|  |
| --- |
|  |

***موقعیت استان کرمان***

استان کرمان پهناورترین استان کشور ،11 درصد از خاک کشورمان را به خود اختصاص داده است. این استان مرتفع در حد شمالی با استانهای خراسان جنوبی و یزد در حد جنوبی با استان هرمزگان و در شرقی با استان سیستان و بلوچستان و در حد غربی با استان فارس هم جوار می باشد.

بر اساس آخرین تقسیمات کشوری این استان به 24 شهرستان ،انار \_ رفسنجان \_ کرمان \_ ارزوئیه \_ بافت \_ بردسیر \_ راور \_ رابر \_ کوهبنان \_ زرند \_ سیرجان \_ شهربابک \_ جیرفت \_ رودبار جنوب \_ کهنوج\_ فاریاب \_ قلعه گنج \_ منوجان \_ عنبر اباد \_ بم \_ فهرج \_ نرماشیر\_ ریگان تقسیم می شود.

جمعیت استان بر اساس آخرین سر شماری نفوس سال 90 – 2938987 ، نفربوده که 59% این جمعیت شهر نشین می باشند.

استان کرمان در محل تلاقی رشته کوههای مرتفع زاگرس ومرکزی مناطق پست کویری در جنوب شرق کویر مرکزی ایران به طول تقریبا m k 160 واقع شده است و عرض این کویر، کرمان را از سیستان و بلوچستان جدا می کند. این تلاقی استثنائی بین پستی و بلندی یعنی ناحیه کویری و کوهستانی یا بین منطقه گرم و سرد ویژگیهایی محیطی کم نظیر و اوضاع طبیعی خاصی را بوجود آورده است ،که در کمتر منطقه از فلات استثنایی ایران می توان مشاهده کرد. متوسط بارندگی سالیانه 160 میلی متر است و بنابراین جزء مناطق خشک محسوب می شود متاسفانه به دلیل خشکسالی های چند ساله اخیر و عدم تغذیه کافی منابع زیر زمینی این منابع به شدت کاهش یافته اند.حدود 36% از مساحت استان کرمان را مناطق کویری و بیابانی تشکیل می دهند.که گرم ترین نقطه کره زمین جزء این منطقه می باشد.

در بخش کشاورزی این استان دارای بیشترین سطح کشت باغات کشور است وعمده ترین محصولات باغی استان پسته – خرما – مرکبات و گردو می باشد .

در زمینه تجارت خارجی صادرات استان حدود 5/2 درصد از ارزش افزوده کل کشور را ایجاد نموده است و در بین استانهای کشور در رتبه نهم قراردارد.

مروری بر موقیت استان در بحث وسعت ، پراکندگی ، تراکم جمعیت کم و وابستگی کشاورزی در کنار تنوع آب و هوایی ، توصیه کننده مشکلات عدیده ای است که گریبانگیر این استان می باشد.

از یک سو به دلیل تراکم جمعیت کم و وسعت بسیار زیاد امکان خدمت رسانی با مشکل مواجه است و از سوی دیگر مشکلات ناشی از خشکسالی به ویژه در چند سال اخیر و اقتصاد وابسته به کشاورزی به فقر مردم دامن زده است که نتیجه مستقیم این مسئله در بخش سلامت در زمینه پیگیری و مراجعه جمعیت جهت درمان کاملا مشهود است .

پراکندگی استان تا حدی است که گاه دسترسی به مردم جهت ارائه خدمات نیاز به طی مسیر طولانی را داشته و وضعیت نا به سامان راهها، نقل و انتقال گروههای در معرض خطر را با مشکل مواجه می سازد.

مشکل دیگر بعلت وسعت استان و پراکندگی شهرها واینکه استان به 4 دانشگاه علوم پزشکی جیرفت – بم – رفسنجان و کرمان تقسیم شده که امکانات درمانی – تخصصی و فوق تخصصی اعم از نیروی انسانی مجرب – تجهیزات و مکانهای ارائه خدمات در مرکز استان درشهر کرمان می باشند.

عدم وجود این امکانات و نیروی تخصصی و تجهیزات لازم در مراکز دیگر دانشگاهها موجب سرازیر شدن سیل بیماران حتی از استانهای هم جوار سیستان و بلوچستان و هرمزگان به مراکز درمانی کرمان

شده که مشکل خدمات رسانی با این امکانات را مشکل ساخته که شاید جدا شدن بعضی شهرستانها و دانشگاهها نه تنها کمکی به دانشگاه کرمان نکرده بلکه بعنوان متولی سلامت در منطقه بار سنگینی را با امکانات کم بدوش می کشد وپاسخگویی و ارائه خدمات درمانی مناسب به دانشگاههای منطقه را بصورت قطب عهده دار می باشد.

