیتی‌های شدید دوران بارداری و زایمان با "رویکرد مادران نزدیک به مرگ" یکی از رویکردهای بهبود شاخص مرگ و میر مادری در کشورها است و جمع‌آوری اطلاعات در این زمینه به عنوان روشی اثر بخش در ارزیابی، نظارت و نهایتا بهبود کیفیت ارائه خدمات درمانی در حیطه سلامت مادران و زایمان ایمن کاربرد خواهد داشت.

"رویکرد مادران نزدیک به مرگ" مکملی برای نظام مراقبت مرگ مادر است که مزایای زیادی را برای نظامهای سلامت ایجاد می‌کند که از آن جمله میتوان به موارد زیر اشاره نمود.

- امکان ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی
- امکان مقایسه اطلاعات در سطوح و زمانهای مختلف و حتی کشورهای مختلف
- ثبت تمام شرایط تهدید کننده حیات در هر دو مورد مرگ مادران و "مادران نزدیک به مرگ"
- تعیین شیوع و الگوی موارد مرگ و نزدیک به مرگ در منطقه، ضعفها و قوتها در سیستم ارجاع و استفاده از مداخلات کلینیکی ضروری
- تاکید بر لزوم استفاده از گایدلاینها و ضرورت تدوین پروتکل مخصوص هر بیمارستان

این کتاب که برگرفته از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، اصول مبانی کیفیت خدمات و نتایج پروژه های آزمایشی در کشور می‌باشد و به منظور بهبود کیفیت مراقبت های ارائه شده به مادران مبتلا به عوارض شدید دوران بارداری و زایمان و نیز به عنوان راهنمایی برای استقرار نظام مراقبت مادران نزدیک به مرگ تدوین شده است.

بدیهی است استقرار بهینه این نظام، مستلزم تلاش و آموزش کارکنان در سطوح مختلف ستادی و محیطی می‌باشد. دشواری برخی مفاهیم و مشکلات احتمالی به هنگام اجرای رویکرد نیازمند صبر و صرف زمان مناسب برای استقرار نظام می‌باشد. برگزاری کارگاه‌ها و جلسات هم اندیشی ضروری است.

هر چند جمع‌آوری دقیق داده‌های با کیفیت همواره مد نظر است اما هدف اصلی این رویکرد استفاده بهینه از اطلاعات به منظور طراحی مداخلات برای بهبود مراقبت‌ها و ارتقا سلامت مادران می‌باشد.

امید است کاربرد این کتاب گام موثری در جهت ارتقا سلامت مادران این مرز و بوم باشد و نظرات و پیشنهادهای کارشناسان و مدیران سیستم بهداشتی و درمانی کشور موجبات تکمیل کتاب را در چاپ های بعدی فراهم آورد.

دکتر فرحناز ترکستانی

رئیس اداره مادران

چکیده

در تمام دنیا زنان مبتلا به عوارض شدید دوران بارداری با عوامل پاتولوژیک و محیطی مشابهی مواجه می‌شوند. در حالیکه بعضی می‌میرند دسته ای دیگر نجات میابند. با ارزیابی فرآیندهایی که منجر به عوارض شدید و یا مرگ ناشی از عوارض بارداری شده است می‌توان یادگیری بهتری در مورد روند وقوع علت آنها به دست آورد.

راهنمای پیش رو برای ارائه‌دهندگان خدمت، مدیران و برنامه‌ریزانی که در سیستم بهداشتی و یا درمانی مسوول بهبودکیفیت ارائه خدمات هستند تهیه شده است. این راهنما نحوه رویارویی، نظارت و پایش اجرای مداخلات حیاتی در سلامت مادران را با استفاده از توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت معرفی می‌کند. هم چنین روند سیستماتیک و نظام‌مندی را برای ارزیابی کیفیت ارائه خدمت پیشنهاد می‌دهد. رویکردی که سازمان جهانی بهداشت برای کاهش موارد "مادران نزدیک به مرگ" (Nearmiss) پیشنهاد می‌کند دارای یک چرخه سه مرحله ای می‌باشد:

۱. ارزیابی مبانی و ساختارها
۲. آنالیز وضعیت
۳. مداخلات برای بهبود ارائه خدمت

ارزیابی مبانی و ساختارها رویکرد مذکور برای کلیه سطوح درمانی موجود در دانشگاه‌ها و سطح کشور قابل انجام است.

شناسایی زنان واجد شرایط کلید موفقیت در اجرای این رویکرد است. به منظور اطمینان از شناسایی همه زنان واجد شرایط و ورود آنها به برنامه ارزیابی، برای انواع مراکز ارائه خدمت (شامل بیمارستان، مطب، تسهیلات زایمانی و ...)، تیم اجرایی باید برنامه کامل و دقیقی داشته باشد.

اطلاعات از پرونده بیماران استخراج می‌شود و شامل زمان وقوع، عوارض بارداری، نتیجه عوارض، استفاده از مداخلات حیاتی و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد.

نتایج اجرای رویکرد "مادران نزدیک به مرگ[1]" اطلاعاتی را در اختیار سیاستگذاران میگذارد تا در زمینه بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت مادران در همه سطوح اقدام کنند. این نتایج شامل شیوع و الگوی مرگ مادر و مادران نزدیک به مرگ در منطقه، ضعف‌ها و قوت‌ها در سیستم ارجاع و استفاده از مداخلات کلینیکی و ... می‌باشد.

به منظور ارزیابی کیفیت خدمات مادران در یک منطقه باید همه مراکزی که خانم‌ها را به دلیل زایمان و یا عوارض بارداری بستری می‌کنند ارزیابی شوند.

1. Near Miss approach

در این راهنما روند ارزیابی برای مراکز ارائه خدمت در سطح دو و سه توضیح داده شده است. توصیه می‌شود که رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" در سه مرحله یاد شده به منظور بهبود ارائه خدمت به مادران به طور مداوم هدایت گردد.

این رویکرد استاندارد به منظور ارزیابی کیفیت ارائه خدمات طراحی شده و امکان مقایسه اطلاعات در سطوح و زمانهای مختلف و حتی کشورهای مختلف را ایجاد می‌کند. اطلاعات به دست آمده در جلب مشارکت سیاستگذاران و متخصصین و انجمن‌های شهری بسیار ارزشمند بوده و می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود کیفیت خدمات به زنان باردار داشته باشد. نشر داده‌های با کیفیت مناسب می‌تواند به جذب بودجه از سازمان‌های بین‌المللی منجر شود. سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌ها می‌توانند از این اطلاعات در مطالعات سیستماتیک استفاده نموده و تصویر جهانی بهتری از نیازهای حوزه مراقبت‌های مادری و موضوعات مشابه در اختیار گذارند.

این مجموعه شامل راهنمای نحوه تکمیل فرم و ورود داده‌ها در سامانه و حاوی توضیحات کاملی از تمام مراحل کار برای آموزش کارکنان درگیر در برنامه است و هم چنین به منظور تعیین نحوه استفاده از پروتکل‌های بیمارستانی، دستورالعمل‌های عملیاتی، واژه‌نامه، شناسایی افراد واجد شرایط، نقش بخش‌های ویژه و چگونگی بازیابی اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌ها و کارکنان بیمارستانی تهیه گردیده است. این راهنما در انتهای این مجموعه قابل دسترسی است.

فصل اول

رویکرد مادران نزدیک به مرگ

۱,۱. معرفی رویکرد مادران نزدیک به مرگ[1]

در اغلب کشورها دستیابی به اهداف توسعه جهانی در راستای کاهش مرگ مادران با سرعت کمی پیش می‌رود. به همین دلیل نیاز به راهکارهای جهانی وجود دارد (۱). در این مورد سازمان جهانی بهداشت توصیه نموده که زایمان توسط فرد دوره دیده انجام شود تا امکان بهره‌مندی از مداخلات موثر برای پیشگیری و مدیریت عوارض طی زایمان فراهم شود(۲).

این موضوع سبب شده است تا اکثر کشورها به دنبال اتخاذ سیاست‌هایی باشند تا تعداد بیشتری از مادران در تسهیلات زایمانی یا بیمارستان‌ها زایمان کنند. با این حال فقدان منابع مالی و نیروی متخصص و ماهر در کشورهای با منابع متوسط و پایین، موجب هجوم مراجعات به تعداد محدودی از مراکز زایمانی شده که البته این امر چالشی است که می‌تواند به‌طور جدی بر کیفیت خدمات تاثیر منفی بگذارد. به همین دلیل در این کشورها، در کوتاه مدت و میان مدت، دسترسی به خدمات مناسب بارداری و زایمان هنوز هم برای کلیه زایمان‌ها دست یافتنی نیست. در نتیجه تامین مراقبت‌های اثربخش و کاهش در تاخیرها، نیاز به رویکردی عملی‌تر و هزینه اثربخش تر دارد(۳).

مادرانی که به سمت موربیدیتی‌های بسیار شدید پیش میروند در تمام مراکز فاکتورهای محیطی و پاتولوژیک مشابهی را تجربه می‌کنند. در حالیکه بعضی از این بیماران به سمت مرگ سیر می‌کنند گروه دیگر از مرگ نجات می یابند. با ارزیابی هر دو گروه، می‌توان از اقدامات اتفاق افتاده و یا فقدان مداخلات ضروری برای مقابله با این موربیدیتی‌ها درس گرفت (۴-۶). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷، کارگروه فنی متشکل از متخصصین زنان، ماماها، اپیدمیولوژیست‌ها و متخصصین مراقبت‌های بهداشتی را گرد هم آورد. این کارگروه وظیفه داشتند تا تعاریف استاندارد و معیارهای تشخیصی یکسانی را برای "مادران نزدیک به مرگ" تدوین کنند و با ایجاد توازن معقولی بین اطلاعات قابل استفاده و بار اطلاعات جمع‌آوری شده، صرفاً بررسی موارد موربیدیتی بسیار شدید مانند اختلال کارکرد ارگان‌ها را مورد هدف قرار داد.

کارگروه فنی معیارهای تشخیص "مادران نزدیک به مرگ" را تعیین نمود و اعتباربخشی[2] آن را به منظور فراهم نمودن اطلاعات دقیق و قابل اعتماد به عهده گرفت. پیشرفت‌های حاصله و اطلاعات جمع‌آوری شده و با جزییات کامل و به طور وسیع منتشر شد(۷-۸). این گروه فنی اطلاعاتی را در زمینه دسترسی به موقع و کاهش تاخیر در دریافت خدمات و یا ارجاع بیمار تنظیم کردند و برای ارزیابی کیفیت ارائه خدمت، نحوه عملکرد مراکز مختلف و موفقیت سیستم بهداشتی شاخص‌هایی را تعیین کردند(۷). این شاخص‌ها بر اساس ممیزی بالینی و

1. Near Miss approach
2. validity

معیارهای تشخیصی تدوین گردید(۹) و هدف از آن شناسایی خلاءهای موجود بین مداخلات ضروری و مداخلات انجام یافته در پیشگیری، مدیریت و کنترل موربیدیتی‌های شدید مادری است.

۱،۱،۱. هدف و مخاطبان

این راهنما برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، مدیران برنامه و سیاستگذارانی که مسوولیت بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت مادران را در سطوح مختلف سیستم بهداشتی بر عهده دارند تهیه گردیده است و برای نحوه مدیریت، شیوه نظارت و روش استقرار انواع مداخلات حیاتی، استانداردهای لازم را ارائه می‌دهد.

نتایج استقرار رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" در سیستم بهداشتی عبارتند از:

- تعیین میزان شیوع عوارض شدید مادری و مرگ و میر مادری
- ارزیابی عملکرد سیستم ارائه خدمت در سطوح مختلف
- تعیین شیوع میزان استفاده از مداخلات کلیدی در برخورد با عوارض شدید بارداری و زایمان
- افزایش آگاهی و اقدام به موقع در ارائه‌دهندگان خدمت

۱،۱،۲. اصول تدوین این راهنما

همانگونه که گفته شد در این رویکرد، ممیزی بالینی با محوریت معیارها[1] صورت می‌پذیرد، این راهنما بر اساس سهولت کاربرد، هزینه اثربخشی و نتایج عملی تدوین شده است.

در تدوین این راهنما فرض بر این است که در تمامی موارد مرگ حداقل یک وضعیت تهدید کننده حیات (اختلال عملکرد ارگان) وجود دارد. این موارد معمولا شامل افرادیست که دارای یک یا چند شرایط تهدید کننده حیات مرتبط به عوارض بارداری و زایمان (نظیر خونریزی شدید پس از زایمان، پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، سپسیس یا پارگی رحم) هستند و یا مداخلات حیاتی نظیر انتقال خون، لاپاراتومی و یا خدمات بخش مراقبت‌های ویژه را دریافت نموده‌اند. هم چنین، این رویکرد ابزار مفیدی برای سنجش کیفیت ارائه خدمت میباشد.

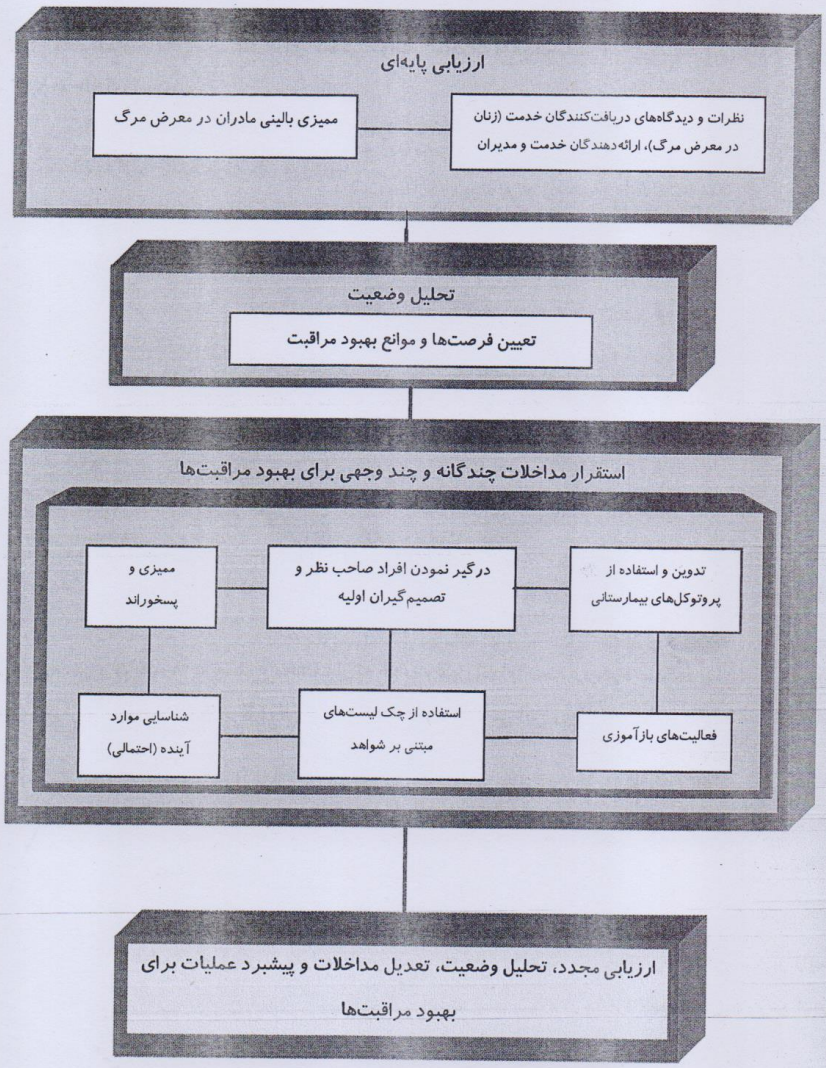
متغیرهایی که بر روی کیفیت ارائه خدمت تاثیر گذارند به طور آگاهانه انتخاب شده اند. از آنجا که جمع‌آوری متغیرهای زیاد، بر کیفیت اطلاعات جمع‌آوری شده تاثیر منفی دارد، کارگروه سازمان جهانی بهداشت به این نتیجه رسید که برخی از متغیرهای که به طور سنتی از قدیم جمع‌آوری می‌شدند (مانند فاکتورهای دموگرافیک، اجتماعی و اپیدمیولوژیک سن و پاریتی) برای ارزیابی کیفیت خدمات مناسب نیستند. با این وجود کارگروه معتقد است که باید به جامعیت اطلاعات توجه شود و متغیرها به طور دقیق و بر حسب نیازهای منطقه‌ای تعیین شوند. به عنوان مثال اگر کیفیت ارائه خدمات در مراکز درمانی مد نظر است و بیش از بیست درصد زایمان‌ها خارج بیمارستانی است به منظور حفظ اصل جامعیت، باید اطلاعات مربوط به این دسته از زایمان‌ها را نیز گردآوری نمود.

هدف غایی از اجرای رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" بهبود خدمات بالینی و کاهش مرگ و میر قابل اجتناب است و این مهم از طریق به کارگیری عملکرد مبتنی بر شواهد و استفاده از بهترین تجارب و اقدامات[2] قابل دستیابی است.

---

1. criterion-based clinical audit
2. best practice

شکل ۱. چارچوب مفهومی رویکرد مادران نزدیک به مرگ



۱,۲. مدیریت و استقرار رویکرد

رویکردی که سازمان جهانی بهداشت برای کاهش موارد " مادران نزدیک به مرگ "پیشنهاد می‌کند دارای یک چرخه سه مرحله ای است:

۱. ارزیابی مبانی و ساختارها: عبارت است از بررسی و تحلیل امکانات، منابع انسانی، مالی، زیرساختی و فرایند است که نحوه ارائه خدمت را شکل می دهند.

۲. تجزیه و تحلیل وضعیت: بررسی موربیدیتی‌های ایجاد شده و تعیین علل و ریشه‌های موثر بر ایجاد آن.

۳. مداخلات برای بهبود ارائه خدمت: تعیین راه حل‌ها و ایجاد تعامل مناسب برای پیشگیری از تکرار موا مشابه



شکل ۲. چرخه رویکرد مادران نزدیک به مرگ

ارزیابی مبانی و ساختارها در سطوح مختلف ارائه خدمت قابل انجام است. رویکرد مذکور برای کلیه سط درمانی موجود در دانشگاه و کشور قابل انجام است. چارچوب مفهومی این رویکرد در تصویر دو نشان داده ش است.

۱,۲,۱. اصطلاحات مورد استفاده در رویکرد

در این قسمت تعاریف کاربردی مربوط به رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" ارائه می‌شود.

عوارض شدید مادری[1]

عوارض شدید مادری طیف گسترده‌ای از شرایط بالینی است که مادر را حین بارداری، زایمان و پس از زایم تهدید می‌کند و شامل "شرایط بالقوه تهدید کننده زندگی" است. پنج مورد از موارد تهدید کننده زندگی، عنوان معیارهای ورود به برنامه، شامل موارد زیر است(۷):

- خونریزی شدید پس از زایمان
- پره اکلامپسی شدید
- اکلامپسی
- سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید
- پارگی رحم

---

[1] Severe maternal complications

برخی بیماری‌ها و شرایطی که به عنوان بخشی از زنجیره‌ی حوادث منجر به نتایج مادری مطرح نیستند ولی بر سرانجام مادری[1] تاثیر می‌گذارند به عنوان موارد مرتبط و یا کمک کننده در نظر گرفته می شوند(۱۱). این موارد در بخش ۴،۱،۲ بیشتر توضیح داده شده است.

پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه

بخش مراقبت‌های ویژه بخشی است که امکان مراقبت‌های پزشکی و پرستاری ۲۴ ساعته، تهویه مکانیکی و مداخلات مشابه مانند استفاده از داروهای وازواکتیو را فراهم می‌کند.

مرگ مادر

مرگ یک زن در دوران بارداری و یا در زمان ۴۲ روز پس از ختم بارداری صرف نظر از مدت زمان و محل بارداری، با هر علت مرتبط با بارداری و یا مربوط به عواملی که در حین بارداری تشدید می‌شود و یا مربوط به اداره فرآیند بارداری و زایمان می‌باشد به عنوان مرگ مادر تعریف می‌شود. مرگ‌هایی که به علت تصادف یا اتفاقات رخ می‌دهد در این گروه قرار نمی‌گیرند (۱۲).

مادران نزدیک به مرگ

به عوارض شدید دوران بارداری، زایمان و یا تا ۴۲ روز پس از زایمان که مادر را تا پای مرگ برده ولی از آن موربیدیتی یا عارضه نجات یافته اطلاق می‌شود(۷،۱۱). در عمل به زنانی گفته می‌شود که از عوامل تهدیدکننده حیات (به عنوان مثال نارسائی ارگان)، جان به در برده‌اند.

پیامد شدید مادری

مجموع موارد "مادران نزدیک به مرگ" و مرگ مادری را شامل می‌شود.

شاخص‌های فرآیندی

شامل شاخص‌های ارزیابی فرآیندهای مربوط به مراقبت بیماران است که استفاده از مداخلات کلیدی را برای پیشگیری و مدیریت عوارض شدید ارزشیابی می‌کنند. این شاخص‌ها، اطلاعات مبتنی بر شواهد را برای نحوه‌ی اجرای مداخلات لازم فراهم می‌نمایند.

واحدهای دیده‌بان[2]

واحدهای دیده بان به واحدهای کلیدی فراهم‌کننده مراقبت‌های مهم برای مادران با عوارض شدید بارداری اشاره دارد و شامل بخش‌هایی است که به احتمال زیاد به زنان مبتلا به عوارض شدید بارداری، زایمان یا پس از زایمان خدمت ارائه می‌دهند (برای مثال بخش مادران پرخطر، اتاق زایمان، بخش مراقبت‌های ویژه، ریکاوری، اتاق عمل، اورژانس، بانک خون، بخش مراقبت پس از زایمان و غیره).

۱،۲،۲. معیارهای ورود به برنامه

اولین گام در اجرای فرآیند، شناسایی سیستماتیک زنان مبتلا به عوارض شدید دوران بارداری و زایمان و جمع‌آوری داده‌هایی است که می‌توانند به تولید اطلاعات معنادار و دانش در مورد زنان مبتلا به عوارض شدید مرتبط با بارداری منجر شوند. معیارهای ورود به برنامه در جدول زیر آمده است.

---

1. Maternal outcome
2. Sentinel units

۱،۲،۳. شناسایی زنان واجد شرایط

برنامه‌ریزی برای حصول اطمینان از شناسایی تمام زنان واجد شرایط برای اجرای این رویکرد حیاتی است. برای اطمینان از اینکه کلیه زنان واجد شرایط مورد شناسایی و ارزیابی قرار گرفته‌اند لازم است تیم اجرائی بر اساس نوع و ویژگی امکانات و منابع مورد نیاز برنامه کامل و مناسبی[1] داشته باشد. در مراکز مراقبت سطح یک و واحدهای کوچک ارائه خدمت، کارکنان باید از طریق اطلاعیه‌هایی در مورد موربیدیتی‌های شدید به شناسایی زنان واجد شرایط حساس شوند. در این راستا استفاده از یادآورها (مانند چک لیست‌های پرونده پزشکی) و چارتهای دیواری (حاوی اطلاعات و معیارهای ورود به برنامه) مفید است.

در مراکز سطح دو و سه شناسایی تمام زنان واجد شرایط، از طریق سرکشی مداوم (ترجیحا روزانه) از بخش زنان و زایمان، اتاق زایمان، اتاق‌های اورژانس و دیگر واحدهای دیده بان (برای مثال واحد مراقبت‌های ویژه) توسط اعضای تیم یا دیگر افراد مسئول انجام شود. کارکنانی که در بخش‌های مرتبط کار می‌کنند باید به طور مناسب آموزش دیده باشند و به موضوع حساس شوند. برای مثال می‌توان از طریق بحث فردی و گروهی، یادآورها و چارت‌های دیواری استفاده کرد. در این راستا، باید توسط فوکال پوینت‌ها (مسوولین ثبت اطلاعات عوارض شدید بارداری) لیستی از افرادی که می‌توانند زنان واجد شرایط را شناسایی نمایند تهیه گردد. حتی در سردخانه‌های بیمارستان‌های بزرگ، همه زنان فوت شده که در سنین باروری هستند باید مورد توجه قرار بگیرند. این کار می‌تواند به تشخیص موارد مرگ مادر که در سایر بخش‌ها (به جز بخش زنان و زایمان) رخ داده است کمک کند.

1. Sound Plan

جدول ۱. پیامدهای شدید مادری

خونریزی شدید پس از زایمان	خونریزی واژینال بعد از زایمان با حداقل یکی از موارد : خونریزی غیرطبیعی به میزان ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر،یا هر میزان خونریزی با افت فشارخون یا انتقال خون
پره اکلامپسی شدید	فشارخون سیستولیک مداوم بیش از ۱۶۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا فشار خون دیاستولیک ۱۱۰ میلی متر جیوه. پروتئینوری ۵ گرم یا بیشتر در ۲۴ ساعت. الیگوری کمتر از ۴۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت. و سندرم HELLP و یا ادم ریوی. به غیر از اکلامپسی
اکلامپسی	تشنج در یک بیمار بدون سابقه صرع. کما در پره اکلامپسی
عفونت شدید سیستمیک و یا سپسیس	وجود تب (درجه حرارت بدن بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد)، عفونت تایید شده یا مشکوک به عفونت (به عنوان مثال کوریوآمنیونیت، سقط عفونی، اندومتریت، پنومونی)، و حداقل یکی از موارد ضربان قلب بیش از ۹۰، تعداد تنفس کمتر از ۲۰، لکوپنی (کاهش گلبولهای سفید خون کمتر از ۴۰۰۰)، لکوسیتوز (گلبول‌های سفید بیش از ۱۲۰۰۰
پارگی رحم	پارگی رحم در حین لیبر که با لاپاراتومی به تایید رسیده باشد.

نوع عارضه		مراقبت‌های استاندارد	شاخص‌های فرآیندی
خونریزی پس از زایمان	پیشگیری	برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان همزمان با خروج سر نوزاد باید برای همه زنان ۱۰ واحد اکسی توسین استفاده شود	تعداد زنانی که تک دز اکسی توسین را برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان دریافت می‌کنند تقسیم بر زنان زایمان کرده (اعم از سزارین یا زایمان طبیعی)
	درمان	همه زنان پس از زایمان باید داروهای یوتروتونیک دریافت کنند.	تعداد زنانی که داروهای یوتروتونیک را برای درمان خونریزی پس از زایمان دریافت می‌کنند تقسیم بر زنانی که خونریزی پس اززایمان داشته اند.
اکلامپسی		همه زنان با اکلامپسی باید سولفات منیزیوم دریافت کنند.	تعداد زنان مبتلا به اکلامپسی که سولفات دریافت کرده‌اند نسبت به زنانی که مبتلا به اکلامپسی بوده اند.
عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس	پیشگیری	همه زنانی که سزارین می‌شوند باید آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کنند	تعداد زنانی که سزارین داشته و آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کرده‌اند تقسیم بر کل زنانی که سزارین شده اند.
	درمان	همه زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس باید آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کنند.	تعداد زنان مبتلا به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس که آنتی بیوتیک داخل وریدی دریافت کرده‌اند تقسیم بر کل زنان مبتلا شده به عفونت سیستمیک شدید یا سپسیس
بلوغ ریوی جنین		همه زنانی که زایمان پره ترم دارند باید برای بلوغ ریه جنین کورتیکوستروییید دریافت کنند.	تعداد زنانی که زایمان پره ترم دارند و کورتیکوستروییید دریافت کرده‌اند تقسیم بر کل زنانی که زایمان پره ترم دارند.

جدول ۲. معیارهای ورود به برنامه به منظور ارزیابی پایه‌ای کیفیت مراقبت

عوارض شدید مادری	مداخلات حیاتی/ بستری در بخش مراقبت‌های ویژه
• خونریزی شدید پس از زایمان • پره اکلامپسی شدید • اکلامپسی • سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید • پارگی رحم • عوارض شدید سقط، حاملگی خارج از رحم/ مول	• پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) • مداخلات رادیولوژی • لاپاراتومی (مانند هیسترکتومی و به جز سزارین) • استفاده از فرآورده‌های خونی

شرایط تهدیدکننده حیات در "مادران نزدیک به مرگ"

- **اختلال قلبی عروقی:** شوک، ایست قلبی (عدم وجود نبض/ ضربان قلب و از دست دادن هوشیاری)، استفاده مستمر از داروهای وازواکتیو، احیای قلبی و عروقی، کاهش شدید خونرسانی بافتی (لاکتات بیشتر از ۵ میلی مول در لیتر و یا بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر)، اسیدوز شدید (PH کمتر از ۷,۱)
- **اختلال عملکرد تنفسی:** سیانوز حاد، تنگی نفس، تاکی‌پنه شدید (بیش از ۴۰ تنفس در دقیقه)، برادی‌پنه شدید (کمتر از ۶ تنفس در دقیقه)، لوله گذاری و ونتیلاسیون غیرمرتبط به بیهوشی، هیپوکسی شدید (اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد در مدت ۶۰ دقیقه و یا PAO2/FiO2 کمتر از ۲۰۰).
- **اختلالات کلیوی:** الیگوری که به دیورتیک و یا مایع درمانی پاسخ نمیدهد. نارسائی حاد کلیه، ازتمی حاد و شدید (کراتینین مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میکرومول بر میلی گرم و یا مساوی یا بیشتر از ۳,۵ میلیگرم بر دسی لیتر)
- **اختلالات خونی و انعقادی:** عدم انعقاد، انتقال خون و یا گلبول قرمز (مساوی یا بیشتر از ۵ واحد)، ترومبوسیتوپنی شدید حاد (پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰ در میلی لیتر)
- **اختلالات عملکرد کبدی:** زردی به دلیل پره اکلامپسی، زردی شدید و حاد (بیلی روبین بیش از ۱۰۰ میکرومول در لیتر و یا بیش از ۶,۰ میلی گرم در دسی لیتر)
- **اختلال عملکرد نورولوژی:** بیهوشی طولانی مدت (بیش از ۱۲ ساعت) یا کما (از جمله کمای متابولیک)، سکته مغزی، صرع مداوم و غیر قابل کنترل و فلج کامل
- **اختلال عملکرد رحم:** هیسترکتومی به دلیل خونریزی و یا عفونت پیشرونده رحمی
- **مرگ مادر**

۱,۳. مدیریت داده‌ها

داده‌های عوارض شدید مادری از پرونده بیمار استخراج می‌شود. این کار بر اساس اصول ممیزی بالینی انجام می‌گیرد. سوابق گردآوری شده باید در محل مناسبی در بیمارستان بایگانی شوند. در صورت وجود تردید و یا نقص در داده‌های پرونده، لازم است به کارکنان مربوط رجوع شود. در هرصورت، باید داده‌ها، در مورد جزئیات اتفاقات و مسائل پیش آمده در زنان مبتلا به عوارض شدید بارداری و پیامدهای شدید مادری جمع‌آوری شود.

مداخلات بحرانی و یا پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه از "معیارهای ورود به برنامه"[1] است. علاوه بر این موارد، تمام تاریخ‌ها و وقایع کلیدی فرآیند، نظیر فرآیندهای پی‌گیری و ارجاع، وضعیت بیمار در بدو ورود به مرکز، وضعیت بیمار قبل، حین و بعد از زایمان، روش زایمان، پیامد بارداری، تاریخچه پزشکی و علل زمینه‌ای عوارض شدید مادری باید به دقت ثبت گردد. حداقل متغیرهائی که نیاز به جمع‌آوری دارد در پیوست ۲ ذکر شده است. در این فرم تعدادی از متغیرهای مورد نیاز به عنوان نمونه نشان داده شده و دسته ای از علل، تحت عنوان موقعیت‌ها و شرایط مرتبط یا کمک‌کننده در نظر گرفته شده است.

علاوه بر مواردی نظیر کم خونی شدید، عفونت HIV، سزارین قبلی و زایمان طول کشیده، ملیت افغانی و سوء مصرف مواد که به عنوان شرایط اثرگذار لیست شده اند، می‌توان متغیرهایی مانند بیماری آنفولانزا، مالاریا و تب‌های خونریزی‌دهنده را بر حسب شرایط به این فرم اضافه نمود.

تعداد کل زایمان‌ها و تعداد کل تولد زنده در طول دوره زمانی جمع‌آوری داده‌ها از هر یک از بیمارستان‌ها باید جمع‌آوری شود. داده‌های توصیفی هر مرکز (برای مثال سطوح مراقبت، اطلاعات در مورد حوزه تحت پوشش و اطلاعات ضروری در مورد منابع موجود) باید مستند شود.

تشکیل پایگاه داده‌ها و ارائه راه‌حل‌های نرم‌افزاری و ایجاد صفحات گسترده الکترونیکی به ذخیره‌سازی و مدیریت داده‌های جمع‌آوری شده کمک می‌کند(۱۹، ۲۰).

۱,۳,۱. گردآوری داده‌ها

به منظور اطمینان از گردآوری کامل داده‌های با کیفیت، باید اقدامات زیر صورت پذیرد:

۱. شناسایی کلیه موارد

هر دو گروه زنان با شرایط تهدیدکننده حیات و مادران فوت شده باید به طور ویژه بررسی شوند. در این دو گروه ممکن است به طور همزمان چند مورد از شرایط تهدید کننده زندگی دیده شود. به خصوص در موارد مرگ مادر معمولا بیش از یک وضعیت تهدیدکننده حیات وجود دارد. در هر صورت ثبت همه شرایط تهدیدکننده حیات در هر دو گروه "مادران فوت شده" و "مادران نزدیک به مرگ" کمک می‌کند تا الگویی از خدمات، حمایت‌ها و مراقبت‌های ویژه مورد نیاز این زنان در بیمارستان به دست آید.

۲. ثبت کامل و دقیق داده‌ها

الف- به منظور افزایش دقت و شناسایی موارد از قلم افتاده لازم است پس از جمع‌آوری داده‌ها، کنترل داده‌ها مجدداً صورت پذیرد و سپس وارد نرم افزار گردد.

---

1. Inclusion criteria

ب- برای کاهش اشتباهات تایپی باید پس از ورود به نرم افزار، داده‌ها دو باره چک و تصحیح شود. کارشناس دانشگاهی باید، اطلاعات وارد شده برای ۵ درصد داده‌ها را به طور تصادفی و متناوب کنترل نماید. این کار هم چنین شامل هر دو قسمت شناسایی موارد و استخراج مجدد و بازبینی اطلاعات وارد شده می‌باشد.

۳. مستندسازی

افراد مسئول جمع‌آوری و ورود داده‌ها باید رخدادها را با مشکلات موجود مستند کنند و گزارشی از آن تهیه نمایند.

۴. طراحی مداخلات

با هدف ارتقای وضع موجود و بهینه سازی خدمات و مراقبت‌ها، مسئولین بهبود کیفیت مراقبت بیمارستانی و اعضای کمیته موربیدیتی و مورتالیتی بیمارستان باید به صورت دوره‌ای محتویات گزارش را به بحث گذارده و تصمیماتی را برای اجرا در بیمارستان ابلاغ نمایند.

تذکر ۱: اطلاعاتی که در حین ارزیابی به دست می‌آید باید به طور محرمانه حفظ شود. این اطلاعات شامل مواردی نظیر کد ملی زن، نام و دیگر اطلاعات محرمانه است. گزارش تهیه شده باید در یک مکان امن نگهداری شود تا در صورت نیاز به بازبینی مجدد داده‌ها امکان شناسایی سوابق وجود داشته باشد.

تذکر ۲: از آنجا که پرونده‌های بیمارستانی به عنوان منبع اصلی اطلاعات در نظر گرفته می‌شوند باید برای بهینه سازی کیفیت اطلاعات موجود در پرونده‌ها تلاش شود (به عنوان مثال فرم جمع‌آوری داده‌ها و یا بخش‌هایی از آن به عنوان سوابق روتین بیمارستان در پرونده قرار گیرد).

تذکر ۳: برای استفاده بهینه از این راهنما و انطباق آن با شرایط هر منطقه، در صورت نیاز می‌توان پروتکل "مادران نزدیک به مرگ" را برای هر بیمارستان تدوین نمود.

۱،۳،۲. تعداد موارد و زمان بندی اجرائی

هر چند در اجرای رویکرد مادران نزدیک به مرگ، هدف جمع‌آوری اطلاعات مربوط به همه زنان با پیامد شدید مادری است و ارزیابی اولیه و تدوین مداخلات موردی می‌تواند بر اساس نمونه‌های بسیار کمتر صورت گیرد، اما بر اساس ارزیابی‌ها، نتایج قابل تعمیم از بررسی حداقل ۲۰ مورد پیامد شدید مادری به دست می‌آید.

از شیوع پیامد شدید مادری (یعنی مرگ و میر مادران به علاوه موارد نزدیک به مرگ تقسیم به تعداد زنان زایمان کرده در یک دوره زمانی) برای برآورد حجم نمونه ای که نتایج معنی داری تولید کند می‌توان استفاده نمود. شیوع پیامد شدید مادری می‌تواند بسته به عوامل مختلف متفاوت باشد. اما به طور کلی انتظار می‌رود شیوع آن حدود ۷،۵ مورد به ازای یک هزار زایمان باشد.

در صورتی‌که هدف تولید نتایج معنادار باشد، حداقل مدت جمع‌آوری داده‌ها با توجه به ویژگی‌های زنان دریافت‌کننده مراقبت‌های مامایی در بیمارستان و تعداد زایمان‌های سالیانه آن بیمارستان متفاوت خواهد بود. جدول دو تعداد موارد مورد انتظار پیامدهای شدید مادری را نسبت به تعداد کل زایمان‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۳. تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط و تعداد مورد انتظار زنان با پیامد شدید مادری(محدوده تعدادی) بر اساس تعداد زایمان ثبت شده

تعداد زایمان‌ها	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۴۰۰۰	۱۰۰۰۰
تعداد مورد انتظار زنان واجد شرایط	۳۷ (۱۵-۷۵)	۷۵ (۳۷-۳۰۰)	۱۵۰ (۷۵-۳۰۰)	۳۷۵ (۱۸۷-۷۵۰)
تعداد مورد انتظار زنان با پیامد شدید مادری	۷ (۳-۱۵)	۱۵ (۷-۳۰)	۳۰ (۱۵-۶۰)	۷۵ (۳۷-۱۵۰)

ارزیابی اولیه و جمع‌آوری داده‌ها، همزمان با اجرای مداخلات بهبود کیفیت مداوماً انجام می‌شود. نکته مهم این است که، ارزیابی اولیه نباید پایان یابد زیرا به خودی خود گام‌های اولیه در جهت تقویت نظام سلامت و بهبود کیفیت مراقبت را ایجاد می‌کند. در اطلاعات به دست آمده از زنان نزدیک به مرگ، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و مدیران باید اجزایی از ممیزی بالینی مبتنی بر شاخص مادران نزدیک به مرگ باشند. این موضوع در شکل دو (چارچوب مفهومی رویکرد مادران نزدیک به مرگ) ذکر شده است. با این حال این چارچوب نمی‌تواند همه مولفه‌ها را پوشش دهد.

۱,۳,۳. تحلیل داده‌ها

در این قسمت داده‌های موارد نزدیک به مرگ و شاخص‌های فرآیندی مورد تجزیه و تحلیل قرار میگیرد. شاخص‌های نزدیک به مرگ در جدول ۳، همراه با تعاریف و نحوه محاسبه شاخص معرفی شده اند. در جدول ۴ تعاریف عملیاتی عوارض شدید مادری، توصیه‌های مبتنی بر شواهد و شاخص‌های فرآیندی بیان شده‌اند. ضمیمه ۳ نمونه‌هایی از جداول آماری و تفسیر یافته‌ها را فراهم می‌کند.

۱,۴. ملاحظات اخلاقی در جمع‌آوری داده

اجرای رویکرد "مادران نزدیک به مرگ"، نیاز به تعامل مستقیم با بیماران ندارد. همه داده‌های مورد نیاز از پرونده بیمارستان و بدون نیاز به هر گونه ارتباط مستقیم با بیمار استخراج می‌شود. از آنجا که هیچیک از اطلاعات به‌طور مستقیم از بیماران به دست نمی‌آید، بنابراین مصاحبه با بیمار مورد نیاز نیست. برای روشن شدن برخی موارد مورد شک و تردید و یا زمانی که اطلاعات مورد نیاز از دست رفته است ممکن است لازم باشد کارکنان اطلاعات را مجدداً جمع‌آوری کنند. اطلاعات محرمانه در مورد هویت شرکت کنندگان (یعنی کد ملی شرکت‌کنندگان، نام، شماره پرونده بیمارستان و تاریخ ورود به بیمارستان) باید در گزارش تهیه شده از رخدادها به طور جداگانه‌ای نگه داشته شود تا در صورت شک و تردید و یا از دست رفتن داده‌ها مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اقدامات احتیاطی ذکر شده و عدم ضرورت ارتباط مستقیم با بیمار برای جمع‌آوری داده‌ها، اخذ رضایت آگاهانه از بیماران غیرضروری محسوب می‌شود. با این حال، کسب مجوز ضروری است. چنان چه در بیمارستان فردی مسوول حریم خصوصی (و یا فعالیت‌های حرفه‌ای مربوط به نظارت بر دسترسی به اطلاعات اختصاصی سلامت بیماران) است باید در این فرآیند درگیر شود. طرح‌های پژوهشی مشابه توسط WHO و دیگر کمیته‌های اخلاق بررسی (۲۱، ۲۲) و تایید شده است. مفهوم رویکرد کامل در مادران نزدیک به مرگ، در شکل ۲ تصویر

جدول ۴. تعاریف و شاخص‌های مادران نزدیک به مرگ (Near miss)

تعاریف:

مادران نزدیک به مرگ Maternal near-miss (MNM): منظور زنانی است که به علت عوارض بارداری، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته اند.