***چشم انداز:***

این اداره امید دارد با افزایش کیفیت خدمات سلامت در مراکز درمانی موجب کاهش مورتالیتی و موربیدیتی مادران و نوزادان و نهایتاٌ افزایش رضایتمندی مراجعین گردد . همچنین با بکارگیری نیروی مناسب مامایی با تلاش گروهی و استفاده از کلیه ظرفیتهای بالقوه و بالفعل بتوانیم استانی داشته باشیم که از نظر شاخصهای سلامت مادران و نوزادان در سطح کشور به عنوان دانشگاهی برتر تلقی شده و کمترین بی عدالتیها در سطح استان وجود داشته باشد.

***رسالت :***

ارتقاء کمی و کیفی ارائه خدمات مربوط به سلامت مادران و نوزادان در مراکز درمانی و تبیین نقش ماما در کیفیت ارائه خدمات مامایی در مراکز درمانی ، تا کلیه شاخص های سلامت مادران و نوزادان را در استان به صورت هماهنگ رشد داده و در هر سال رتبه دانشگاه بین دانشگاههای کشور حداقل 2-1 رتبه بهبود یافته و بعنوان قطب جنوب شرق در بخش سلامت، خدمات ارزنده ای را به آحاد جامعه ارائه نمائیم ،و پشتیبان خوبی برای دانشگاههای این قطب باشیم.

***مقدمه:***

مرگ مادر باردار یک تراژدی دردناک از ظلمی مضاعف به قشر آسیب پذیر زنان می باشد.مرگ و ناتوانی مادران در بقا کودک ، خانواده و توسعه جامعه نقش به سزایی دارد با مرگ مادر،خانواده عضو اصلی خود را برای مدیریت و مراقبت کودکان از دست می دهد.

 در کنار مادران هر ساله در ایران حدود 20 هزار نوزاد پیش از آنکه به یک ماهگی برسند بازندگی وداع می کنند و نیز تقریبا به همین میزان نیز در دوران بارداری پیش از آنکه صدای گریه و خنده شان به دنیای ما لطافتی دیگر بخشد می میرند. بنابراین با اقدامات ساده ای که جهت مراقبت های صحیح دوران بارداری و زایمان و پس از تولد برای مادر باردار و جنین و نوزادش انجام می شود می توان از این مرگها پیشگیری کرد.

یکی از اهداف توسعه هزاره، ارتقاء کیفیت زندگی و سطح سلامت مادران و دختران از طریق تعیین و اجرای مجموعه ای از راهکارهاست و در این راه نیاز به فراهم نمودن بهتر و بیشتر خدمات بهداشتی و درمانی مادران و اقدامات موثر در جهت بهبود وضعیت آنان مورد تاکید می باشد.

نرخ مرگ و میر مادران یعنی شاخصی که نشانگر کیفیت زندگی در سنین باروری است حاکی از تنوع و تفاوت شدید وضعیت اجتماعی واقتصادی زنان در کشورهای مختلف و تغییرات ناشی از آن نظیر وضعیت سواد – سطح فقر ، دسترسی به خدمات بهداشتی ودسترسی به خدمات تخصصی می باشد.

تولد نوزاد از مهمترین اتفاقاتی است که در هر خانواده رخ می دهد . اما از موهبت های الهی این است که چشم گشودن موجودی دوست داشتنی را به این دنیا با درد مادر عجین کرده است و هر زایمان طبیعی با درد آغاز و پایان می یابد.بسیاری از مادران به خاطر ترس و دوری از این درد به انجام سزارین روی آورده اند و این مادران بعلت عدم آگاهی خود و خانواده هایشان از عوارض این عمل برای خود و نوزادشان آگاهی ندارند یا افرادی نا آگاه آنان را تشویق به این کار می کنند.

آخرین آمار ها حاکی از انجام عمل سزارین در کشور بر اساس طرحDHS سال 89 49% می باشد که درطرح DHS سال 79 این آمار 39% بوده یعنی افزایش 10% در عرض 10 سال که این رقم در بعضی بیمارستانها خصوصی به 100-98% می رسد در حالیکه در استانها وشهرهای جنوبی و مرزی پائین است. اما به جرات می توان گفت ایران در میان دیگر کشورهای منطقه از نظر انجام سزارین رتبه نخست را به خود اختصاص داده در حالیکه سازمان جهانی بهداشت اعلام می دارد که 15-5% کلیه زایمانها منجر به سزارین می شود.(آمار موالید وسزارین استان پیوست میباشد.)