مرگ مادری Maternal death (MD): مرگ هنگام بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرف نظر از مدت و محل بارداری به هر علتی مرتبط با حاملگی،تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف.

تولد زنده Live birth (LB): منظور نوزاد متولد شده تنفس و یا شواهدی از زندگی را نشان داده اند.

پیامد شدید مادری (Severe maternal outcome): اشاره به یک وضعیت تهدیدکننده حیات (مانند اختلال عملکرد اعضای بدن) دارد و تمام موارد مرگ و میر مادران و موارد نزدیک به مرگ مادران در این دسته قرار دارند.

مادران در معرض تهدید زندگی(Women with life-threatening conditions (WLTC): شامل مجموع موارد" مادران نزدیک به مرگ" و مرگ مادری (MD + MNM = WLTC) است.

شاخص‌ها:

- نسبت پیامد شدید مادری = تعداد زنانی که با شرایط تهدید به زندگی مواجه هستند در هر هزار تولد زنده
- نسبت مادران نزدیک به مرگ = تعداد مادران نزدیک به مرگ در هر هزار تولد زنده
- شاخص مورتالیتی = تعداد مادران فوت شده به تعداد مادران در معرض تهدید به زندگی
- شاخص‌های پیامد پری ناتال (مرگ و میرپری ناتال، مرگ و میر نوزادی و میزان مرگ داخل رحمی جنین شاخص‌های پیامد پری ناتال هستند).

نسبت پیامد شدید مادری Severe maternal outcome ratio (SMOR): عبارتست از تعداد زنانی که با شرایط تهدید زندگی مواجه هستند (MD + MNM) در هر ۱۰۰۰ تولد زنده (LB). این شاخص برآوردی از میزان مراقبت و منابع مورد نیاز در یک منطقه را نشان می‌دهد. (MD + MNM) / LB = SMOR.

نسبت مادران نزدیک به مرگ MNM ratio (MNMR): عبارتست از تعداد مادران نزدیک به مرگ در هر هزار تولد زنده (MNMR=MNM/LB). مانند نسبت پیامد شدید مادری، این شاخص تخمینی از میزان منابع و مراقبت‌های مورد نیاز در یک منطقه را به دست می‌دهد.

نسبت مادران نزدیک به مرگ به مادران فوت شده Maternal near-miss mortality ratio: نسبت مادران نزدیک به مرگ به مادران فوت شده (MNM: 1 MD) . هر چه این نسبت بزرگتر باشد نشان از مراقبت بهتر دارد.

شاخص مورتالیتی Mortality index: عبارتست از تعداد مادران فوت شده به تعداد مادران در معرض تهدید به زندگی که به صورت درصد نشان داده می‌شود MI = MD/(MNM + MD). هر چه درصد این شاخص بالاتر باشد نشان از کیفیت کم مراقبت‌ها ست در حالی که هر چه درصد کمتر باشد نشانه کیفیت بهتر مراقبت‌هاست.

شده است و شامل مصاحبه‌ها و دیگر مداخلاتی است که توسط کمیته اخلاق به آن پرداخته شده است.

۱،۵. اجرای رویکرد

سازمان جهانی بهداشت، رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" را به عنوان یک فعالیت معمول در سیستم خدمات سلامت طراحی نموده تا برای بهبود کیفیت خدمات اجرا شود. کمیته عوارض شدید، کمیته مرگ و میر مادران و یا دیگر گروه‌های مشابه، جایگاه ایده آلی برای اجرای این روش در مراکز درمانی می‌باشند. استفاده از ساختارهای موجود و یا در صورت لزوم، ایجاد ساختارهای جدید برای استقرار رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" می تواند تغییر ایجاد کند و در دراز مدت زمینه ایجاد اقدامات بهبود کیفیت را فراهم کند. اما با این وجود اساسا باید یک فرد مسئول هماهنگی که همه فعالیت‌های مربوط به اجرای این رویکرد را در سطح بیمارستان پی‌گیری کند وجود داشته باشد. توصیه می‌شود که فرد منصوب شده برای اجرای این رویکرد دانش بالینی خوبی از عوارض شدید مادری داشته و نیز ظرفیت رهبری و ایجاد انگیزش را برای تغییر روش کارکنان بیمارستان داشته باشد.

۱،۶. پیگیری پس از ارزیابی

در اصل، پیگیری فردی از زنانی که به عنوان موارد نزدیک به مرگ شناسایی شده‌اند مورد نیاز نیست. با این حال، ممکن است با توجه به یافته‌های این ارزیابی و به منظور بهبود کیفیت مراقبت‌ها، نیاز به پیگیری در مراکز درمانی وجود داشته باشد. پس از ارزیابی اولیه، باید ارزشیابی اقدامات انجام گرفته صورت پذیرد و سپس به کارگیری فرآیندهای مورد بررسی، باید به صورت دوره ای و مداوم، در همان مراکز درمانی ارزیابی شود. به این ترتیب با گذشت زمان، چرخه‌های تکرار شونده‌ای از ارزیابی و بهبود انجام خواهد شد که دانش مدیران خدمات درمانی را در مورد "تاثیرات سیاست‌های سلامت بر بهبود کیفیت" افزایش می‌دهد.

انتظار می‌رود بار شناسایی موارد و جمع‌آوری داده‌ها در سطح یک ارائه خدمت در منطقه تحت ارزیابی در حداقل باشد. چرا که زنان با عوارض شدید به احتمال زیاد در بیمارستان‌ها مشاهده می‌شوند. با این حال، سطح یک در ارجاع به سطوح بالاتر درگیر خواهد بود و تهیه لیستی از واجدین شرایط که ارجاع شده‌اند، به ارزیابی نیازها در سطح یک ارائه خدمت کمک می‌کند. در سطح یک ارائه خدمت، در هر شیفت یک پرستار یا ارائه دهنده خدمت می‌تواند برای ثبت موارد در دفترگزارش رخدادهای مربوط به واجدین شرایط و یک نفر به عنوان هماهنگ کننده در نظر گرفته شود. اگر استراتژی بالا اجرا شود، کارکنان بیمارستان باید در مورد بیمارانی که پتانسیل ابتلا به عوارض شدید را دارند و در دفتر ثبت شده‌اند به این پرستار هشدار دهند و نیز هماهنگ کننده باید به صورت هفتگی دفتر گزارش را بررسی کند. استفاده از سیستمهایی برای یادآوری و چارت دیواری برای واجدین شرایط می‌تواند به حساس سازی کارکنان و افزایش آگاهی در مورد موارد واجد شرایط کمک کند. برای اجرای موفقیت آمیز رویکرد "مادران نزدیک به مرگ"، در هر منطقه، باید سازوکاری برای هماهنگی بهتر ایجاد شود تا تمام موارد مربوط شناسایی گردد.

مدل دیگر برای پیاده سازی رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" در سطح منطقه، اجرای برنامه به شکل شبکه‌ای است. در این شبکه چند منطقه جغرافیایی مد نظر است و شامل مرکز بهداشتی درمانی، تسهیلات زایمانی و پایگاه‌های بهداشتی و مراکز سطح دو و سه می‌باشد. برای مثال تمام و یا برخی از بیمارستان‌های با حجم بالای زایمان، یک بیمارستان با تعداد زایمان متوسط و یا مراکزی که سطوح مختلف مراقبت را ارائه می‌دهند (مراقبت‌های اولیه، سطح اول ارجاع یا سطح دو، سطح سه) باید به گونه ای انتخاب شوند که مناطق مختلف جغرافیایی کشور را پوشش دهند.

اجرای رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" در بیمارستان منتخب ساده تر است و همچنین می‌تواند اولین گام در اجرای تدریجی ـ مرحله‌ای این رویکرد در سایر قسمت‌های نظام سلامت باشد و در نتیجه می‌تواند مدیران سیستم بهداشتی را در مورد کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در شبکه (به عنوان یک زیر مجموعه از کل سیستم بهداشت و درمان کشور) مطلع نماید.

۱،۷،۲. انتشار یافته‌ها

یافته‌های به دست آمده از ارزیابی رویکرد "مادران نزدیک به مرگ" که مورد بحث قرار گرفت، باید منتشر شود و به سیاست گذاران و مدیران ارائه گردد. چنین اطلاعاتی ارزش حمایت قابل توجه و انتشار گسترده را دارد و می‌تواند با ترویج سیاست‌ها و بسیج امکانات حرفه‌ای و انجمنهای تخصصی و مردمی به بهبود کیفیت مراقبت زنان باردار بیانجامد. هم چنین این کار می تواند به جذب بودجه برای بهبود خدمات سلامت مادران و مراقبت‌های ارائه شده در دوران بارداری و زایمان کمک کند. علاوه بر این، سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌ها می‌توانند از مقالات علمی حاصله برای بررسی‌های سیستماتیک استفاده نموده و تصویر جهانی بهتری از مراقبت‌ها و تولید راهنماهای مورد نیاز در حوزه سلامت مادران ایجاد نماید. فراتر از رویکرد "مادران نزدیک به مرگ"، ممکن است برای بهبود کیفیت مراقبت در نظام سلامت (شکل ۱) رویکردهای مناسب چند وجهی دیگری مورد نیاز باشد. در مناطق منتخب، این رویکرد می‌تواند شامل اجرای دستورعمل‌های مبتنی بر شواهد، استفاده از چارت‌های یادآوری، حمایت رهبران، تغییر نگرش مردم و افکار عمومی، تداوم ممیزی بالینی برای رسیدن به تغییرات رفتاری و فرآیندی و ارائه پسخوراند باشد(۲۳،۲۴).

۱،۷. کاربرد نتایج

کاربرد نتایج شامل موارد زیر است:

- امکان ایجاد ارزیابی منطقه‌ای و ملی
- درک الگوهای محلی مرگ و میر مادران
- تعیین نقاط قوت و ضعف در نظام ارجاع
- تعیین میزان استفاده از مداخلات بهداشتی، درمانی و دیگر موارد مرتبط

مزیت خاص این رویکرد این است که با استفاده یک متدولوژی استاندارد، که به درستی اعمال شده است می‌تواند نتایج قابل اعتماد مداومی تولید کند و امکان مقایسه در طول زمان و برای مناطق جغرافیایی مختلف ر فراهم کند. ارزیابی منطقه‌ای و ملی می‌تواند تصویر قابل اعتمادی از نقاط قوت و ضعف نظام سلامت در برخورد با عوارض مربوط به بارداری و زایمان تولید کند. هم‌چنین نتایج ارزیابی این رویکرد فرصتی برای ارزشیابی فراهم می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه عملکرد مبتنی بر شواهد در مراکز درمانی تاثیر بهتری نسبت به سایر روش‌ها دارد. شناسایی مادران مبتلا به موارد تهدیدکننده حیات که در مراکز درمانی مراقبت شده‌اند می‌توانند فرهنگ شناسایی زودرس عوارض شدید را ایجاد کند و به این ترتیب آمادگی بهتری برای مدیریت موربیدیتی‌های شدید ایجاد کرد.

۱،۷،۱. استفاده از رویکرد در سطوح نظام بهداشت و درمان

اولین واحد اجرای رویکرد "مادران نزدیک به مرگ"سطح یک ارائه خدمت می‌باشد. اگر ارزیابی سیستم درمانی منطقه‌ای (شهرستان) مد نظراست، تمام امکانات مراقبتی در منطقه که سرویس‌های خدمات سلامت زنان باردار را تامین می‌کنند باید در برنامه دخالت داده شوند. ولی اجرای مراحل و فرآیندهای استقرار رویکرد در سطح دو و سه الزاما باید پی‌گیری شود.

در ایجاد رویکرد در یک منطقه باید فرض بر این باشد که در جامعه، زنانی که اختلال عملکرد حاد ارگان را حین بارداری و زایمان تجربه کرده‌اند و در طی حداقل بازه زمانی مشخصی، قادر به رسیدن به یک مرکز خدمات درمانی نباشند زنده نخواهد ماند (به عبارتی میزان بقا به احتمال زیاد کمتر از ۵٪ است). بر اساس این فرض، سنجش کیفیت مراقبت مبتنی بر جامعه (مراقبت‌های خارج بیمارستانی) می‌تواند از طریق تعیین تعداد مرگ و میر مادران در خارج از بیمارستان و نسبت زنانی که با عوارض شدید مادری به مرکز خدمات درمانی رسیده‌اند مورد بررسی قرار می‌گیرد.

میزان مرگ و میر مادران در خارج از بیمارستان که نشان از عدم کیفیت مراقبت‌های خارج بیمارستانی دارد می‌تواند برآورد شاخص مرگ و میر مادران در یک منطقه جغرافیایی را به چالش بکشد. در مقابل، تعیین نسبت زنان مبتلا به عوارض شدید مادری که به مرکز خدمات درمانی می‌رسند اطلاعاتی را در مورد وقوع تاخیر اولیه (تاخیر در تشخیص بیماری به عنوان یک عارضه و تاخیر در درخواست کمک) و تاخیر ثانویه (تاخیر در رسیدن به یک مرکز خدمات درمانی و تاخیر در تصمیم گیری برای دریافت مراقبت) در منطقه فراهم کند.

فصل دوم

فرم‌ها و جداول اطلاعات

فرم‌های اطلاعاتی

فرم‌ها و جداول اطلاعاتی به منظور تفسیر داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

فرم یک ـ آمار موارد موربیدیتی

این فرم تعداد زنان مبتلا به عوارض شدید بارداری که به لحاظ داشتن معیارهای ذکر شده درگروه موربیدیتی شدید قرار می‌گیرند را نشان می‌دهد. بررسی دقیق داده‌های این جدول اجازه می‌دهد که الگوی اختلال عملکرد عضوی در میان کسانی که فوت کرده‌اند و یا کسانی که به عوارض شدید مربوط به بارداری دچار شده و جان سالم به دربردند شناسایی شود. هم چنین، این جدول اطلاعاتی از انواع حمایت‌های حیاتی ارائه شده فراهم میکند که برای برنامه‌ریزی در مورد فوریت‌های مامائی و مراقبت‌های ویژه‌ی مادران مورد نیاز است. به‌طور مثال، اگر مشکلات تنفسی دلیل شایعی برای مرگ و میر مادری است، ارتقا فرایندها و فعالیت‌های مربوط به حمایت‌های تنفسی باید مورد توجه قرار گیرد.

فرم دو ـ آمار علل شرایط تهدید کننده حیات و پیامدهای شدید مادری

این فرم مکمل اطلاعات جمع‌آوری شده در فرم یک است و علل مستعدکننده عوارض شدید مادری را دسته‌بندی می‌کند. بر اساس این فرم اطلاعات در مورد عوارض شدید مادری در سه گروه طبقه‌بندی می‌شود:

- زنان وارد شده در ممیزی بالینی
- موارد مادران نزدیک به مرگ
- موارد مرگ و میر مادران

چنین اطلاعاتی می‌تواند برای پیش بینی پیامدهای عوارض طولانی مدت ناشی از عوارض بسیار شدید در میان کسانی که زنده مانده‌اند استفاده گردد. هم چنین این اطلاعات درک بهتری نسبت به اهمیت عوامل خطری نظیرکم خونی یا سزارین قبلی ایجاد می‌کند. فرم ۲ هم چنین شامل اطلاعاتی در مورد وضعیت منطقه‌ای (مثل مالاریا، تب دانگ و یا دیگر شرایط مربوطه محلی) در اختیار می‌گذارد.

فرم سه ـ آمار پیامد بارداری و پایان بارداری

این فرم اطلاعاتی را در مورد پیامد پری ناتال و ختم بارداری فراهم می‌کند. این جدول، به رابطه بین نوع زایمان و شیوه ختم بارداری در موارد مرگ و میر مادری و مادران نزدیک به مرگ می‌پردازد.

فرم چهار ـ شاخص‌های پیامد شدید مادری و مرگ مادر

این فرم شاخص‌های مادران نزدیک به مرگ را نشان می‌دهد و چشم انداز وسیعی از وضعیت مراقبت‌ها را در هر بیمارستان ایجاد می کند. به منظور تعیین نسبت مرگ و میر مادران، تعداد کل موارد تولد زنده در مرکز درمانی

در طول دوره جمع‌آوری داده‌ها (جمعیت هدف) باید ثبت و در محاسبات آتی استفاده شود. دو شاخص نسب پیامد شدید مادری و نسبت مادران نزدیک به مرگ شاخص‌های پیامدی[1] هستند که ارزیابی دقیقی از میزان شی یا تکرار یک وضعیت خاص در جمعیت را فراهم می‌کنند. این شاخص‌های برآوردی از میزان پیچید مراقبت‌های مورد نیاز جمعیت مورد ارزیابی به دست می‌دهند. به عنوان مثال، نسبت بالاتر (برای مثال بیش از مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده) نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از موارد برای زنده ماندن نیازمند مداخل پیچیده تری هستند.

شاخص مرگ و میر[2] و شاخص مرگ و میر در مادران نزدیک به مرگ[3] برآوردی از عملکرد است. ا شاخص مرگ و میر بالا باشد (به عنوان مثال بیش از ۲۰ درصد از موارد نزدیک به مرگ) نشان می‌دهد که کیف مراقبت‌های ارائه شده به مادران مبتلا به عوارض شدید نیازمند بررسی و توجه است. اگر میزان مرگ و میر ثب شده پایین است(کمتر از ۵ درصد)، می‌توان اینگونه تفسیر نمود که سیستم مراقبت‌های بهداشتی و نظام سلا در برخورد با موارد پیچیده و شدید به خوبی عمل می‌کند.

فرم چهار هم چنین اطلاعاتی را در مورد پیامد شدید مادری فراهم می‌کند. این موضوع پیام مهمی برای نظ سلامت دارد. اگر درصد بسیار زیادی از زنان با یک پیامد شدید مادری به بیمارستان برسند (به عنوان مثال بی از ۷۰ درصد) دلیل بر وجود تاخیر اولیه و یا ثانویه است. علاوه بر این، در صورتی‌که مرگ و میر یا پیامد شد مادری[4] در زمان اقامت در بیمارستان رخ دهد، باید ارزیابی اختصاصی دقیق‌تری از مراقبت‌های داخل بیمارست انجام شود.

فرم پنج ـ آمار استفاده از بخش مراقبت ویژه

این فرم استفاده از مراقبت‌های ویژه را ارزیابی می‌کند. با نگاه کلی به میزان پذیرش در بخش مراقبت‌های وی می‌توان از میزان ظرفیت موجود این بخش (تخت‌های مراقبت ویژه) آگاه شد. پذیرش کمتر از ۰،۵ درصد نش از کمبود تخت ICU است. پذیرش زیاد مثلا بیش از ۵-۳ درصد، می‌تواند بیانگر استفاده بیش از حد غیرضروری از امکانات ICU باشد. البته، این نتیجه‌گیری می‌تواند بسته به مشخصات جمعیت (ترکیب مراقبت‌های ارائه شده تغییر کند. اگر بیمارستان مورد بررسی جزء بیمارستان‌های سطح یک یا دو باشد قاع موارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نیز از تعداد و پیچیدگی کمتری نسبت به سطح سه برخوردار است، ا بیمارستان سطح سه است میزان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بالاتر است زیرا تعداد موا پیچیده‌تر بیشتری پذیرش می‌کنند. سایر شاخص‌های اشاره شده در جدول ۵ برای درک بهتر وضعیت کلی مف است.