بالا بودن آمار سزارین در کشور بیشتر بدلیل عدم آگاهی مادران و خانواده ها در این خصوص، و سوء استفاده برخی از این ناآگاهی می باشد . به نظر می رسد نکته ای که اکنون باید مورد توجه جدی قرار گیردآموزش به خانواد ه ها و جامعه می باشد و بالابردن سطح آگاهی این افراد از عوارض سزارین و فواید زایمان طبیعی می باشد.

 مشکل دیگر گسترده شدن ارائه خدمات تخصصی است که متاسفانه در کشور ما این خدمات تخصصی منجر به افزایش هزینه ها در امر زایمان بوده ،وباعث شده که زایمان را از امر طبیعی تبدیل به یک بیمار ی کرده و این مسلما ناشی از روشهای غلط مدیریتی گذشته و حال می باشد.

در کشورهای توسعه یافته روشهای مختلف علمی وعملی برای توانمند شدن مادر و تسلط بر درد زایمان طراحی و اجرا می شود که کلیه آنها مداخله هائی می باشد که بر مبنای آموزش و حتی تجویز دارو بر پایه آماده ساختن خانواده جهت انجام پروسه زایمان و تبدیل آن به پدیده ای لذت بخش می باشد.

نکته فراموش شده در کشور ما عوارض ناشی از دخالت در امر زایمان طبیعی است ،هم اکنون مراقبت های دوران بارداری نیز با مشکلاتی روبرو شده که بخشی از آن ناشی از انتخاب شیوه ختم بارداری است.در هر بارداری تاریخ تخمینی زایمان تعیین می شود که ممکن است زودتر یا دیرتر محقق شود . اما در سیستم درمان ما دور از استانداردهای دنیا در همان تاریخ تخمینی مادر را بستری وبدون توجه

 به سیکل دیرتر یا زودتر محقق شدن زایمان و عوارض نوزادی با داروهای ایجاد کننده درد یا عمل جراحی ختم بارداری را انجام می دهند.

عوارض این اقدام، تولد نوزادان کم وزن – ایجاد مشکلات تنفسی برای نوزاد – بالارفتن مرگ و میر و زردی نوزادی می باشد .مادران نیز به علت اینکه هنوز لگن و بدنشان آماده تولد نوزاد نیست در معرض خطر قرار می گیرند و انجام عمل جراحی نیز عوارض غیر قابل اجتناب مربوط به خودش را دارد.متخصصان امر معتقدند که در همه موارد اگر مادران آموزش های لازم را دیده باشند و در کلاسهای آمادگی برای زایمان شرکت کرده باشند بسیاری از این مشکلات حل می شود .

 همچنین با واقعی نمودن تعرفه های خدمات درمانی و تصحیح پرداخت ها از جیب مراجعین" Out of Packet " شاید تا حدودی مشکلات حل شود.

***ارزشها :***

\* اهتمام به رعایت و ترویج ارزشهای اسلامی و معنوی ( تکریم پرسنل و مراجعین ) و برخوردی احترام آمیز با مراجعین و کارکنان

\* اهتمام به رعایت اخلاق حرفه ای و ایجاد شرایط دسترسی آسان به خدمات ، فرصت ها و انتخاب منصفانه برای مراجعین و کارکنان

\* استفاده از بهترین عملکرد برای پاسخگویی و ارائه خدمات مناسب با افزایش مسئولیت پذیری و استفاده از عملکردهای مبتنی بر شواهد

\* فراهم نمودن محیطی مناسب جهت افزایش رضایتمندی و رعایت حقوق بیمار ( مادران باردار و خانواده ها )

\* ارتقاء جایگاه ماما و تبیین نقش ماما در نظام سلامت

***ذینفعان :***

**\* درونی :** مدیریت دانشگاه علوم پزشکی ، به دلیل بهبود شاخص های مورد نظر

پرسنل مامایی شاغل در مراکز درمانی

**\* بیرونی :** مراجعین به مراکز درمانی ( مادران ، نوزادان ، خانواده ها )

***تحلیل وضعیت موجود***

 در بررسی مطالعاتی و پژوهشی که از موارد مرگ مادر در سالهای 90- 85 استان انجام شد. شایعترین علل مرگ به ترتیب پره اکلامپسی ، خونریزی بعد از زایمان و ترمبوز وریدی بود .در

5/48% موارد عدم بهره مندی از خدمات تنظیم خانواده یا عدم استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری مشهود بود. در دوران بارداری عدم تشخیص و درمان مناسب توسط کارکنان بخش سلامت اعم از بهورز – ماما – پرستار – و پزشک ( 7/54% ) ، تاخیر در ارائه خدمات درمانی 5/37% و بی توجهی خانم باردار و خانواده اش به علائم خطر دوران بارداری 3/45% از علل قابل توجه کاستی های نظام سلامت در دوران بارداری بود . در هنگام زایمان نیز تشخیص یا درمان نادرست توسط پزشک یا سایر کارکنان در 1/53% موارد در مرگ مادر سهیم بود تشخیص و درمان ناصحیح در بیمارستان نیز به ترتیب در 5/37% و 8/34% مرگ ها را سهیم بودند ودر 8/94% موارد ردپای قصور کادر بهداشتی درمانی در موارد مرگ مادر دیده شد و در این بین نقش پزشکان متخصص مهم تر بود .( متخصصین زنان یا سایر متخصصین)

67% موارد این مرگها بدنبال سزارین بود که وضعیت کشوری نیز همین است ( افزایش مرگ بدنبال زایمان سزارین ) که این امر به دو دلیل می تواند اتفاق افتاده باشد.

1- روند رو به افزایش شاخص ( سزارین ) در سالهای اخیر (DHS سال 79 -39%وDHS سال 89 – 49%) افزایش 10% سزارین در طول 10 سال

2- زایمانهای منجر به سزارین ،زایمانهایی هستند که به دلایلی سلامت مادر یا جنین در معرض خطر بوده به عبارتی زایمانهای High Risk می باشند.

و نکته قابل توجه اینکه انجام زایمان به طریق سزارین مسلما سزارین های تکراری بعدی را بدنبال خواهد داشت و از طرف دیگر سزارین تکراری خطر برخی از عوارض مانند چسبندگی های جفت و بدنبال آن خونریزی و در نتیجه مرگ را افزایش می دهد.همچنین نیاز به خدمات فوق تخصصی ونیاز به تخت ICU را افزایش می دهد.

استان پهناور کرمان تا سال 89 دارای دو دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رفسنجان بود و در سال 89 دانشگاه علوم پزشکی جیرفت با مرکزیت شهر جیرفت و 6 شهرستان تابعه که 5 شهرستان فاقد بیمارستان و تنها شهر جیرفت و کهنوج دارای 2 بیمارستان جنرال و یک بیمارستان تک تخصصی زنان می باشند، و دانشگاه بم با مرکزیت شهر بم و دو بیمارستان جنرال دانشگاهی و یک بیمارستان خصوصی و چهار شهرستان تابعه فاقدبیمارستان ،شکل گرفت. در این دو دانشگاه بسیاری از خدمات تخصصی و فوق تخصصی ارائه نمیگردد. نظر به وجود کادر مجرب هیئت علمی وغیر هیئت علمی در دانشگاه و بیمارستانهای خصوصی و نهادها و مراکز ارائه خدمات درمانی و پاراکلینیک پیشرفته در شهر کرمان موجب شده دانشگاه علوم پزشکی کرمان با 4 بیمارستان آموزشی و بیمارستانهای خصوصی و نهادها و بیمارستان تامین اجتماعی بعنوان قطب این دانشگاهها (رفسنجان – بم –جیرفت- 2 دانشگاه زابل و سیستان بلوچستان) تعیین گردد.

لذا دانشگاه کرمان در ارائه خدمات سطح 3 ،در طرح استاد معین مادران باردار در معرض خطر پاسخگوئی این دانشگاههارا عهده دار باشد.

(\* جدول پیوست)

1- لذا تنها 10 شهرستان از مجموعه 24 شهرستان استان دارای بیمارستان می باشند ، که مسئله اعزام و ارجاع را در این استان پهناور با مشکل مواجه می کند.

2- با توجه به جدول مربوطه کمبود نیروی متخصص زنان و بیهوشی و دیگر تخصصهای وابسته ( قلب ،نورولوژی و .....)در شهرستانها و در دانشگاه بم – و جیرفت مشهود است.