بیماران دچار نارسایی ارگان معمولا بدحال بوده و بنابر این از خدمات مراقبت ویژه بیشتری بهره‌من می‌شوند. پس انتظار میرود درصد بالایی (مثلا بیش از ۷۰ درصد) از بیماران با پیامدهای شدید مادری در بخ مراقبت‌های ویژه بستری شوند. نکته دیگر مدت زمان اشغال تخت بخش مراقبت‌های ویژه توسط بیماران ماما

---

1. Outcome indicators
2. Mortality index
3. Maternal near-miss mortality ratios
4. Sever Maternal Outcome Ratio

است. به عبارت دیگر درصد کمی (کمتر از ۳۰ درصد) از کل زنان بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه که دچار پیامد شدید مادری هستند صرفا به دلیل دریافت خدمات بهتر در بخش مراقبت‌های ویژه تحت نظر قرار می‌گیرند. آخرین شاخص در فرم ۵ سهمی از مرگ‌های مادری است که بدون پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه اتفاق افتاده است. اگر بیش از ده درصد از مرگهای مادری بدون پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه اتفاق افتد قطعا بر روی کوتاه شدن متوسط مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تاثیر دارد. دقت در تکمیل فرمهای شماره ۴ و ۵ به عنوان منابع خام مهم است و نیاز به تحلیل دارد.

شاخص‌های مادران نزدیک به مرگ و شاخص‌های فرآیندی نظیر استفاده از بخش مراقبت‌های ویژه، بهتر است به صورت منطقه‌ای هدفگذاری شود.

فرم شش ـ استخراج شاخص‌ها

این فرم شاخص‌های فرآیندی مربوط به موقعیت‌های خاص را پوشش می‌دهد. برای هر موقعیتی، جمعیت هدف تعریف شده و نسبت جمعیتی که مداخلات مبتنی بر شواهد را دریافت کرده‌اند تعیین می‌گردد.

برای مثال نسبت دریافت سولفات منیزیوم در بین زنان مبتلا به اکلامپسی چقدر است؟ بر اساس شواهد موجود، تنها بخش ناچیزی از زنان مبتلا به اکلامپسی به طور واقعی منع مصرف سولفات منیزیم دارند. از این‌رو، انتظار می‌رود استفاده از این مداخله نزدیک به ۱۰۰ درصد باشد. اگر شکافی در این مورد وجود دارد به عنوان مثال دریافت سولفات منیزیوم حدود ۹۵ درصد باشد پوشش ۵ درصد باقیمانده را باید به عنوان فرصتی برای بهبود مراقبت‌ها تلقی نمود. در جدول ۶، تنها شاخصی از فرآیند که از این منطق پیروی نمی‌کند نسبت زنانی است که پس از ۳ ساعت بستری در بیمارستان برای پارگی رحم لاپاراتومی شده‌اند. هر لاپاراتومی که برای پارگی رحم پس از سه ساعت از حضور بیمار اتفاق افتاده یک تاخیر محسوب می‌شود و نشان دهنده اقدام تاخیری در مواجهه با دیستوشی شدید لیبر[1] و یا پارگی رحم است.

این فرم همچنین به شاخص‌های مرگ و میر و شاخص میزان پیامد شدید مادری در گروههای مختلف اشاره دارد. به‌عنوان مثال، جمعیت نوزادان نارس که کورتیکواستروئیدها برای بلوغ ریه جنین و مرگ و میر نوزادان استفاده نشده است یک فرصت مهم برای بهبود مراقبت را نشان می‌دهد.

1. Obstructed labor

فرم ۲ . آمار علل شرایط تهدیدکننده حیات و پیامدهای شدید مادری[1]

علل و شرایط زمینه‌ای و مرتبط	احتمال قرارگیری در شرایط تهدید حیات		موارد نزدیک به مرگ		موارد مرگ مادر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
علل زمینه						
بارداری قبلی ناموفق و نافرجام (سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ پری)						
خونریزی زنان و زایمان						
اختلالات فشار خون						
عفونتهای مربوط به حاملگی						
عوارض ناشی از جراحی غیرزنان						
عوارض ناشی از بیماری‌های طبی و روانی						
بیماری زنان و زایمان و یا دیگر عوارض						
تروما و تصادفات						
موارد مدیریتی						
.....						
علل یا شرایط مرتبط و موثر						
کم خونی						
عفونت HIV						
سزارین / سزارین قبلی						
زایمان طول کشیده						
انفلوانزا						
.....						

۱. این فرم به بررسی علل ایجاد شرایط تهدیدکننده حیات و پیامدهای شدید مادری پرداخته و علل مستعدکننده عوارض شدید مادری را دسته‌بندی می‌کند. بر اساس این فرم اطلاعات در مورد عوارض شدید مادری در سه گروه ، زنان وارد شده در فرم گزارش فوری، موارد مادران نزدیک به مرگ و موارد مرگ مادران طبقه‌بندی می‌شود.

فرم ۱. آمار تعداد موارد مادران مبتلا به موربیدیتی[1]

	عوارض شدید بارداری و زایمان	تعداد	نسبت تعداد به تعداد کل مادران مبتلا به پیامد شدید[2]
احتمال قرارگیری در شرایط تهدید حیات	• خونریزی شدید پس از زایمان		
	• پره اکلامپسی شدید		
	• اکلامپسی		
	• سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید		
	• پارگی رحم		
	• سایر عوارض مرتبط به پیامد شدید مادری		
	مداخلات حیاتی		
	• استفاده از محصولات خونی		
	• پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)		
	• مداخلات رادیولوژی برای کنترل خونریزی[3]		
	• لاپاراتومی (مانند هیستر کتومی و به جز سزارین)		

	نوع اختلال عملکرد	مادران نزدیک به مرگ[4]		مادر فوت شده[5]	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلال عملکرد ارگان (نزدیک ارگان)	• اختلال کارکرد قلبی عروقی				
	• اختلال تنفسی				
	• اختلال کارکرد کلیوی				
	• اختلالات خونی انعقادی				
	• اختلال کبدی				
	• اختلال عصبی				
	• اختلال چندگانه ارگان‌ها				
	• هیستر کتومی				

۱. آیتم‌های این فرم به ازای هر عارضه تکمیل می‌شود.

۲. در این قسمت درصد موارد نسبت به کل مادران مبتلا به پیامد شدید (تعداد موارد گزارش فوری) تعیین می‌شود.

۳. اقدامات تشخیصی نظیر سی تی اسکن در این مقوله نمیگنجد

۴. *مادران نزدیک به مرگ*: به عوارض شدید دوران بارداری، زایمان و یا تا ۴۲ روز پس از زایمان که مادر را تا پای مرگ برده ولی از آن موربیدیتی یا عارضه نجات یافته اطلاق می‌شود(۷،۱۱). در عمل به زنانی گفته می‌شود که از عوامل تهدید کننده حیات (به عنوان مثال نارسائی ارگان)، جان به در برده‌اند.

۵. مرگ یک زن در دوران بارداری و یا در زمان ۴۲ روز پس از ختم بارداری صرف نظر از مدت زمان و محل بارداری، با هر علت مرتبط با بارداری و یا مربوط به عواملی که در حین بارداری تشدید می‌شود و یا مربوط به اداره فرآیند بارداری و زایمان می باشد به عنوان مرگ مادر تعریف می‌شود. مرگ‌هایی که به علت تصادف یا اتفاقات رخ می دهد در این گروه قرار نمی گیرند (۱۲). کلیه نارسائی‌های ارگان ایجاد شده در هر بیمار فوت شده باید مطرح گردید یعنی ممکن است یک فرد هم نارسائی کبد و هم نارسائی کلیه و هم نارسائی تنفسی پیدا کرده باشد همه موارد باید ثبت گردد. و برای موارد مرگ ستون مادران نزدیک به مرگ پر نشود.

فرم ۳. آمار پیامد بارداری و پایان بارداری[1]

پیامد بارداری	زنان با پتانسیل تهدید به زندگی		موارد نزدیک به مرگ		موارد مرگ مادر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱. ختم بارداری						
زایمان طبیعی						
سزارین						
سقط کامل						
کورتاژ یا ساکشن آسپیریشن						
روش‌های دارویی برای تخلیه رحم						
لاپاراتومی و حاملگی نابجا						
سایر و یا ناشناخته						
۲. خانم‌هایی که هنگام ترخیص یا فوت هنوز باردارند						
۳. زایمان زودرس						
۴. مرگ داخل رحمی						
۵. مرگ پری ناتال[2]						

فرم ۴. آمار استفاده از بخش مراقبت ویژه

بستری در بخش مراقبت ویژه	واحد
تعداد کل زنان زایمان کرده	
میزان پذیرش در ICU	
میزان پذیرش در ICU در میان زنان با پیامد شدید مادری	
میزان پیامد شدید مادری در میان زنان پذیرش شده در ICU	
سهم مادران فوت شده که در ICU پذیرش نشده اند	

۱. این جدول، به رابطه بین نوع زایمان و شیوه ختم بارداری در موارد مرگ و میر مادری و مادران نزدیک به مرگ می‌پردازد.

۲. مرگ و میر پری ناتال شامل موارد مرده زایی و مرگهای نوزادان به ازای هر هزار تولد است.

فرم ۵. شاخص‌های پیامد شدید مادری و مرگ مادر

شاخص	واحد
۱. تعداد تولدهای زنده	
۲. جمعیت تحت پوشش	
۳. تعداد موارد پیامد شدید مادری	
مرگ مادر	
موارد مادران نزدیک به مرگ	
۴. شاخص کلی مادران نزدیک به مرگ	
نسبت پیامد شدید مادری در ۱۰۰۰ تولد زنده	
نسبت مادران نزدیک به مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده	
نسبت مادران نزدیک به مرگ به مرگ مادر	
شاخص مرگ و میر	
۵. شاخص‌های دسترسی بیمارستان	
تعداد موارد پیامد شدید مادری، اختلال کارکرد ارگان یا مرگ مادر که در طی ۱۲ ساعت از زمان بستری در بیمارستان کشف شده اند.	
سهم پیامد شدید مادری اختلال کارکرد ارگان یا مرگ مادر در طی ۱۲ ساعت از بستری در بیمارستان نسبت به کل تعداد پیامد شدید مادری اختلال کارکرد ارگان یا مرگ مادر	
سهم پیامد شدید مادری اختلال کارکرد ارگان یا مرگ مادر در طی ۱۲ ساعت از بستری در بیمارستان نسبت به کل بیمارستان‌های منطقه	
شاخص مرگ مادر نسبت به پیامد شدید مادری، اختلال کارکرد ارگان یا مرگ مادر در طی ۱۲ ساعت از بستری در بیمارستان	
۶. مراقبت داخل بیمارستانی	
تعداد موارد پیامد شدید مادری در داخل بیمارستان	
میزان پیامد شدید مادری در ۱۰۰۰ تولد زنده	
شاخص مرگ مادر بیمارستان	

فرم ۶. استخراج شاخص‌های موربیدیتی

شاخص‌ها	تعداد	درصد
۱. پیشگیری از خونریزی پس از زایمان		
جامعه هدف: زنان زایمان کرده در بیمارستان		
استفاده از مدیریت فعال در مرحله سوم زایمان (active management of Third phase labor)		
استفاده از هر نوع یوتروتونیک (به غیر از اکسی توسین)		
۲. درمان خونریزی شدید پس از زایمان		
جامعه هدف: زنان مبتلا به خونریزی شدید پس از زایمان		
استفاده اکسی توسین		
ارگومترین		
میزوپروستول		
دیگر یوتروتونیکها		
هر یک از یوتروتونیکهای بالا		
تران هگزامیک اسید		
خارج کردن باقیمانده محصولات بارداری		
بالون و یا کاندوم تامپوناد		
بستن عروق		
هیسترکتومی		
بستن شکم		
سهم موارد پیامد شدید مادری		
مرگ و میر		
۳. ضد تشنج برای اکلامپسی		
جامعه هدف: زنان با پره اکلامپسی		
سولفات منیزیوم		
سایر ضد تشنجها		
هر ضد تشنج دیگر		
سهم موارد پیامد شدید مادری		
مرگ و میر		
۴. پیشگیری از عفونت‌های مرتبط با سزارین		
جامعه هدف: زنان سزارین شده		
آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک برای سزارین		
۵. درمان سپسیس		
جامعه هدف: زنان مبتلا به سپسیس		
آنتی بیوتیک درمانی تزریقی		
نسبت موارد با پیامد شدید مادری		
مرگ و میر		
۶. پارگی رحم		
جامعه هدف: زنان با پارگی رحم		
لاپاراتومی		
لاپاراتومی پس از ۳ ساعت از بستری شدن در بیمارستان		
نسبت موارد با پیامد شدید بارداری		
مرگ و میر		
۷. زایمان زودرس		
جامعه هدف: زنان که زایمان زودرس داشته‌اند پس از ۳ ساعت بستری در بیمارستان		
تجویز کورتیکواستروئیدها برای maturation ریه جنین		
مرگ و میر زودرس نوزادان		

فصل سوم

روند اجرای نظام مراقبت مادران نزدیک به مرگ

مادران نزدیک به مرگ[1] منظور زنانی هستند که به علت عوارض بارداری، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته‌اند. استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده در مورد مادران نزدیک به مرگ در سایر کشورها نشان داده است که این داده‌ها می‌تواند به عنوان یک مکانیسم برای تشخیص مشکلات سیستم درمانی و مراقبت‌های بهداشتی مادران به کار گرفته شود. این مفهوم به دلیل تاثیر زیادی که بر کاهش میزان مرگ و میر مادر دارد روز به روز مهمتر تلقی شده و بیشتر استفاده می‌گردد. "نظام مراقبت مادران نزدیک به مرگ" به منظور جمع‌آوری داده‌های عوارض شدید مادری از سطح کشور طراحی شده است. این اطلاعات باید در طراحی مداخلات و تصمیم‌گیری در راستای ارتقای سلامت مادران به کار گرفته شود.

۳,۱. اهداف "نظام مراقبت مادران نزدیک به مرگ"

۱. تحلیل اطلاعات مادران نزدیک به مرگ به منظور کاهش مرگ و میر و ارتقای سلامت مادران
۲. تعیین فرصت‌ها و موانع بهبود مراقبت‌های مامایی
۳. تدوین مداخلات ملی، دانشگاهی در راستای کاهش مرگ و میر مادری
۴. تشکیل تیمهای فوریت مامایی در بیمارستان به منظور درگیر نمودن افراد صاحب نظر و تصمیم گیران اصلی در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های مامایی، طراحی مداخلات بیمارستانی و نیز شناسایی موارد احتمالی آینده با هدف پیشگیری از مرگ و میر مادری
۵. تدوین و استفاده از پروتکل‌های بیمارستانی و استفاده از چک لیستهای مبتنی بر شواهد در بیمارستانها و بخش‌های زنان و مامایی
۶. تعیین سرفصل‌ها و موضوعات و فعالیتهای آموزشی و بازآموزی در آموزش ماماها و دستیاران زنان و مامایی

۳,۲. مفاهیم کاربردی

۱. مادران نزدیک به مرگ Maternal near-miss (MNM):
منظور زنانی است که به علت عوارض بارداری، زایمان و تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری تا نزدیکی مرگ رفته اما نجات یافته‌اند. خونریزی شدید دوران بارداری، پره اکلامپسی، اکلامپسی، عفونت سیستمیک و آمبولی پنج عارضه شدید دوران بارداری هستند که عوامل اصلی مرگ مادری و عوارض شدید دوران بارداری و زایمان را شامل می‌شوند.
۲. رویکرد مادران نزدیک به مرگ "Maternal near-miss approach"

1. Maternal near-miss

- استفاده از خون و فرآورده‌های خونی (شامل هر نوع ترانسفوزیون خونی به میزان حداقل پنج واحد)
- مداخلات رادیولوژی (آمبولیزاسیون عروق رحمی)
- لاپاراتومی و بازگشت به اتاق عمل به دنبال NVD یا C/S شامل لاپاراتومی از جمله هیستر کتومی و سایر مداخلات جراحی شکم، (به استثنای سزارین و چک کانال زایمانی تحت بیهوشی و یا ترمیم اپیزیوتومی تحت بیهوشی).
- پذیرش در ICU

۹. نارسایی ارگان‌ها:

- اختلال قلبی و عروقی شامل شوک، ایست قلبی، ph کمتر از ۷،۱، لاکتات بیش از ۵ میلی اکی والان در میلی لیتر، استفاده مداوم از داروهای وازواکتیو و یا احیای قلبی عروقی
- اختلال تنفسی شامل سیانوز، تنفس بیش از ۴۰ و یا کمتر از ۶ در دقیقه، هیپوکسمی شدید، اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ که بیش از ۶۰ دقیقه طول بکشد و انتوباسیون و ونتیلاسیون غیر مرتبط با بیهوشی
- اختلالات کلیوی شامل الیگوری، دیالیز، BUN و کراتی نین بالاتر از حد طبیعی
- اختلال خونی/انعقادی شامل اختلال در تشکیل لخته، ترومبوسیتوپنی حاد و شدید (کمتر از 50000 در هر میلی لیتر، PT, PTT, INR غیر طبیعی، ترانسفوزیون ۵ واحد یا بیشتر خون و فرآورده آن (گلبول قرمز متراکم، خون کامل، پلاکت، FFP و کرایو)
- اختلال کبدی شامل زردی به دلیل پره‌اکلامپسی، افزایش بیلی روبین
- اختلال مغزی شامل اختلال در هوشیاری که بیش از ۱۲ ساعت پایدار باشد، سکته مغزی، تشنج غیر قابل کنترل و فلج کامل

۱۰. تیم فوریت‌های مامایی:

تیم فوریت‌های مامایی شامل مترون و سوپروایزر، دو نفر متخصص زنان (یا یک متخصص زنان و یک متخصص جراح عمومی)، متخصص بیهوشی، دو نفر مامای اتاق زایمان ،کارشناس مادران پرخطر و بر حسب مورد سایر گروه‌های تخصصی(داخلی، هماتولوی، قلب، نفرولوژی و ...) مورد نیاز می‌باشد.

۱۱. تیم دیده بان مادران نزدیک به مرگ

کلیه واحدهایی است که به نحوی می‌توانند مادران نزدیک به مرگ را شناسایی و گزارش نمایند.

ردیف	واحد	فرد مسوول
۱	اتاق زایمان	مسوول اتاق زایمان یا مسوول شیفت
۲	اتاق عمل	مسوول اتاق عمل یا مسوول شیفت
۳	بخش مراقبت‌های ویژه (CCU,ICU)	مسوول بخش مراقبت‌های ویژه (CCU,ICU) یا مسوول شیفت
۴	بخش زایمان	مسوول بخش زایمان یا مسوول شیفت
۵	تریاژ اورژانس	مسوول تریاژ اورژانس یا مسوول شیفت
۶	دفتر پرستاری	سوپروایزر شیفت
۷	آزمایشگاه	مسوول آزمایشگاه یا مسوول شیفت

ابزاری برای ارزیابی سیستم‌های بهداشتی است که به منظور ارزشیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های مادری به بررسی موارد مادران نزدیک به مرگ می‌پردازد.

۳. خونریزی شدید دوران بارداری:

- خونریزی به میزان ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی خون
- افزایش ضربان قلب تا ۱۳۰-۱۲۰ ضربه در دقیقه،
- تنفس بین ۴۰-۳۰،
- کاهش فشارخون و نبض،
- کاهش برون ده ادراری به ۱۵-۵ سی سی.
- هیسترکتومی به دنبال خونریزی و پارگی رحم که خونریزی را به دنبال دارد در این گروه قرار می‌گیرد.

۴. پره اکلامپسی شدید:

- افزایش فشارخون در هنگام حاملگی پس از ۲۰ هفتگی به میزان ۱۶۰/۱۱۰ با یا بدون سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، رال در سمع ریه، ادم جنرالیزه، تهوع و استفراغ و الیگوری.
- افزایش فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بیشتر و پروتینوری ۲ گرم و بیشتر در ۲۴ ساعته ساعت در نیمه دوم بارداری بدون سابقه بیماری کلیوی یا فشارخون

۵. سپسیس (sepsis):

عفونت منتشر شده در خون که علایم زیر را ایجاد می‌کند:

- درجه حرارت ۳۸ درجه و بیشتر و یا درجه حرارت ۳۶ درجه و کمتر
- ضربان قلب بیشتر از ۹۰ ضربه در دقیقه
- تنفس بیشتر از ۲۰ در دقیقه
- WBC بیشتر از ۱۲۰۰۰ و یا کمتر از ۴۰۰۰
- Bend Cell بیشتر از ۱۰ درصد

۶. آمبولی:

عبارت از انسداد شریان ریه توسط مایع آمنیوتیک یا لخته در جریان خون است. در اثر این عارضه اکسیژن کافی به شش‌ها نمی‌رسد. تنفس مشکل، تب و تاکیکاردی از علائم آن است .