3- فاصله بین بیمارستانهای جنوب استان تا مرکز ریفرال استان که دارای تخت های ویژه (ICU-NICU )می باشد به طور متوسط 300 کیلومتر است.

4- کمبود نیروی انسانی مامائی با تجربه به طور چشمگیری ( طبق ستون مربوطه ) درکلیه بیمارستانها در کنار عدم وجود چارت سازمانی جهت شهرستانهای رودبار ، قلعه گنج ، منوجان، کوهبنان ، عنبرآباد ، محمد آباد ریگان ،مشهود و ارائه خدمات مطلوب و مناسب را با مشکلات عدیده ای مواجه ساخته است.

5- اختیاری بودن طرح نیروهای مامائی و عدم ماندگاری متخصصین زنان در منطقه بعداز اتمام ضریب k ،از جمله مسائل دیگری است که نیاز به مداخله در سطح ملی دارد.

6- فقدان تخت ICU در شهرستان ها با توجه به فاصله زیاد بعضی شهرستانها

7- فقدان تخت NICU و کادر مجرب در شهرستان ها با توجه به فاصله زیاد بعضی شهرستانها(تنها 20تخت در مرکز افضلی پور-6 تخت در رفسنجان از سال91و8 تخت در جیرفت از اردیبهشت 92 )

8- در زمینه شاخص سزارین ، آمارهای سالهای اخیر حاکی از این است که درصد سزارین به طور متوسط در سطح استانی در سال 91 به44% رسیده که در بعضی شهرستانها در حد 23 درصد ( شهرستانهای جنوبی)، و در بیمارستانهای خصوصی 88 -84 % رادارد که با تمهیدات انجام شده در کمیته های ترویج زایمان طبیعی و ابلاغ و اعلام به آنها تا حدی کاهش یافته است اما مشکلات فراسوی این مسئله به قرار زیر است.

1-8 زمان مورد نیاز توسط متخصصین زنان جهت هدایت یک زایمان طبیعی حدود 5 برابر سزارین می باشد و این در حالی است که تعرفه دریافتی به مراتب پائین تر است.

2-8 عدم پرداخت به موقع و مناسب بیمارستانهابه پزشکان به علت خود گردان بودن آنها ( پرداخت های دیر هنگام سازمانهای بیمه گر به بیمارستانها)

3-8 سزارین های تکراری دهه 70 و کمبود امکانات زایمان طبیعی ، امکان مداخله موثر را با مشکل مواجه می سازد.

4-8 کمبود کادر بیهوشی و عدم وجود تعرفه مناسب جهت راه اندازی زایمان بدون درد

5-8 عدم مراجعه مردم به مراکز مشاوره مامائی وکلاسهای امادگی برای زایمان علیرغم وجود این مراکز در بیمارستانها و سطح شهر

6-8 عقب رانده شدن ماماها از شرح وظایف واقعی خودشان چه در بخش خصوصی وچه در بخش دولتی

7-8 عدم اگاهی جامعه وخانواده ها از درد زایمان

8-8 غیر استاندارد بودن فضای فیزیکی اتاقهای زایمان

***\*\*\* جدول SWOT برنامه های مادران-نوزادان ومامایی***

|  |
| --- |
| **نقاط قوت S**  |
| 1- وجود تیم های نجات جان مادر2- وجود فوکال پوینت برنامه مادران3- وجود تیم سلامت با محوریت پزشک خانواده4- پیگیریهای اداره مامائی معاونت درمان5- اشراف کامل معاون ومدیر درمان به برنامه های مامایی6- حساسیت بالای مسئولین ، مدیران دانشگاهی و مدیران شبکه ها ،کارشناسان ستاد شهرستانهاو بیمارستانها7- تعامل مناسب بین گروههای مختلف دانشگاه8- وجود پتانسیل علمی در دانشگاه کرمان ( فوق تخصص های متعدد)9- انجام مستمر نظارت در بیمارستانها و پیگیری های لازم |

|  |
| --- |
| **نقا ط ضعف W** |
| 1. عدم وجود متخصص زنان مقیم در بخشهای زایمان
2. ارجاع موارد هایریسک مادران ونوزادان پرخطر ازدانشگاههای بم و جیرفت به مرکز اموزشی درمانی افضلی پور وشفا
3. کمبود تخت ICU
4. کمبود تخت ICUویژه مادران باردار در مرکز ریفرال استان