۷. بیماری‌های زمینه‌ای قلبی و عروقی و یا سایر:

منظور بیماری قلبی که توسط متخصص قلب و عروق به تایید رسیده باشد.

۸. مداخلات بحرانی[1]:

دسته‌ای از مداخلات است که به هنگام مدیریت عوارض تهدید کننده حیات به کار می‌روند و شامل

1. Interventional radiology

۳,۳. مراحل فرآیند

فرآیند با وقوع موربیدیتی شدید و حضور بیمار در بیمارستان آغاز می‌شود و با ثبت و ارسال گزارشات خاتمه می‌یابد.

الف ـ شناسایی مورد مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان

در این مرحله کارشناس مادران پرخطر بیمارستان از وجود مورد مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان اطلاع می‌یابد و کلیه واحدهایی که به نوعی با مادران مبتلا به عوارض شدید بارداری و زایمان درگیر هستند و به نام واحدهای دیده‌بان نامیده می‌شوند موارد را به مامای مسوول بارداریهای پرخطر بیمارستان اطلاع می‌دهند.

ب ـ تشکیل تیم فوریت‌های مامایی

به منظور ارتقا کیفیت خدمات، مامای مسوول مادران پرخطر شرایط بیمار را اطلاع می‌دهد و سوپروایزر موظف است تیم فوریت‌های مامایی را تشکیل دهد.

ج ـ ارسال گزارش فوری

ثبت گزارش فوری بر روی سامانه ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول تشخیص عارضه و حداکثر ظرف ۷۲ ساعت انجام می‌شود. نحوه دسترسی به فرم و ذخیره سازی فرم به طور مبسوط در پیوست سه شرح داده شده است.

د ـ ثبت اطلاعات در فرم کاغذی مادران نزدیک به مرگ

این مرحله پس از تعیین فرجام مادری (ترخیص، ارجاع بیمار به بیمارستان دیگر و یا مرگ) انجام می‌شود و فرم کاغذی (پیوست یک) بر اساس مستندات پرونده و توسط مامای مسوول مادران پرخطر تکمیل می‌گردد. این فرم باید توسط متخصص زنان مسوول مادران پرخطر تایید شود انجام پذیرد و فرم کاغذی به منظور طرح و بررسی در اختیار کمیته مورتالیتی و موربیتدیتی قرار می‌گیرد. فرم اطلاعات باید بر اساس دستورالعمل نحوه تکمیل فرم (پیوست دو) و با دقت فراوان و به درستی تکمیل گردد.

ه – طرح موارد مادران نزدیک به مرگ در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان

- بر اساس دستورلعمل این کمیته باید حداقل هر ماه یک بار تشکیل شود. بنا بر این طرح موارد موربیدیتی به صورت ماهانه باید انجام شود.
- وظیفه تهیه مستندات به منظور ارائه در کمیته به عهده مامای مسوول مادران پرخطر است.
- متخصص و مامای مسوول مادران پرخطر بایستی در جلسات مربوط شرکت نمایند.

و ـ ثبت اطلاعات در فرم تحت وب عوارض شدید بارداری و زایمان

ثبت اطلاعات در فرم تحت وب و براساس دستورالعمل مندرج در پیوست چهار و در سامانه زیر انجام می‌شود.
http://www.iman.health.gov.ir/sites/

۱۲. کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان:

بر اساس دستورالعمل‌های کشوری، کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان کمیته ایست که معمولا متشکل از اعضای زیر است:

- رئیس بیمارستان
- مدیر یا معاون بیمارستان
- متخصص پاتولوژی و مسئول فنی آزمایشگاه
- متخصص رادیولوژی
- مسئول حاکمیت بالینی و مدیر ایمنی مرکز
- سوپروایزر
- متخصصین و دستیاران مرکز بنا به ضرورت و بر اساس پرونده‌های قابل بررسی در کمیته
- متخصص پزشکی قانونی (در صورت امکان)
- متخصص بیهوشی

و بخشی از شرح وظایف آن به شرح زیر است:

- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر
- بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان
- بررسی علل عوارض بوجود آمده
- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال بطور محرمانه به دانشگاه و مراجع قانونی
- برخورد با مواردیکه قصور یا تقصیر اتفاق افتاده است در حدود اختیارات بیمارستان
- اتخاذ رویکردهای مناسب به منظور کاهش عوارض مرگ ومیر در بیمارستان
- اتخاذ رویکرد مناسب جهت پیشگیری از عوارض قابل پیشگیری
- بررسی علل ریشه‌ای موارد خطا و جلوگیری از وقوع آن

۱۳. کارشناس مادران پرخطر بیمارستان:

کارشناس مادران پرخطر یکنفر ماما است که مسوول شناسایی و پی‌گیری مادران پرخطر بوده و توسط رییس بیمارستان برای وی ابلاغ زده شده است.

۱۴. متخصص مسوول مادران پرخطر

یکی از متخصصین زنان بیمارستان که مسوول مادران پرخطر بوده و توسط رییس بیمارستان برای وی ابلاغ زده شده است.

ز ـ تکمیل فرم‌های آماری هر سه ماه یکبار باید توسط کارشناسان تیم عوارض شدید بارداری و زایمان انجام پذیرد.

- فرم یک- موربیدیتی‌ها در نمونه‌های ممیزی شده
- فرم دو- علل شرایط تهدید کننده حیات و نتایج شدید مادر
- فرم سه- پیامد بارداری و پایان بارداری
- فرم ۴- بستری در بخش مراقبت ویژه
- فرم ۵- شاخص‌های پیامد شدید مادری و مرگ مادر

ح ـ ارسال گزارش تحلیلی شش ماهه

در این گزارش جمع بندی و تحلیل اطلاعات و آمار سه ماه گذشته و نیز مقایسه آن با سه ماهه قبلی و سال قبل انجام می‌شود.

۳,۴. پایش و ارزشیابی برنامه

۳,۴,۱. پایش و ارزشیابی برنامه در سطح بیمارستان

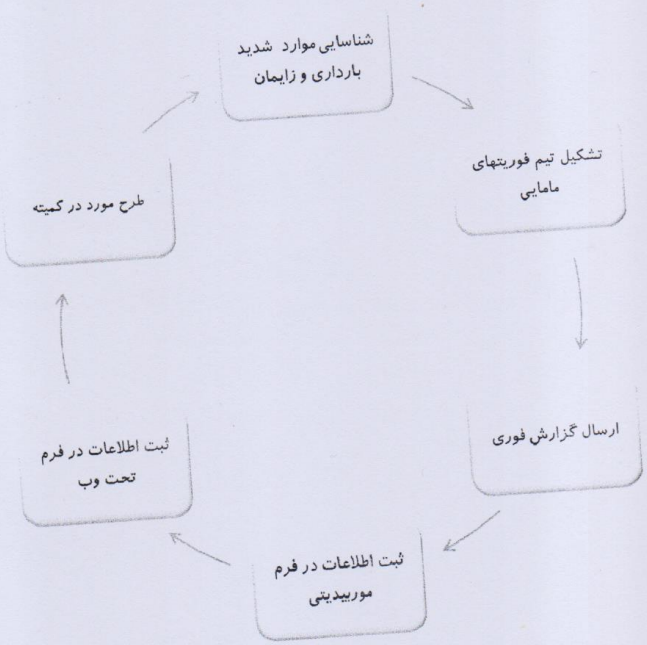
۱. پایش فرآیند در بیمارستان هر شش ماه یکبار با استفاده از چک لیست مربوطه و نیز فرم‌های ارسالی و هم چنین گزارش تحلیلی و شاخص‌های هر بیمارستان انجام می‌شود.
۲. مسوول پایش: پایش در سطح بیمارستان توسط کارشناس معاونت درمان دانشگاه انجام می‌شود.

۳,۴,۲. پایش و ارزشیابی برنامه در سطح دانشگاه

پایش فرآیند در دانشگاه سالیانه و توسط کارشناسان اداره مادران انجام شده و شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. بررسی گزارشات تحلیلی شش ماهه دانشگاه
۲. بررسی شاخص‌های استخراج شده از فرم‌های یک تا پنج موربیدیتی که از دانشگاه ارسال شده است.

شکل ۳. فرآیند مراقبت موارد مادران نزدیک به مرگ در بیمارستان‌ها



۳,۵. تدوین راهنماهای بالینی[1] و دستورالعمل‌های بیمارستانی[2]

۳,۵,۱. راهنماهای بالینی

راهنماهای بالینی مجموعه‌ای نظام‌مند از آخرین و معتبرترین شواهد علمی هستند که شیوه‌های برخورد بالینی با یک بیمار را به طور طبقه‌بندی شده و با در نظر گرفتن اولویت ها، اثربخشی و هزینه اثربخشی بیان می کنند. کشورهای در حال توسعه به دلیل محدودیت مطالعات و شواهد بومی مجبور به استفاده از شواهد کشورهای توسعه‌یافته هستند. به همین دلیل موضوع بومی‌سازی راهنماهای بالینی در این کشورها مطرح شده است. بومی‌سازی راهنماهای بالینی به مفهوم نگاه نظام‌مند به راهنماهای بالینی موجود در جهت یافتن مرتبط‌ترین آنها با شرایط بیماران و تلفیق آن با ملزومات فرهنگی و منطقه‌ای جمعیت هدف و نیز امکانات نظام سلامت می باشد.

ضرورت وجود راهنماهای بالینی

- استانداردسازی و بهبود کیفیت خدمات
- کاهش مداخلات غیرلازم یا آسیب‌زا
- درمان مناسب بیمار با بهترین کیفیت
- کاهش هزینه‌ها
- بهبود عملکرد کلی نظام سلامت

اثربخشی راهنماهای بالینی به نحوه انتشار و اجرای آن بستگی دارد و به همین دلیل، به خودی خود نمی‌توانند استقرار یابند. اگر راهنماهای بالینی به درستی مستقر نگردند زمان، انرژی و هزینه اختصاص داده شده برای تهیه آنها به هدر خواهد رفت. به منظور اجرای دقیق و صحیح راهنماهای بالینی ضروریست این راهنماها با منابع و امکانات و زیرساختها مطابقت داده شود. بهترین شکل دستیابی به این مهم، تهیه دستورالعمل‌ها یا پروتکل‌های بیمارستانی است.

۳,۵,۲. دستورالعمل‌های بیمارستانی

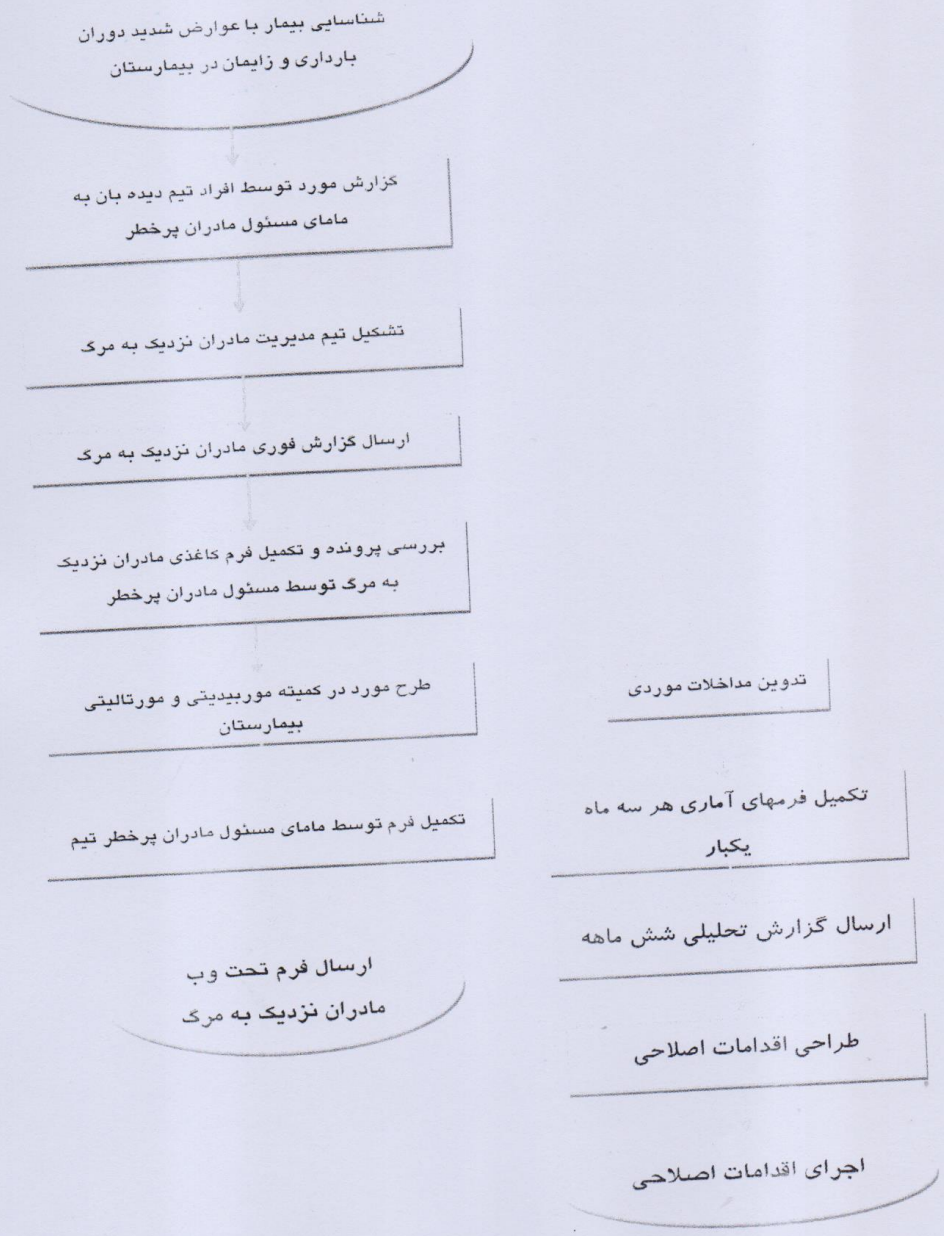
دستورالعمل‌ها یا پروتکل‌های بیمارستانی، فرآیند مدیریت بیماری را در شرایط و موقعیت‌های مشخص در هر بیمارستان ارائه می‌دهد. اساس تدوین پروتکل‌های بیمارستانی توصیه‌های راهنماهای بالینی بومی هستند. به عبارتی پروتکل‌ها دستورالعمل‌های اجرایی هستند و توصیه‌های موجود در راهنماهای بالینی را به برنامه اجرایی تبدیل می‌کنند. بنابر این می‌توان پروتکل‌ها را ابزاری برای پیاده سازی راهنماهای بالینی دانست.

فرآیند انجام کار، زمان انجام هر اقدام، مسؤول انجام هر فعالیت، زمان و مکان، منابع انسانی و زیر ساختی مورد نیاز و حتی نیازهای آموزشی کارکنان فعلی و تازه وارد و هم چنین نحوه ارزیابی و پایش فرآیندها و مسوول انجام آن در پروتکل‌ها مشخص می‌شود.

برای تدوین پروتکل یک تیم چند تخصصی از متخصصین و کارشناسان مورد نیاز است. این تیم باید علاوه بر تدوین پروتکل، برای استقرار و نظارت بر اجرای آن تلاش کند. این گروه باید از موقعیت بیمارستان شناخت صحیحی داشته باشد و بتوانند منابع و امکانات و محدودیت‌ها را به درستی درک کرده و تعیین کند و بر این

1. guideline
2. Hospital protocol

شکل ۴. گردش کار



۹) فرآیند درخواست و ترانسفوزیون خون تعریف شده باشد.

a. نحوه و مواردیکه نیاز به رزرو خون دارند تعریف شده است.

b. مدت زمان بین درخواست خون تا تحویل آن معین است.

c. مسئول پیگیری و تحویل خون و فرآورده‌های آن مشخص است.

d. بانک خون بیمارستان دارای پروتکل مشخص برای ذخایر خون است.

e. فرد ارسال کننده نمونه خون و دریافت خون و فرآورده‌های آن مشخص است.

۱۰) فرآیندهای مربوط به درخواست، انجام و مدت زمان پاسخ‌دهی آزمایشات تعریف شده است.

a) برای تمام مادران بستری در بلوک زایمان آزمایشات CBC، BG، RH توسط مامای بلوک زایمان انجام می‌شود.

b) فواصل کنترل هموگلوبین در بیماران دچار خونریزی شدید تعیین شده است.

c) آزمایشات مورد نیاز در مواجهه با بیمار دچار خونریزی شدید تعیین شده است.

d) زمان انجام و مدت زمان ارسال جواب هر آزمایش برای پرسنل آزمایشگاه تعیین شده است.

۱۱) وظایف کارکنان به طور شفاف تعیین می‌شود.

A. مسئول کنترل بیمار در لیبر و بخش پس از زایمان مشخص است.

B. نسبت تعداد ماما و سایر پرسنل به تعداد بیمار در لیبر و بخش پس از زایمان تعیین شده است.

C. نحوه مراقبت مادران دارای عامل خطر از مادران کم خطر تعریف شده است.

D. مسئول ارزیابی علت خونریزی در بخش مشخص است.

۱۲) استانداردها و تعاریف فنی در اختیار کارکنان قرار دارد.

I. تعریف مشخصی از خونریزی بعد از زایمان در اختیار پرسنل قرار داده شده است.

II. عوامل مستعدکننده خونریزی (شناسائی عوامل خطر) مطابق دستورالعمل ارزیابی می‌شود.

III. در صورت وجود عوامل مستعدکننده برای خونریزی، اقدامات درمانی مشخص وجود دارد.

IV. طبقه‌بندی شدت خونریزی بر اساس راهنمای کشوری انجام شود .

V. تخمین میزان خونریزی پس از زایمان مطابق راهنمای کشوری صورت گیرد.

VI. در موارد خونریزی خفیف تا متوسط، اقدامات مطابق راهنمای کشوری انجام شود.

VII. در صورت تداوم خونریزی و یا وجود خونریزی شدید اقدامات انجام شده مطابق راهنمای کشوری انجام شود.

۱۳) اصول و اقدامات درمانی در برخورد با مادر دچار خونریزی مطابق راهنمای کشوری تعیین می‌شود.

a) اقدامات درمانی براساس علت تعیین شده انجام می‌شود.

b) نحوه و ترتیب دادن داروها در برخورد با مادر دچار خونریزی پس از زایمان مشخص شده است.

c) دوز داروها در برخورد با مادر دچار خونریزی پس از زایمان مشخص شده است.

d) نحوه دسترسی به داروهایی که در درمان خونریزی پس از زایمان استفاده می‌شود (اکسی توسین، مترژن، پروستاگلاندین f2α، میزوپروستول، فاکتور هفت، تران هگزامیک اسید) مشخص است.

e) نحوه استفاده از مایعات کریستالوئید تا قبل از رسیدن خون تعریف شده است.

ب) آموزش دستورالعمل تدوین شده

پروتکل تهیه شده، باید به اطلاع کلیه افراد مرتبط به موضوع آموزش داده شود.

مسئول آموزش، فواصل زمانی آموزش و نحوه آموزش کارکنان قدیم و تازه وارد باید به طور دقیق در این قسمت معین شود. محتواهای آموزشی مورد نیاز شامل راهنماهای بالینی مربوط و دستورالعمل بیمارستانی تهیه شده و نیز

اساس پروتکل را تولید نماید. به عبارتی این گروه باید قادر باشند که راهنماهای بالینی را با شرایط بیمارستان تطبیق دهند.

الزامات تدوین پروتکل‌های بیمارستانی

سه جزء اصلی باید در تدوین هر پروتکل بیمارستانی رعایت گردد:

الف) تدوین محتوا و فرآیند

این قسمت روند اقدامات و چگونگی اجرای آن را در پروتکل مشخص میکند و شامل تعیین مسوولیت‌ها و نحوه انجام فعالیت‌ها است. در این بخش از تدوین پروتکل معلوم می‌شود که چه کسی، چه کاری را چگونه و در چه زمان و مکانی باید انجام دهد. گردش کار بر اساس امکانات، منابع و محدودیت‌های هر بیمارستان تدوین می‌شود. در تدوین محتوا هم چنین باید به استانداردهای فنی توجه نمود. استانداردهای فنی شامل تعاریف و اقدامات درمانی طبق راهنماهای بالینی کشوری می‌باشد.

جدول ۵. نمونه چک لیست پروتکل خونریزی پس از زایمان

آیا موارد زیر در پروتکل رعایت شده است:

۱) نحوه تدوین پروتکل خونریزی براساس دستورالعمل مشخص است.

a. مسئول تدوین پروتکل مشخص است.