5- کمبودفلوشیب بیهوشی و متخصص بیهوشی دوره دیده دربخشهای ICU6- عدم وجود بخش HIGHRISK پریناتولوژی ( بخش مادران در معرض خطر) در بیمارستانهای سطح 3 بخصوص بیمارستان افضلی پور7- عدم وجود Case مناسب وکافی جهت آموزش دانشجویان مامائی8- کمرنگ بودن کوریکولوم های آموزشی در مباحث آموزشی9- استاندارد نبودن فضای فیزیکی زایشگاهها10- کمبود فضای فیزیکی و تجهیزات درمانی مناسب بالاخص در دانشگاه بم – جیرفت11- کمبود نیروی انسانی ، متخصص زنان و بیهوشی،ماما ،پرستار12- کمبود متخصصین زنان وبیهوشی و ماما در مناطق محروم13- تعویض مکرر نیروهای مامائی14- کمبود تخت NICU در استان15- کمبود فوق تخصص نوزادان در استان16- پائین بودن انگیزه پرسنل17 – جداشدن دانشگاههای بم و جیرفت و عدم همکاری در اجرای طرح سطح بندی از طرف این دانشگاهها |

|  |
| --- |
| **تهدیدها o**  |
| 1- پراکندگی استان2- عدم اگاهی جامعه در زمینه ارائه خدمات مامایی3- توسعه نیافته بودن مناطق عمده ای در استان4- وجود راههای ارتباطی ترانزیت و شلوغ ( عدم وجود بزرگراه)1. طرح خودگرانی بیمارستانها(تمایل به افزایش در امد)
2. عدم هماهنگی سازمانهای بیمه گر با بخش درمان
3. عدم حمایت قانونی از عاملین زایمان
4. واقعی نبودن تعرفه های درمانی
5. کمبود تختهاوامکانات تخصصی وفوق تخصصی در استان(بم وجیرفت)
6. کمبود منابع مالی جهت تامین فضا های فیزیکی
 |

|  |
| --- |
| **فرصتها T**  |
| 1. امکان استفاده از رسانه جمعی
2. استفاده ازشورای سلامت
3. همکاری نظام پزشکی و پزشکی قانونی
4. NGO ها
5. حمایت و همدلی مسئولین

(حمایت ریاست دانشگاه ومعاون درمان از برنامه های سلامت مادران ونوزادان-مامایی ) |

***سطوح نیازمند مداخله:***

بررسی وضعیت موجود استان در خصوص برنامه های سلامت مادران با توجه به شاخصها، الگوی مرگ مادر، نتایج پرسشگری های مرگ مادر، آمار زایمان و سزارین نشان دهنده توجه خاص به مسائل ذیل بوده و در واقع سطح بندی مداخلات را می توان به شکل زیر تقسیم بندی نمود

**1: مراقبت های تنظیم خانواده**

- پیشگیری از حاملگی های پر خطر ( حاملگی زیر 18 سال بالای 35 سال ، سن آخرین فرزند کمتر از 2 سال و سابقه بیماری زمینه ای)

- پیشگیری از حاملگی های ناخواسته در مادران در معرض خطر

- مشاوره تنظیم خانواده و استفاده صحیح از وسایل مطمئن پیشگیری از بارداری، در مادران در معرض خطر

**2: مراقبت های دوران بارداری**

- مراقبت با کیفیت در مادران باردار(بخش خصوصی ودولتی)

- دسترسی به فرد مناسب جهت مراقبت زنان باردار

- غربالگری و تشخیص به موقع مادران باردار در معرض خطر وارجاع انان

- اجرای دقیق برنامه سطح بندی خدمات مادر و نوزاد

- ارجاع بدون تاخیر مادران باردار در معرض خطر

- اعزام بدون تاخیر مادران باردار در معرض خطر

- پذیرش بدون تاخیر مادر باردار در معرض خطر در سطوح بعدی

- انجام مناسب و بموقع خدمات به مادران باردار

- پیگیری مناسب توسط بخش بهداشت

**3: مراقبت های زایمان ، پس از زایمان و اورژانسهای بارداری- دسترسی به فرد مناسب جهت انجام زایمان و اورژانسهای بارداری**

- اجرای طرح پزشک مقیم زنان در بخش زایمان و متخصص بیهوشی دربخشهای I.C.U

- اجرای صحیح دستور العملهای درمانی در بیمارستانها بخصوص در بیمارستانهای آموزشی و ویزیت و انجام مشاوره توسط (اتندینگ نه رزیدنتها)

- دسترسی به فرد مناسب جهت مراقبتهای پس از زایمان

- انجام مراقبت های حین و پس از زایمان استاندارد

- امکان دسترسی به خدمات اورژانسی در صورت نیاز و ایجاد شرایط مناسب جهت مادران مناطق دور افتاده در صورت در معرض خطر بودن مادر

- ارائه خدمات پاراکلینیک در کلیه بیمارستانها، شیفتها وایام تعطیل

**4: آموزش پرسنل ودانشجویان**

- ارتقاء کیفیت آموزش پرسنل و دانشجویان مامایی وپزشکی ( بخش بهداشت – درمان )

- تغییر کوریکولوم های آموزشی بهداشتی و درمانی جهت دانشجویان پزشکی و مامائی

- توانمند سازی رزیدنتهای زنان و تغییر برنامه آموزشی آنها(حضور استاد برای اموزش نه رزیدنت سال بالا)

- برگزاری دوره های آموزش مداوم جهت متخصصین زنان در خصوص اورژانسهای زنان وانجام زایمان طبیعی

- توانمند سازی کلیه متخصصین زنان و ماماها در امر آموزشهای حین بارداری و مطالب کلاسهای آمادگی برای زایمان

**5: آموزش جامعه**

- تغییر نگرش جامعه در مورد گرفتن آموزش از سطوح زیربط ( مراکز مشاوره مامائی)

- آموزش خانوادها و مادران باردار( تشویق جهت شرکت در کلاسها)

- ارائه بعضی آموزشها از رسانه ها

***اهداف اصلی***

1. ارتقاء سطح سلامت مادران و نوزادان ( کاهش مرگ و میر مادران به میزان 50% نسبت به سال قبل ونوزادان یه میزان 20% )
2. افزایش زایمان طبیعی و کاهش سزارینهای غیر ضروری ( کاهش 10% وضعیت موجود )
3. افزایش رضایتمندی پرسنل و مراجعین به بخش های مامایی و نوزادان و ارائه خدمات مناسب به آنها ( افزایش 10% وضعیت موجود )

***فعالیت ها:***

***استراتژی 1***

\*\*\* ارتقاء سطح سلامت مادرا ن و نوزادان ( کاهش مرگ و میر مادران به میزان 50% نسبت به سال قبل و نوزادان 20% )

a : استقرار کامل استانداردهای ده اقدام بیمارستانهای دوستدار مادر تا پایان سال ( حداقل سه اقدام اول تا پایان سال 93 و همه ده اقدام تا پایان سال 95)

b : تامین نیروی انسانی مورد نیاز ( ماما ، متخصص زنان و بیهوشی )

c : توانمند سازی متخصصین زنان و ماماها در امر زایمان فیزیولوژیک

d : آموزش و توانمند سازی مادران باردار در جهت انجام زایمان طبیعی

e : جلب مشارکت گروه زنان و کودکان در پیاده سازی این اقدامات

f : تامین فضای فیزیکی مناسب در بخش های زایمان

h : تشکیل تیمهای درمانی حاملگی پر خطر در بیمارستانها و مشارکت دیگر گروههای تخصصی

i : استقرار پزشک مقیم در بخش های زایمان

j : اجرای دستورالعمل آنکال دوم زنان درکلیه بیمارستانها

k : پشتیبانی و اجرای طرح استاد معین

l : افزایش تختهای تخصصی ICU و NICU در مرکز استان

m : افزایش تخت های مادران پر خطر ( راه اندازی بخش مادران پر خطر در بیمارستانهای سطح سه با اولویت بیمارستان افضلی پور )

n : تصحیح روند انتقال نوزاد با تهیه پروتکل انتقال نوزاد و آموزش تیم انتقال نوزاد

o : برقراری ارتباط موثر با معاونت بهداشتی و مراکز بهداشتی جهت شناسایی و ارجاع به موقع مادران پر خطر و نجات جان مادر در مراکز بهداشتی و درمانی

p :تقویت برنامه پیگیری مادران پر خطر در سطح مراکز درمانی

q : تقویت ، پیگیری و گزارش دهی علل مرگ و میر مادران و نوزادان به سطوح بهداشتی و درمانی جهت مداخلات لازم ، پیشگیری از وقوع مرگ های مشابه و تصحیح روند خدمات رسانی

r : تعامل با ستاد هدایت جهت تصحیح روند اعزام مادران در معرض خطر و نوزادان

s : پیگیری برنامه سطح بندی منطقه ای خدمات مادر ونوزاد در چهار دانشگاه رفسنجان ، بم ، جیرفت و کرمان

t : تقویت و استقرار برنامه نوزاد سالم در اتاقهای زایمان و اتاق عمل بیمارستانها ( تامین نیروی انسانی و انجام فرایندها )

u : هماهنگی با مدیریت نظارت و اعتبار بخشی جهت لحاظ نمودن miss managmaent درمانی بر اساس خلاصه شرح حال موارد مرگ مادران باردار و چگونگی خدمات رسانی به مادران باردار در معرض خطر در برنامه اعتبار بخشی