۲) پروتکل خونریزی در معرض دید و دسترس کارکنان می‌باشد.

۳) نحوه اطلاع رسانی از بخشنامه‌های فنی در بخش و بلوک زایمان مشخص می‌باشد.

۴) کد فوریت‌های مامائی در بیمارستان تعریف شده است.

۵) اعضاء تیم مدیریت فوریت‌های مامائی تعیین شده است.

۶) فرایند اعلام کد فوریت‌های مامائی مشخص شده است.

a. زمان حضور بر بالین بیمار پس از کد زدن مشخص است.

b. شرح وظایف اعضای تیم مشخص شده است (مستند سازی، مدیر تیم، احیا اولیه، بررسی علت و ....)

۷) نحوه تامین تجهیزات و لوازم و فضای مورد نیاز ارائه خدمت در زمان فوریت‌های مامائی مشخص است.

a. نحوه تامین وسایل ارزیابی تخمین میزان خونریزی (به طور مثال شان پارچه‌ای، شان‌های پلاستیکی(drape) مدرج، لنگاز و گاز و دروشیت) در بیمارستان مشخص است.

b. نحوه تامین داروها در زمان فوریت‌های مامائی مطابق دستورالعمل مشخص شده است.

۸) فرایند اعزام بیمار مشخص است.

a) فرد مسول تعیین علت اخذ پذیرش و توجه به شرایط بیمار (در زمان اعزام که در شرایط ناپایدار نباشد) مشخص است.

b) زمان لازم برای اخذ پذیرش مشخص است.

c) محل اخذ پذیرش با توجه به نیاز بیمار به امکانات سطح بندی بیمارستان‌ها انجام می‌شود.

d) در صورت نیاز به ICU و نبود آن مسئول اخذ پذیرش مشخص است.

e) مسئول و محل کنترل بیمار از زمان تصمیم گیری برای اعزام تا اخذ پذیرش تعیین شده است.

f) پرسنل همراه، در زمان اعزام بیمار مشخص است.

g) در زمان اعزام مشخص شود مریض در بیمارستان مقصد به چه کسی تحویل داده شود.

آموزش مهارت‌های مورد نیاز کارکنان باشد. صدور گواهینامه شرکت در دوره آموزشی باید مد نظر باشد.

ج) تامین منابع مورد نیاز

در تدوین و اجرای دستورالعمل‌های بیمارستانی باید به تامین منابع مورد نظر اندیشید. تامین نیروی انسانی مورد نیاز، تجهیزات و زیر ساخت مناسب در این زمینه باید صورت پذیرد. به همین دلیل در تیم تدوین و اجرای پروتکل باید از مشارکت نیروهای پشتیبانی بیمارستان بهره جست.

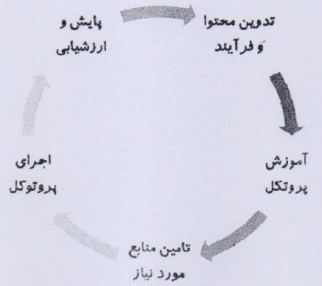
د) پایش و ارزشیابی پروتکل

به منظور اطمینان از کاربرد علمی و عملی پروتکل در ارتقای فرآیندها باید دستورالعمل‌های بیمارستانی حداقل به طور سالیانه مورد بازبینی قرار گیرد. هم چنین اجرای پروتکل باید مورد پایش و ارزیابی قرار گیرد. برای این منظور تیم تدوین پروتکل میتواند چک لیستهایی در این زمینه تهیه نماید. نحوه پایش و برنامه زمان بندی آن باید به هنگام تدوین پروتکل در نظر گرفته شود.

جدول ۶. نمونه موضوعاتی که باید در تدوین دستورالعمل در نظر گرفت.

۱) مسئول آموزش مشخص می‌باشد.
۲) فواصل زمانی آموزش تعیین شده است.
۳) پرسنل گواهینامه دوره "کنترل خونریزی پس از زایمان" را دارا باشند.
۴) روند آموزش پرسنل جدید در مورد گایدلاین و پروتکل خونریزی مشخص است.
۵) ارائه‌دهندگان خدمت تمام محتوی فنی پروتکل را آموزش دیده اند. بطور مثال:
   a. پرسنل در خصوص تخمین میزان خونریزی آموزش دیده اند.
   b. شدت خونریزی، علائم و درجه شوک
   c. پرسنل مامایی و پرستاری (اتاق عمل و بخش زنان)علائم حساسیت و واکنش به خون (ترانسفوزیون) را می‌دانند.
۶) ارائه‌دهندگان خدمت تمام محتوی اجرائی پروتکل را آموزش دیده اند. بطور مثال:
   a. نحوه کد زدن را بدانند.
   b. از نقش خود در تیم مدیریت فوریت‌های مامائی آگاه باشند.
   c. از فرایند ارجاع آگاه باشند.
   d. از مسوولیت‌ها در تیم مدیریت فوریت‌های مامائی آگاه باشند.
   e. از فرایند درخواست خون آگاه باشد.

شکل ۵. فرآیند تدوین پروتکل بیمارستانی



پیوست‌ها

پیوست یک: فرم بررسی مادران نزدیک به مرگ

نام دانشگاه
نام شهرستان
نام بیمارستان
شماره پرونده
نام بیمار
کد ملی:
نام خانوادگی بیمار:
تاریخ بستری:
سال تولد مادر:
محل سکونت: ☐ شهر
ساعت ورود به بیمارستان:
ساعت بستری:
☐ روستا ☐ عشایر
نام مرکز درمانی که بیمار از آن ارجاع شده است:
اولین ویزیت توسط چه کسی انجام شده است:
☐ ماما ☐ پزشک عمومی ☐ دستیار ☐ متخصص زنان ☐ متخصص اورژانس
تاریخ اولین ویزیت
ساعت اولین ویزیت
تاریخ اولین ویزیت متخصص
ساعت اولین ویزیت متخصص
علت بستری:
☐ شروع زایمان ☐ مشکلات حین بارداری ☐ مشکلات حین زایمان ☐ مشکلات پس از زایمان
☐ پس از سقط
علایم حیاتی بدو ورود:
فشارخون:
نبض:
تنفس:
حرارت:
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:
تاریخ احتمالی زایمان:
نکات مهم سونوگرافی:
تاریخ سونوگرافی:
سن بارداری هنگام پذیرش (هفته)--- تعداد بارداری-- تعداد زایمان--- تعداد سقط-----تعداد سزارینهای قبلی--
تعداد فرزندان مرده
تعداد فرزندان زنده
تعداد مراقبت‌ها در این بارداری
وجود عوامل خطر در بارداری فعلی
☐ عفونت‌های مرتبط به بارداری ☐ کم خونی شدید (هموگلوبین کمتر از۷) ☐ خونریزی
☐ چاقی با BMI بیشتر از ۳۰ ☐ ایدز ☐ تنگی نفس شدید ☐ فشارخون بالا
☐ پلی هیدرآمنیوس ☐ جفت سراهی ☐ چندقلویی
☐ سابقه بستری در این بارداری علت بستری:
☐ استعمال سیگار یا مواد اعتیادآور نوع مواد مصرفی:
وجود عوامل خطر در بارداری قبلی
☐ لیبر طول کشیده ☐حاملگی خارج رحم ☐ اختلالات هایپرتانسیو ☐خونریزی مامایی
☐ سایر موارد لطفاً نام ببرید.
وجود بیماری‌های مزمن
☐ قلبی ☐ کبدی ☐ کلیوی ☐ نورولوژیک ☐ هماتولوژیک ☐تیروئید

☐ اتوایمون ☐ فشارخون مزمن ☐ دیابت ☐ سرطان ☐ روانی

مداخلات حین زایمان

☐ القای زایمان ☐ تقویت دردها ☐ اپی زیوتومی ☐ زایمان با فورسپس یا وکیوم

سرانجام بارداری هنگام بستری

☐ زایمان طبیعی ☐ سزارین ☐ تداوم بارداری ☐ سقط ناقص و کورتاژ

☐ سقط کامل ☐ درمان دارویی یا جراحی حاملگی خارج از رحم ☐ سایر موارد را نام ببرید.

عوارض زایمان

☐ بدون عارضه ☐ پارگی درجه سه ☐ پارگی درجه چهار ☐ تزریق خون

علت سزارین

☐ سزارین قبلی ☐ زجر جنین ☐ پرزانتاسیون غیر طبیعی ☐ عدم پیشرفت

☐ فشارخون بالا ☐ عدم تناسب سر با لگن ☐ مشکلات جفت و بندناف

☐ سزارین به درخواست مادر ☐ سایر علل

تجویز دارو:

☐ کورتن (بتامازون و دگزامتازون) در مواردیکه سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته است

☐ آنتی بیوتیک درمانی/تزریقی ☐ آنتی بیوتیک برای سزارین

تاریخ و ساعت: زایمان/ سزارین/ سقط / کورتاژ/لاپاراتومی

وضعیت نوزاد/ نوزادان در زمان تولد

تعداد قلهای به دنیا آمده تعداد قلهای زنده به دنیا آمده تعداد قلهای مرده به دنیا آمده

قل اول: وزن ☐ سالم و سرحال ☐ بستری در بخش ☐ بستری در NICU

قل دوم: وزن ☐ سالم و سرحال ☐ بستری در بخش ☐ بستری در NICU

قل سوم: وزن ☐ سالم و سرحال ☐ بستری در بخش ☐ بستری در NICU

عوارض شدید/عوامل تهدید کننده زندگی

☐ خونریزی شدید (خونریزی بین ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی)

زمان شروع خونریزی:

☐ با خونریزی مراجعه کرده است تاریخ: ساعت:

علت خونریزی

☐ آتونی ☐ خروج ناقص جفت ☐ جفت سرراهی ☐ جفت آکرتا/ اینکرتا/ پره کرتا

☐ سقط ☐ پارگی رحم و سرویکس ☐ حاملگی خارج از رحم

اقدامات پیشگیری از خونریزی انجام شده است:

☐ دریافت اکسی توسین در مرحله ۳ زایمان ☐ سایر ترکیبات یوتروتونیک

اقدامات درمانی برای خونریزی انجام شده است:

☐ اکسی توسین ☐ ارگوتامین ☐ میزوپرستول ☐ سایر ترکیبات یوتروتونیک

☐ خارج کردن محصولات باقیمانده ☐ بالون یا تامپوناد کردن ☐ اقدامات جراحی نام ببرید:

☐ پره اکلامپسی شدید

زمان تشخیص پره اکلامپسی: تاریخ ساعت نامعین

☐ اکلامپسی

زمان بروز تشنج: تاریخ ساعت نامعین

اقدامات درمانی پره اکلامپسی و اکلامپسی

☐ هیدرالازین ☐ لابتالول ☐ نیفدیپین ☐ سولفات منیزیوم ☐ سایر ترکیبات ضدتشنج

زمان دریافت اولین دز سولفات منیزیم: تاریخ ساعت

☐ سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید

زمان تشخیص سپسیس: تاریخ ساعت نامعین

زمان دریافت اولین دز آنتی بیوتیک: تاریخ ساعت

☐ پارگی رحم

زمان تشخیص پارگی رحم: تاریخ ساعت نامعین

مداخلات بحرانی

☐ استفاده از خون و فرآورده‌های خونی (شامل هر نوع ترانسفوزیون خونی به میزان حداقل پنج واحد)

☐ مداخلات رادیولوژی (آمبولیزاسیون عروق رحمی) ☐ پذیرش درICU

☐ لاپاراتومی و بازگشت به اتاق عمل بدنبال(NVD یا C/S) تاریخ و ساعت بازگشت به اتاق عمل:

نارسایی ارگان‌ها

اختلال قلبی و عروقی

☐ شوک ☐ ایست قلبی ☐ Phکمتر از ۷.۱

☐ استفاده مداوم از داروهای وازواکتیو ☐احیای قلبی عروقی

☐ لاکتات بیش از ۵ میلی اکی والان در میلی لیتر و یا بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر

اختلال تنفسی

☐ سیانوز ☐ تنفس بیش از ۴۰ یا کمتر از ۶ در دقیقه ☐ هیپوکسمی شدید (PAO2/FiO2,200)

☐ اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ که بیش از یکساعت طول بکشد. ☐ انتوباسیون و ونتیلاسیون غیر مرتبط با بیهوشی

اختلالات کلیوی

☐ الیگوری ☐ دیالیز در درمان نارسایی حاد کلیه ☐ BUN

☐ کراتینین بیشتر از ۳۰۰ میکرومول در میلی لیتر یا ۳،۵ میلی گرم در دسی لیتر

اختلال خونی/ انعقادی

☐ اختلال در تشکیل لخته ترومبوسیتوپنی حاد و شدید (پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰ در هر میلی لیتر)

☐ PT, PTT, INR

☐ ترانسفوزیون ۵واحد یا بیشتر خون وفراورده‌ها شامل پلاکت، کرایو، FFP

اختلالات کبدی

☐ زردی ناشی از پره اکلامپسی ☐ هایپربیلی‌روبینمی بیشتر از ۱۰۰ میکرومول در لیتر و یا ۶ میلیگرم در دسی‌لیتر

اختلالات مغزی

☐ اختلال در هوشیاری که بیش از ۱۲ ساعت پایدار باشد ☐ سکته مغزی و کما ☐تشنج غیر قابل کنترل

☐ فلج کامل

اختلال عملکرد رحم

☐ هیسترکتومی متعاقب عفونت یا خونریزی

علل زمینه‌ای بروز عارضه

☐ بارداری خارج از رحم یا سقط

☐ خونریزی مامایی

☐ اختلالات فشارخون
☐ عفونت‌های بارداری
☐ سایر بیماری‌ها و عوارض مامایی
☐ بیماری‌ها یا عوارض طبی، جراحی و روانی
☐ اقدامات درمانی بدون وجود عوامل مساعدکننده
☐ همزمانی بعضی شرایط (Coincidental conditions)
☐ ناشناخته

علل مساعدکننده

☐کم خونی (هموگلوبین کمتر از ۹ گرم در دسی لیتر)
☐عفونت HIV
☐سزارین قبلی
☐حاملگی طول کشیده
☐افغانی
☐سوء مصرف مواد
☐سایر موارد

سرانجام بیمار

☐ترخیص ☐ اعزام ☐ فوت تاریخ و ساعت:

تشخیص نهایی

علل منجر به عوارض شدید

فرایند بروز عارضه

نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده تاریخ تکمیل امضا

نام و نام خانوادگی تاییدکننده تاریخ تکمیل امضا

پیوست دو: راهنمای تکمیل فرم

توجه: این فرم به هنگام خاتمه خدمات مورد نیاز بیمار (ترخیص یا اعـزام و یـا فـوت بیمـار) و بـر اسـاس مسـتندات پرونـده تکمیل می‌شود.

۱. نام دانشگاه، نام شهرستان و نام بیمارستان: از لیست مربوط انتخاب می‌شود و نیاز به ورود اطلاعـات بـه صـورت دسـتی نمی باشد.

- ❖ فرم به گونه‌ای طراحی شده است که پس از انتخاب نام دانشگاه فقط شهرستان‌هـای تـابع همـان دانـشگاه در لیست مشاهده می‌شود و پس از انتخاب شهرستان فقط بیمارستان‌های تابع همان شهرستان در لیـست ظـاهر می‌شود. بنا بر این ضروریست تغییرات مربوط به شهرستانها و بیمارستان‌هـا بـه اداره سـلامت مـادران اعـلام گردد تا در فرم آنلاین اعمال شود.

۲. شماره پرونده: شماره پرونده ثبت شده در بیمارستان مد نظر است. در کشوی مربوطه، شماره پرونده مادر با استفاده از اعداد صحیح نوشته می‌شود.

- ❖ از گذاشتن علایم و نشانه‌ها (مانند - ، / و ...) در این کشو خودداری کنید: (مثال ۱۲-۳۴-۲۳ یـا ۲۳۳۴/۱۲ اشتباه می‌باشد و باید به صورت ۲۳۳۴۱۲ نوشته شود).

۳. نام بیمار: نام کامل شناسنامه‌ای بیمار باید ثبت شود. در این کشو، تنها نـام مـادر و نـه نـام خـانوادگی وی بـا اسـتفاده از حروف فارسی نوشته می‌شود.

۴. نام خانوادگی بیمار: نام کامل شناسنامه‌ای بیمار باید ثبت شود. : در این کشو، تنها نـام خـانوادگی مـادر و نـه نـام وی بـا استفاده از حروف فارسی نوشته می‌شود.

۵. شماره کد ملی مادر: در کشوی مربوطه کد ملی ده رقمی مادر با اسـتفاده از اعـداد صـحیح نوشـته مـی‌شـود. در صـورت نداشتن کد ملی ده یک (۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱) و در مورد افراد خارجی ده نه (۹۹۹۹۹۹۹۹۹) ثبت شود.

- ❖ از گذاشتن علایم و نشانه‌ها (مانند - و یا /) بین اعداد خودداری می‌گردد.
- ❖ در صورتی که مادر غیر ایرانی باشد، کشوی مربوط به کدملی غیر فعال می‌گردد.

۶. تاریخ تولد مادر: تاریخ تولد با استفاده ازتقویم شمسی به تفکیک روز، ماه و سال انتخاب می‌گردد.

- ❖ از نوشتن تاریخ تولد مادر به صورت دستی خودداری می‌شود.
- ❖ با توجه به اینکه پیدا نمودن سال تاریخ موجب صرف وقت می‌باشد، با توجه بـه مثـال زیـر تـاریخ تولـد ثبـت می‌گردد.
- ❖ مثال: تاریخ تولد مادر ۱۳۷۰/۱۲/۱می باشـد، از تقـویم ۱۳۹۲/۱۲/۱ را بـه تـاریخ روز انتخـاب مـی‌شـود و سپس ۹۲ را پاک نموده و به جای آن ۷۰ نوشته می‌شود.

۷. تاریخ بستری: از تاریخ فرم برای ثبت استفاده می‌شود و با استفاده ازتقویم شمسی به تفکیک روز، ماه و سـال انتخـاب می‌گردد.

- ❖ از نوشتن تاریخ به صورت دستی خودداری می‌شود.

۸. ساعت بستری: از فیلد ساعت برای ثبت زمان استفاده شود

- ❖ ساعت به شکل "ق ظ ۰۹:۴۶:۵۳ " قابل ثبت است

۹. محل سکونت: یکی از آیتمهای شهر/ روستا / عشایر انتخاب شود.

۱۰. در صورتیکه بیمار از مرکز درمانی دیگر ارجاع شده است پس از زدن تیک قسمت مربوط به نام دانشگاه، شهرسـتان و

می‌شود.

۲۸. وجود عوامل خطر در بارداری فعلی: در صورت وجود "عفونتهای مرتبط به بارداری، کم خونی شدید و هموگلوبین کمتر از ۷ حین بستری، خونریزی، چاقی با BMI بیشتر از ۳۰، HIV و ایدز، تنگی نفس شدید، فشارخون بالا، اختلالات مایع آمنیوتیک، جفت سرراهی و چندقلویی" علامت زده شود.

۲۹. سابقه بستری در این بارداری: در صورت وجود سابقه بستری حین بارداری مورد باید علامت زده شود. فیلد علت بستری نیز در این حالت فعال می‌شود.

۳۰. استعمال سیگار یا مواد اعتیاد آور: در صورت اظهار فرد به مصرف سیگار و یا مواد اعتیاد آور و یا تشخیص علایم آنها علامت گذاری شده و هم چنین نوع مواد مصرفی ذکر شود.

۳۱. وجود عوامل خطر در بارداری قبلی: لیبر طول کشیده (منظور لیبری که بیش از ۱۸ ساعت طول کشیده باشد)، حاملگی خارج رحم، اختلالات هایپرتانسیو و سابقه خونریزی مامایی و هر مورد دیگری که مهم به نظر می‌رسد ذکر می گردد.

۳۲. وجود بیماریهای مزمن قلبی، کبدی، کلیوی، نورولوژیک، هماتولوژیک، تیروئید، اتوایمون، فشارخون مزمن، دیابت، سرطان و بیماری روانی بر اساس گفته مادر علامت زده شود.

۳۳. مداخلات حین زایمان شامل، القای زایمان، تقویت دردها، اپی زیوتومی و زایمان با فورسپس یا وکیوم ذکر می‌شود.

- در صورتی که دردهای زایمان شروع نشده و ختم حاملگی الزامی است و دردهای زایمان با داروهایی مانند اکسی توسین یا پروستاگلاندین‌ها شروع شده باشد، تنها القای زایمان علامت زده می‌شود. در این حالت باید از انتخاب گزینه "تقویت دردهای زایمان" به طور هم زمان خودداری کنید.
- تقویت دردهای زایمان در صورتی انتخاب می‌شود که دردهای زایمان شروع شده ولی نیاز به تقویت دردها با اکسی توسین و یا پروستا گلاندین‌ها باشد. در این حالت از انتخاب القای زایمان خودداری کنید.
- هر کاری مانند تزریق داروهایی نظیر آتروپین، هیوسین، پتیدین و ... و یا اعمالی نظیر پاره کردن کیسه آب جنین، streping (جارو کردن پرده‌های آمنیون از روی دهانه داخلی سرویکس) و .... که به منظور تسریع در امر زایمان استفاده شده باشد، جزو القا محسوب نمی شود، بنابر این از انتخاب گزینه القا یا تقویت دردهای زایمان در این گونه موارد خودداری کنید.

۳۴. سرانجام بارداری هنگام بستری، شامل زایمان طبیعی، سزارین، تداوم بارداری، سقط ناقص و کورتاژ، سقط کامل، درمان دارویی یا جراحی حاملگی خارج از رحم باید علامت زده شود.

- در صورتیکه گزینه زایمان انتخاب شود گزینه عوارض زایمانی نمایان و باید انتخاب شود. عوارض زایمان شامل چهار قسمت بدون عارضه، پارگی درجه سه، پارگی درجه چهار و تزریق خون پنج واحد خون و بیشتر است.
- در صورتی که بعد از زایمان(چه به روش واژینال و یا به روش سزارین) عارضه‌ای برای مادر ایجاد نشده باشد، گزینه "بدون عارضه" انتخاب می‌شود. اما در غیر از این حالت می‌توان سایر گزینه‌ها را نیز انتخاب نمود.
- در صورتیکه گزینه سزارین انتخاب شود گزینه علت سزارین نمایان و باید انتخاب شود. علل سزارین می تواند شامل سزارین قبلی و سابقه میومکتومی، عدم پیشرفت، زجر جنین، نمایش غیرطبیعی، مشکلات جفت و بندناف، عدم تناسب سر با لگن، فشارخون بالای مادر، سزارین به درخواست مادر و سایر باشد.
- تداوم بارداری به مفهوم عدم ختم بارداری و ادامه یافتن آن است.
- سقط ناقص و کورتاژ به معنی ختم بارداری قبل از ۲۲ هفتگی است.

بیمارستان از لیست مربوط انتخاب می‌شود.

۱۱. اولین ویزیت توسط چه کسی انجام شده است: منظور ویزیت هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان است. ممکن است این ملاقات توسط ماما پزشک عمومی، دستیار، متخصص زنان و یا متخصص اورژانس انجام می‌گیرد.

۱۲. تاریخ و ساعت اولین ویزیت باید در فرم ثبت شود.

۱۳. تاریخ و ساعت اولین ویزیت متخصص منظور اولین ویزیت متخصص زنان و زایمان است.

۱۴. علت بستری: یکی از علل شامل شروع زایمان، مشکلات حین بارداری، مشکلات حین زایمان و مشکلات پس از زایمان باید علامت زده شود.

۱۵. علایم حیاتی بدو ورود: منظور ثبت علایم حیاتی فشارخون، نبض، تنفس و درجه حرارت)، اولین بار در موقع پذیرش است.

۱۶. تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: باید بر اساس گفته بیمار ثبت شود.

- در صورتیکه بیمار آنرا فراموش کرده است در صورت وجود سونوگرافی سه ماهه اول بر اساس سونوگرافی درج گردد.
- در صورتیکه بیمار آنرا فراموش کرده و سونوی سه ماهه اول موجود نبود این فیلد خالی بماند.

۱۷. تاریخ احتمالی زایمان: به طور خودبخود در فرم محاسبه می‌شود.

۱۸. نکات مهم سونوگرافی: ذکر نکات مهم سونوگرافی از قبیل سن بارداری، نکات غیر طبیعی در مورد جنین و وضعیت جفت و سایر موارد مهم باید در این قسمت ذکر شود. در صورتیکه بیش از یک سونوگرافی موجود بود، امکان ایجاد ردیف جدید برای آن وجود دارد. و هر تعداد گزارش سونوگرافی در این قسمت قابل ایجاد است.

۱۹. تاریخ سونوگرافی: ازتقویم فرم برای ثبت تاریخ استفاده می‌شود.

۲۰. سن بارداری هنگام پذیرش برحسب هفته: سن بارداری بر اساس تاریخ آخرین قاعدگی و یا سونوگرافی سه ماهه اول ثبت شود.

۲۱. تعداد بارداری(G): در کشوی مربوطه با استفاده از اعداد صحیح نوشته می‌شود.

- منظور از بارداری یا Gravid دفعات بارداری مادر صرفنظر از سرانجام آن (سقط یا زایمان) مورد نظر است.
- به طور مثال اگر مادری یک بار سقط داشته و یک بار زایمان نموده این بارداری وی G3 می‌باشد.
- حاملگی‌های دو یا چندقلو، یک بارداری محسوب می‌شوند.

۲۲. تعداد زایمان(P): در کشوی مربوطه با استفاده از اعداد صحیح نوشته می‌شود.

- منظور از تعداد زایمان تعداد دفعاتی است که مادر زایمان و یا سزارین ۲۲ هفته یا بالاتر داشته است،
- تعداد زایمان در حاملگی دو یا چندقلویی، یک زایمان محسوب می‌شود زیرا مادر مراحل لیبر را یکبار تجربه می‌کند.

۲۳. تعداد سقط(Ab): در کشوی مربوطه با استفاده از اعداد صحیح نوشته می‌شود.

- منظور از سقط یا Abortion خروج جنین قبل از هفته ۲۲ بارداری می‌باشد.

۲۴. تعداد سزارینهای قبلی: تعداد بارداریهایی که با روش سزارین خاتمه یافته است.

۲۵. تعداد فرزندان مرده: تعداد فرزندانی که پس از تولد فوت شده‌اند مورد نظر است.

۲۶. تعداد فرزندان زنده: تعداد فرزندانی که در حال حاضر زنده هستند مورد نظر است.

۲۷. تعداد مراقبت‌ها در این بارداری: تعداد مراقبت‌های انجام شده اعم از بخش خصوصی و یا بخش دولتی ذکر می‌شود. به طور مثال اگر مادر ۳ مراقبت در بخش دولتی و دومراقبت در بخش خصوصی داشته است تعداد مراقبت‌ها ۵ ذکر

- ❖ سقط کامل به معنای دفع کامل محتویات رحم بدون نیاز به کورتاژ است.
- ❖ درمان دارویی و یا جراحی در بارداری خارج رحم به عنوان روشی برای درمان بارداری خارج از رحم تیک زده می‌شود.

۳۵. تاریخ و ساعت زایمان/ سزارین/ سقط / کورتاژ /لاپاراتومی: در این فیلد تاریخ و ساعت اقدام ذکر شده در فیلد "سرانجام حاملگی هنگام بستری" و با استفاده از تقویم فرم ثبت می‌شود.

۳۶. تجویز دارو: این فیلد وقتی قابل مشاهده است که سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته باشد و در صورت تجویز هر یک از داروهای ذکر شده در فرم (کورتن بتامازون و دگزامتازون) آنتی بیوتیک درمانی/تزریقی و یا آنتی بیوتیک برای سزارین) تکمیل می‌شود.

۳۷. وضعیت نوزاد/ نوزادان در زمان تولد بر اساس تعداد قلهای به دنیا آمده، تعداد قلهای زنده به دنیا آمده و تعداد قلهای مرده به دنیا آمده و وزن و نیز وضعیت سلامت و بستری ایشان تکمیل می‌شود و قابلیت تکرار دارد.

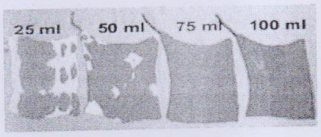
عوارض شدید/عوامل تهدید کننده زندگی

۳۸. خونریزی شدید خونریزی بین ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی) در صورت تیک این فیلد سایر فیلدهای وابسته نظیر زمان بروز عارضه، علت خونریزی و اقدامات دارویی و غیر دارویی ظاهر می‌شود.

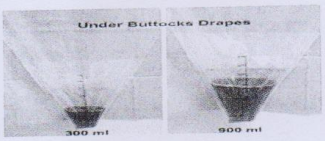
- ❖ علل خونریزی: آتونی، خروج ناقص جفت، جفت سرراهی، جفت آکرتا/ اینکرتا/ پره کرتا، سقط، پارگی رحم و سرویکس و حاملگی خارج از رحم به عنوان علل خونریزی قابل مشاهده است.
- ❖ اقدامات پیشگیری از خونریزی: شامل اقدامات پیشگیری و درمانی دارویی و غیر دارویی است.
- ❖ اررزیابی میزان خونریزی می‌تواند به این شکل انجام شود:

استفاده از شان پارچه‌ای[1]:

- شان خشک با ابعاد ۴۵ سانتی متر در ۴۵ سانتی متر را در نظر بگیرید. اگر
- ۵۰ درصد شان آغشته به خون است، خونریزی معادل ۲۵ میلی لیتر است.
- ۷۵ درصد شان آغشته به خون است، خونریزی معادل ۵۰ میلی لیتر است.
- تمام سطح شان آغشته به خون است. خونریزی معادل ۷۵ میلی لیتر است.
- تمام سطح شان آغشته به خون است و خون از آن می‌چکد. خونریزی معادل ۱۰۰میلی لیتر است.



شکل ۶. ارزیابی شان پارچه‌ای (a)



شکل ۷. ارزیابی شان پلاستیکی مدرج

استفاده از شان‌های پلاستیکی(drape) مدرج ا: این شان‌ها مخصوص جمع‌آوری خون و ارزیابی حجم خونریزی است.

- ❖ در صورت استفاده از لنگاز و گاز و دروشیت، میزان جذب خون توسط هر یک از موارد مذکور می‌تواند تعیین شده و به اطلاع کارکنان اتاق زایمان و اتاق عمل رسانده شود.

۳۹. پره اکلامپسی شدید / اکلامپسی: در صورت تیک این فیلد سایر فیلدهای وابسته نظیر زمان بروز عارضه و اقدامات قابل مشاهده و ثبت می‌شود.

۴۰. سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید: در صورت تیک این فیلد زمان بروز عارضه قابل مشاهده و ثبت می‌شود.

۴۱. پارگی رحم: در صورت تیک این فیلد زمان بروز عارضه قابل مشاهده و ثبت می‌شود.

۴۲. مداخلات بحرانی شامل استفاده از پنج واحد و یا بیشتر خون و فرآورده‌های خونی، مداخلات رادیولوژی آمبولیزاسیون عروق رحمی، لاپاراتومی و بازگشت به اتاق عمل بدنبالNVD یاC/S و پذیرش درICU است.

- ❖ دریافت مجموعاً پنج واحد خون و فرآورده‌های آن مد نظر است.
- ❖ بازگشت به اتاق عمل شامل موارد بازگشت به اتاق عمل پس از انجام زایمان و یا سزارین است.

تذکر: معاینه تحت بیهوشی، کنترل کانال زایمانی، ترمیم اپیزیوتومی در گروه بازگشت به اتاق عمل قرار نمی گیرد.

- ❖ تاریخ و ساعت بازگشت به اتاق عمل باید ذکر شود.

نارسایی ارگان‌ها

۴۳. اختلال قلبی و عروقی: در صورتیکه بیمار دچار شوک، ایست قلبی، Ph کمتر از ۷،۱، استفاده مداوم از داروهای وازواکتیو، احیای قلبی عروقی و یا افزایش لاکتات سرم به میزان بیش از ۵ میلی اکی والان در میلی لیتر و یا بیشتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر اختلال قلبی عروقی محسوب می‌شود.

۴۴. اختلال تنفسی: در صورتیکه بیمار دچار سیانوز، تنفس بیش از ۴۰ یا کمتر از ۶ در دقیقه، هیپوکسمی شدید (PAO2/FiO2,200)، اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ که بیش از یکساعت طول بکش و یا انتوباسیون و ونتیلاسیون غیر مرتبط با بیهوشی شود پاختلال تنفسی محسوب می‌شود.

۴۵. اختلالات کلیوی: در صورتیکه بیمار دچار الیگوری، دیالیز در درمان نارسایی حاد کلیه و یا ازتمی حاد شدید (افزایش کراتینین به میزان بیشتر از ۳۰۰ میکرومول در لیتر یا ۳،۵ میلی گرم در دسی لیتر) اختلال کلیوی محسوب می‌شود.

۴۶. اختلال خونی/ انعقادی: در صورتیکه بیمار دچار اختلال در تشکیل لخته، ترومبوسیتوپنی حاد و شدید (کمتر از ۵۰۰۰۰ در هر میلی لیتر) و ترانسفوزیون ۵ واحد یا بیشتر خون و فرآورده‌های خونی، اختلالات انعقادی محسوب می‌شود.

۴۷. اختلال کبدی: در صورتیکه بیمار دچار زردی ناشی از پره اکلامپسی، هایپر بیلی روبینمی بیشتر از ۱۰۰ میکرومول در لیتر و یا ۶ میلیگرم در دسی لیتر شود اختلال کبدی محسوب می‌شود.

۴۸. اختلال مغزی: در صورت بروز اختلال در هوشیاری که بیش از ۱۲ ساعت پایدار باشد، سکته مغزی و کما، تشنج غیر قابل کنترل و یا فلج کامل اختلال مغزی قلمداد می‌شود.

۴۹. اختلال عملکرد رحم : در صورت هیسترکتومی متعاقب عفونت یا خونریزی اختلال عملکرد رحم قلمداد می‌شود.

۵۰. علل زمینه ای بروز عارضه شامل

- ❖ بارداری خارج از رحم یا سقط،
- ❖ خونریزی مامایی (آتونی، چسبندگی‌های جفت، هماتومهای زایمانی و اختلالات ترومبین)
- ❖ اختلالات فشارخون
- ❖ عفونت‌های بارداری و زایمان
- ❖ سایر بیماری‌ها و عوارض مامایی (مانند کاردیو میوپاتی پری پارتوم و یا میومهای رحمی موثر)
- ❖ عوارض بیماریها و جراحی

عوارض بیماری‌ها به سه دسته عوارض طبی، جراحی و روانی تقسیم می‌شود.

- منظور از عوارض بیماریها هر نوع عارضه ناشی از بیماری زمینه ای است (به طور مثال دریافت نامناسب سرم و مایعات و ایجاد ادم ریوی در بیمار مبتلا به تنگی دریچه میترال).

- عوارض جراحی عبارتست از هر نوع عارضه ناشی از جراحی است. سندرم Ogilvie ناشی از عمل سزارین نمونه ای از این عوارض است.
- عوارض روانی ناشی از بیماریهای زمینه ای روانی است سایکوز و یا افسردگی مثالی از این نوع عوارض هستند.

❖ اقدامات درمانی بدون وجود عوامل مساعد کننده (مانند واکنشهای دارویی، واکنشهای ناسازگاری خون به دنبال تزریق خون و یا مشکلات بیهوشی)،

❖ همزمانی بعضی شرایط (Coincidental conditions) (مانند خونریزیهای مغزی به دنبال پارگی آنوریسم مغزی و یا کما به دلیل تومورهای مغزی در طی بارداری)

❖ علل ناشناخته

۵۱. علل مساعد کننده شامل

❖ کم خونی متوسط و شدید (هموگلوبین کمتر از ۹ گرم در دسی لیتر)

❖ عفونت HIV

❖ سزارین قبلی،

❖ لیبر طول کشیده

❖ مهاجران غیرقانونی

❖ سوء مصرف مواد

❖ سایر موارد

۵۲. سرانجام بیمار: در این فیلد سرانجام بیمار در این بستری اعم از ترخیص، اعزام و یا فوت بیمار با ذکر تاریخ و ساعت آن ثبت می‌شود.

۵۳. تشخیص نهایی و علل منجر به عوارض شدید در این قسمت از ذکر عللی مانند ایست قلبی تنفسی و DIC[1] که ما را از علل اصلی دور می‌کند خودداری گردد.

علل مستعدکننده ممکن است چند مورد باشد که بصورت فرآیند می‌توان درج نمود.

مثال ۱:

تشخیص نهایی: خونریزی مامایی

علل مستعدکننده: پارگی سرویکس ناشی از استفاده از وکیوم در لیبر طول کشیده

مثال ۲:

تشخیص نهایی: خونریزی مامایی

علل مستعدکننده: دکلمان شدید در زمینه پره اکلامپسی و مولتی پاریتی

۵۴. در قسمت نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده نام کارشناس مامایی نوشته می‌شود.

۵۵. در قسمت نام و نام خانوادگی تاییدکننده نام متخصص زنان و مامایی نوشته می‌شود.

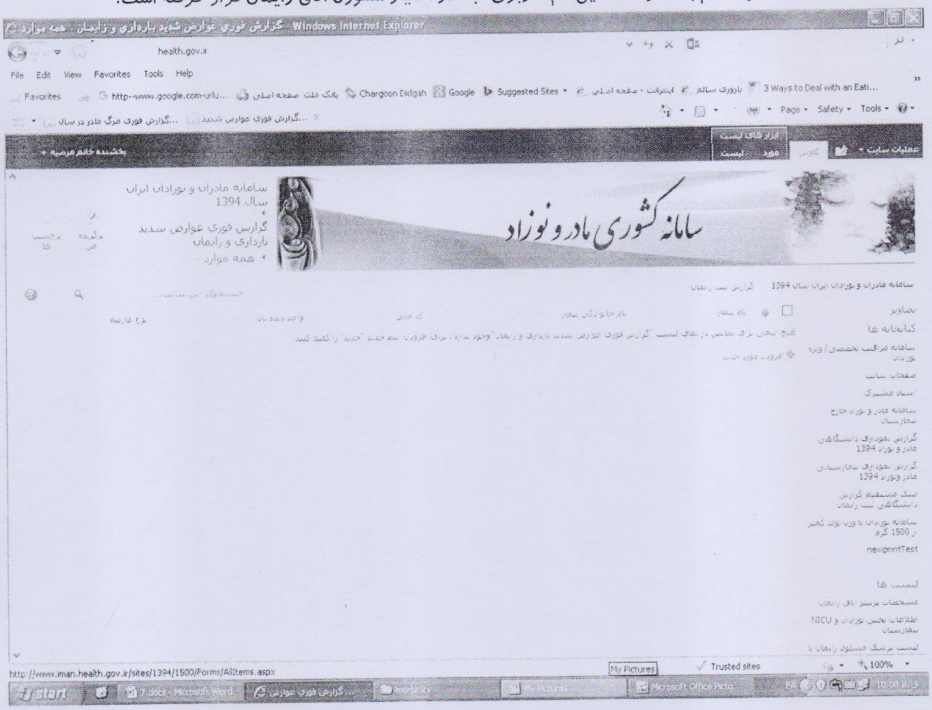
1. Garbage code

پیوست سه: راهنمای دسترسی به فرم گزارش فوری عوارض شدید بارداری و زایمان بر روی سامانه ایمان

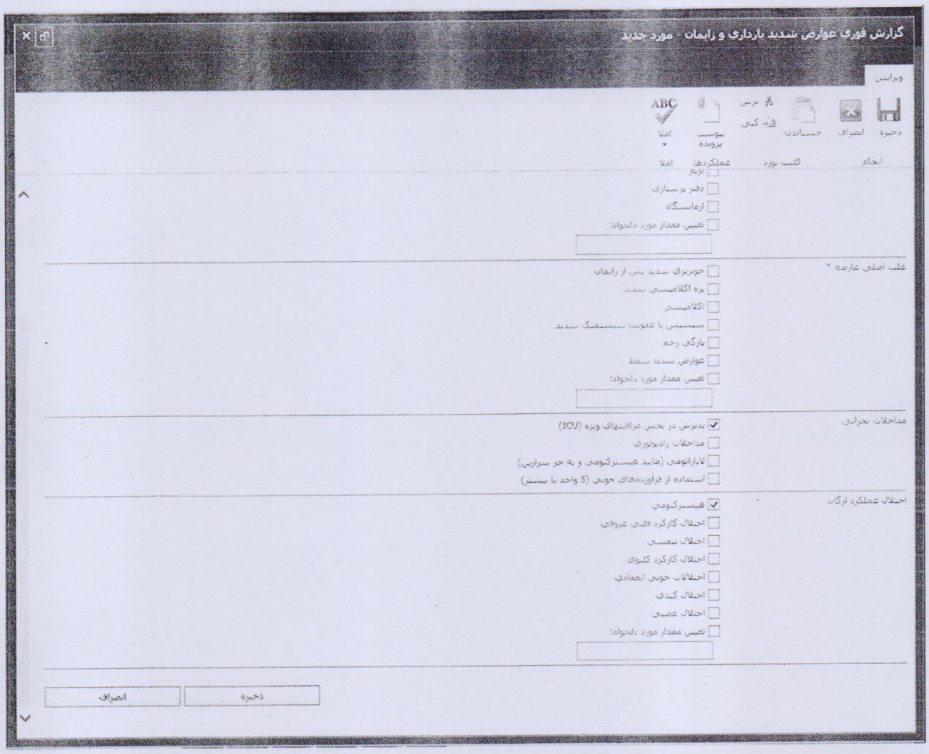
برای دسترسی به این فرم باید از آدرس زیر وارد سامانه شد.