***استراتژی 2***

\*\*\* کاهش میزان سزارین و افزایش زایمان طبیعی در بیمارستانهای تحت پوشش به میزان 10% وضعیت موجود

a : تشکیل به موقع کمیته ترویج زایمان طبیعی در بیمارستانها و شبکه ها

b : برقراری ارتباط موثر با روسای بیمارستانها و مدیران شبکه ها و حضور آنان درکمیته های دانشگاهی ترویج زایمان طبیعی

c : برقراری ارتباط موثر با هیئت رئیسه دانشگاه و سازمان نظام پزشکی و حضور فعال و موثر آنان در کمیته های دانشگاهی ترویج زایمان طبیعی

d : هماهنگی با مدیریت نظارت و اعتبار بخشی جهت لحاظ کردن شاخص سزارین در برنامه اعتبار بخشی بیمارستانی و صدور پروانه متخصصین زنان

e : هماهنگی با معاون آموزشی جهت لحاظ نمودن شاخص سزارین متخصصین زنان در بخش خصوصی در ارتقاء هیئت علمی

 : fنظارت و پایش مقطعی برنامه ( سالانه ، 6 ماهه ، 3 ماهه و ماهیانه )

g : مشارکت در تامین منابع مورد نیاز جهت انجام زایمان ایمن ( نیروی انسانی ، فضا و تجهیزات )

h : هماهنگی با گروه زنان و رسانه ملی در جهت تهیه برنامه های رادیو و تلوزیونی برای آگاه سازی جامعه و ترویج زایمان طبیعی

***استراتژی 3***

\*\*\* اقزایش رضایتمندی پرسنل و مراجعین بخش های زایمان ، مامایی و نوزادان در ارائه خدمات مناسب ( افزایش 10% وضعیت موجود )

a : تغییر فضای فیزیکی بخش زایمان بیمارستان افضلی پور براساس استانداردهای جدید وزارت بهداشت

b : ساخت بخش مادران در معرض خطر و جدا سازی تخت های بستری این بیماران از بیماران بخش لیبر و مامایی افضلی پور

c : افزایش تختهای MICU به 4 تخت ( مراقبت ویژه مادران )

d : پیگیری ، تجهیز و راه اندازی بخش NICU2

e : جذب نیروی مامایی متناسب با استاندارد بخش های فوق

f : جذب نیروی پرستار جهت بخش های NICUو MICU

g : جذب نیروی کمک بهیار و بیماربر جهت ارائه خدمات مناسب به بیماران

h : راه اندازی و تجهیز محل اسکان مادران بارداردر معرض خطر با ظرفیت 5 تخت در بیمارستان افضلی پور

i : بزرگداشت روزماما در مراکز بهداشتی ، درمانی وآموزشی

l : شناسایی نیروهای کارآمد و تشویق آنان

***آمار***

*\* تعداد مرگ و میر مادران باردار :*

5 مورد در سال 92

گزارش صفر از تاریخ 23/4/92 تا پایان سال 92

**\* علت مرگ های سال 92**

|  |  |
| --- | --- |
| پره اکلامپسی و عوارض وابسته  | 1 مورد  |
| شکم حاد و پارگی روده به دنبال سزارین قبلی  | 1 مورد  |
| خونریزی  | 1 مورد  |
| آمبولی مایع آمنیوتیک | 1 مورد  |
| بیماری زمینه ای لوپوس  | 1 مورد  |

 **\* تعداد مرگ و میر نوزادان :**

174 مورد مرگ نوزاد در سال 92 ، که علل آن در حال آنالیز میباشد .

 **\* شاخص سزارین :**

|  |  |
| --- | --- |
| زمان  | درصد  |
| 6 ماهه اول سال 92 | 52% ( مراکز درمانی ) |
| 6 ماهه اول سال 91 | 50% ( مراکزدرمانی ) |
| دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال 91 | 49% |
| کل استان در سال 91 | 44% |
| شهر کرمان در سال 91 | 55%  |