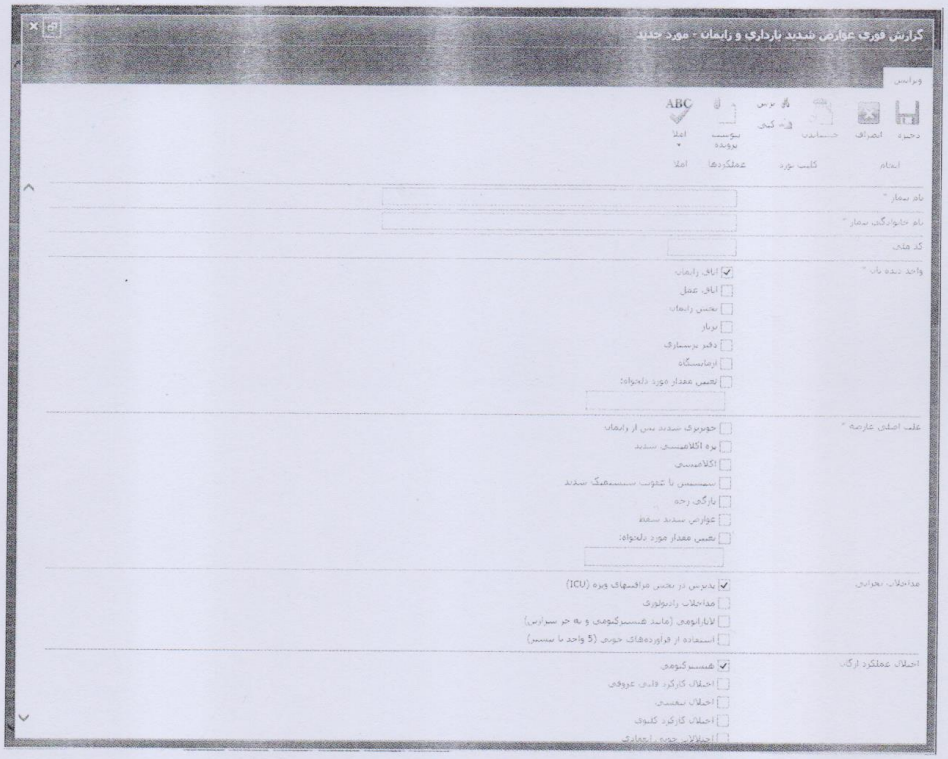
http://www.iman.health.gov.ir/sites/۱۳۹۴/Lists/List۷/AllItems.aspx

برای ورود به سامانه به نام کاربری و رمز عبور نیاز است. برای این منظور می‌توان از نام کاربری ثبت زایمان در بیمارستان‌ها استفاده نمود. لازم به ذکر است این نام کاربری قبلا در اختیار مسوول اتاق زایمان قرار گرفته است.



در این مرحله با کلیک بر روی افزودن مورد جدید فرم باز و تکمیل می‌شود.


گزارش فوری عوارض شدید بارداری و زایمان - مورد جدید
ویرایش
ذخیره
انصراف
جستجو در
فایل کمکی
بررسی
مناسب برروده
املا
املا
عملکردها
کلیپ بورد
انجام
دفتر پرسماری
آزمایشگاه
تعیین مقدار مورد دلخواه:
علت اصلی عارضه *
خونریزی شدید پس از زایمان
بره اکلامپسی شدید
اکلامپسی
سندرم با عفونت سپتیسمیک شدید
پارگی رحم
عوارض شدید سقط
تعیین مقدار مورد دلخواه:
عدداحلال بحرانی
پذیرش در بخش مراقبتهای ویژه (ICU)
عدداحلال رادیوتراپی
لاپاراتومی (هایند هیستروکتومی و به جز سزارین)
استفاده از فراورده‌های خونی (5 واحد یا بیشتر)
اختلال عملکرد ارگان
هیپوکسمی شدید
اختلال کارکرد قلبی عروقی
اختلال تنفسی
اختلال کارکرد کلیوی
اختلالات خونی انعقادی
اختلال کبدی
اختلال عصبی
تعیین مقدار مورد دلخواه:
ذخیره
انصراف



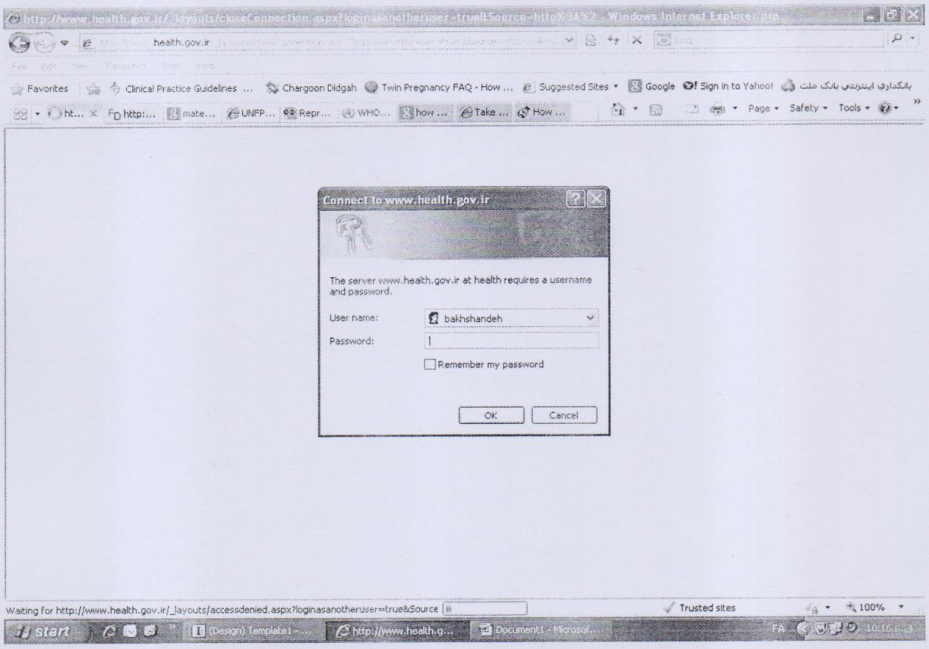
پس از تکمیل اطلاعات با کلیک بر روی کلید ذخیره اطلاعات ثبت میشود.

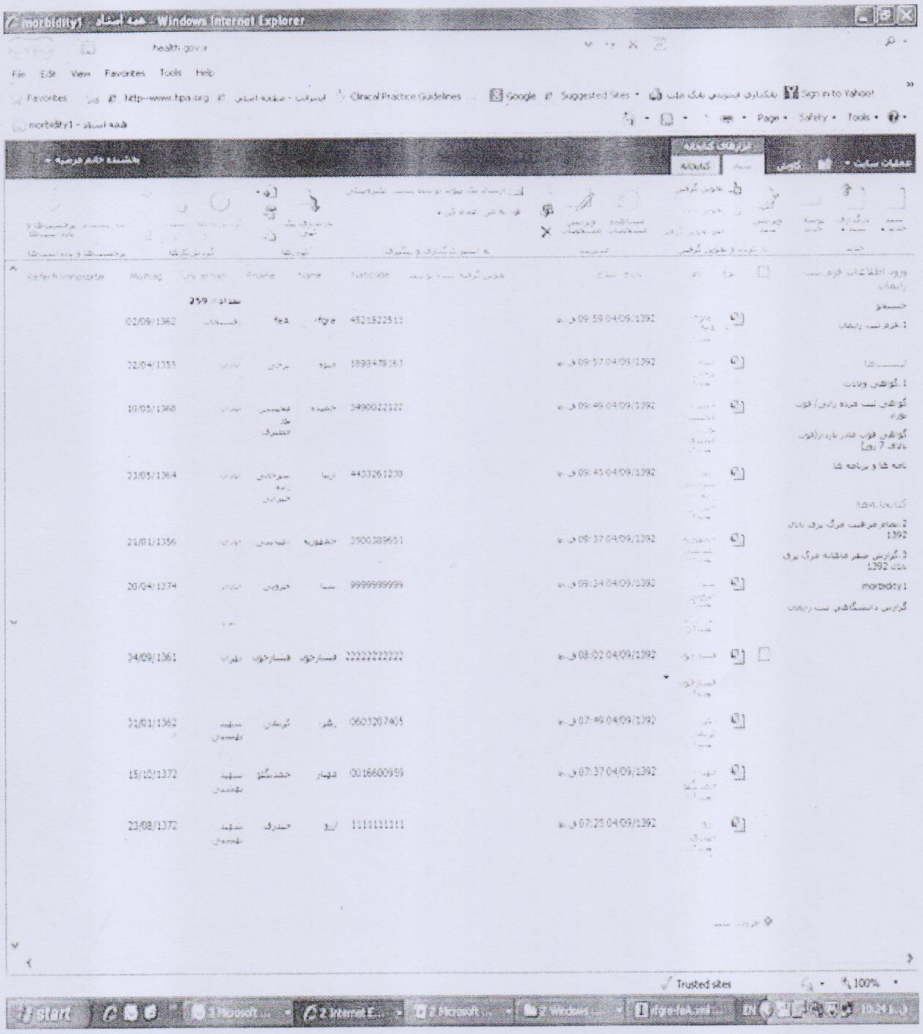
پیوست چهار: راهنمای دسترسی به فرم

دسترسی به فرم به طور مستقیم واز طریق آدرس اینترنتی زیر:

http://www.iman.health.gov.ir/sites/۹۴۴۴/۱۳۹۴/Forms/MyItems.aspx

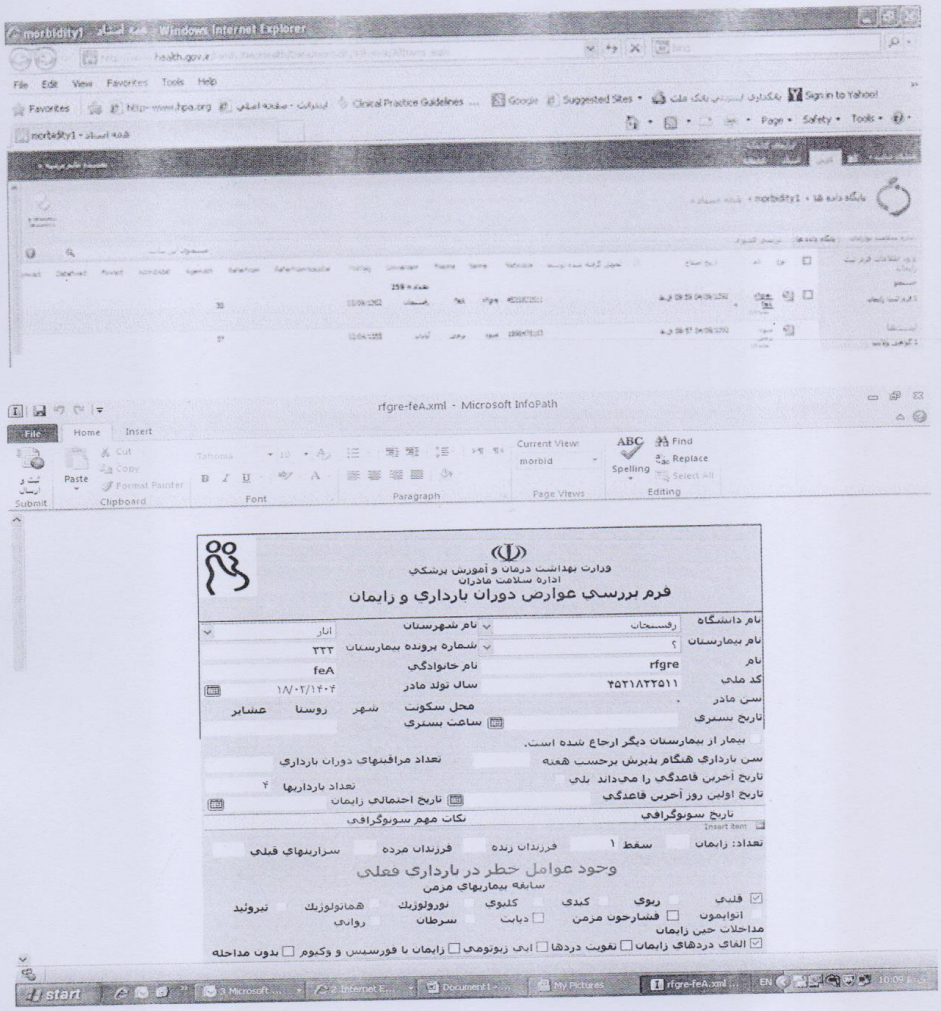
نام کاربری و رمز عبوری را که به شما اعلام شده است وارد کنید:

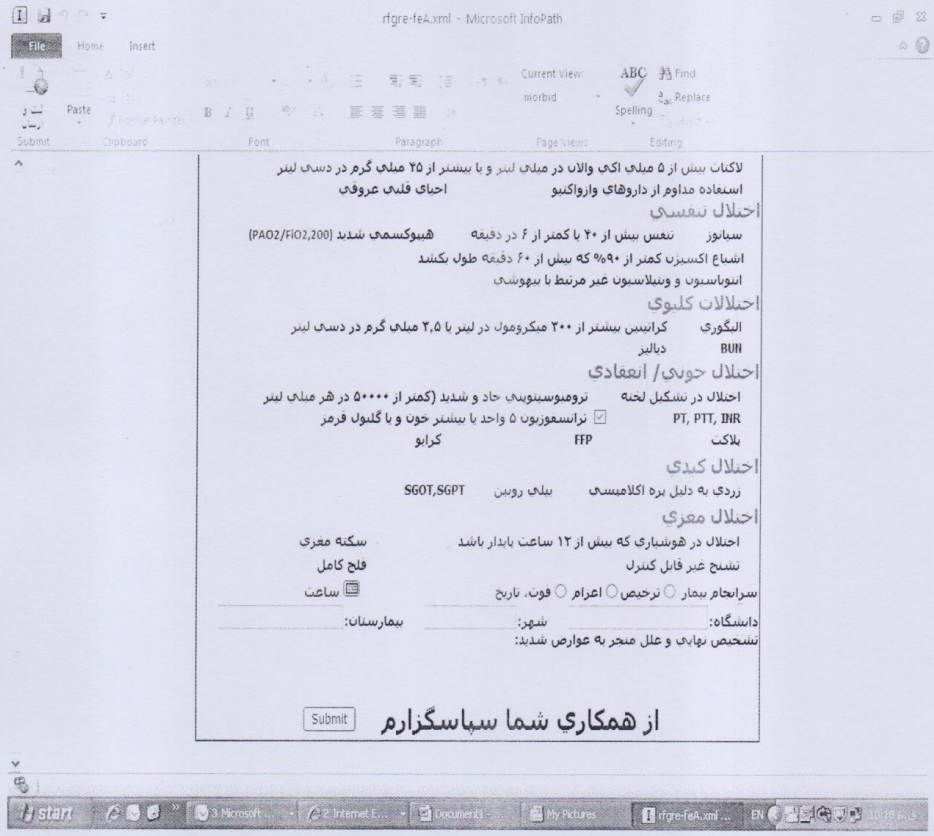




افزودن سند را کلیک کنید. و پس از باز شدن فرم آنرا تکمیل فرمایید.

هم چنین در صورت نیاز با کلیک کردن بر روی سند مربوط به فرد انرا باز نموده و تصحیح نمایید.


morbidity1 - Windows Internet Explorer
rfgre-feA.xml - Microsoft InfoPath
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
اداره سلامت مادران
فرم بررسی عوارض دوران بارداری و زایمان
نام دانشگاه رفسنجان
نام بیمارستان ؟
نام rfgre
کد ملی ۴۵۲۱۸۳۲۵۱۱
سن مادر
تاریخ بستری
نام شهرستان انار
شماره پرونده بیمارستان ۳۳۳
نام خانوادگی feA
سال تولد مادر ۱۸/۰۲/۱۴۰۴
محل سکونت شهر روستا عشایر
ساعت بستری
بیمار از بیمارستان دیگر ارجاع شده است.
سن بارداری هنگام پذیرش برحسب هفته
تعداد مراقبتهای دوران بارداری
تاریخ آخرین قاعدگی را می‌داند بلی
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
تعداد بارداریها ۴
تاریخ احتمالی زایمان
تاریخ سونوگرافی
نکات مهم سونوگرافی
تعداد: زایمان سقط ۱ فرزندان زنده فرزندان مرده سزارینهای قبلی
وجود عوامل خطر در بارداری فعلی
سابقه بیماریهای مزمن
قلبی ریوی کبدی کلیوی نورولوژیک هماتولوژیک تیروئید
آنوایمون فشارخون مزمن دیابت سرطان روانی
مداخلات حین زایمان
القای دردهای زایمان تقویت دردها ابی زیونومی زایمان با فورسپس و وکیوم بدون مداخله
start



پس از تکمیل اطلاعات فرم را submit نمایید و به دنبال آن پیام فرم با موفقیت ثبت شد را دریافت خواهید کرد.

فهرست منابع

1. World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Geneva: World Health Organization, 2010
2. Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 2006,368:1284–1299.
3. Freedman LP et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *The Lancet*, 2007, 370:1383–1391.
4. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:231–243.
5. Say L et al. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health*, 2004, 1(1):3 (DOI:10.1186/1742–4755–1-3).
6. Cecatti JG, et al. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. *Reproductive Health Matters*, 2007,15:125–133.
7. Say L et al., WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. Maternal near miss–towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice& Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*,2009,23:287–296.
8. Pattinson R et al. WHO maternal death and nearmiss classifications. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:734–734A.
9. Graham WJ. Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2009, 23(3):375–388.
10. *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and process of adaptation and implementation*. Geneva, World Health Organization, 2007.
11. Report on the World Health Organization Working Group on the Classification of Maternal Deaths and Severe Maternal Morbidities. Geneva, World Health Organization, 2009.
12. *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision, Volume 2*. Geneva, World Health Organization, 1993.
13. *WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage*. Geneva, World Health Organization, 2007.
14. *WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Geneva, World Health Organization, 2009.
15. Duley L et al. Magnesium sulfate and other anticonvulsants for women with preeclampsia.*Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007; Issue 4. Art. No.: CD000025 (DOI:10.1002/ 14651858. CD000025).
16. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007;Issue 4. Art. No.: CD000933 (DOI: 10.1002/14651858.CD000933).
17. Dellinger RP et al.; International Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee; American Association of Critical-Care Nurses; American College of Chest Physicians; American College of Emergency Physicians; Canadian Critical Care Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; European Society of Intensive Care Medicine; European Respiratory Society; International Sepsis Forum; Japanese Association for Acute Medicine; Japanese Society of Intensive Care Medicine; Society of Critical Care Medicine; Society of Hospital Medicine; Surgical Infection Society; World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Critical Care Medicine, 2008, 36:296–327.
18. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 4. Art. No.: CD004454 (DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2).

19. Lauritsen JM, Ed. EpiData data entry, data management and basic statistical analysis system. Odense, Denmark, EpiData Association, 2000– 2008 (available at: http://www.epidata.dk).
18 Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health
20. Epi-Info. Atlanta, GA, Centers for Diseases Control and Prevention (available at: http://wwwn.cdc.gov/epiinfo).
21. Souza JP et al. The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: study methods. *BMC Health Services Research*, 2011.
22. Cecatti JG et al.; Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near miss and a multidimensional evaluation of their long-term consequences. *Reproductive Health*, 2009, 6:15.
23. Althabe F et al. Guidelines Trial Group. A behavioral intervention to improve obstetrical care. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:1929– 1940.
24. Rogers, E.M. *Diffusion of innovations.* Fifth edition.New York, Free Press, 2003

Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications

The WHO near-miss approach for maternal health



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران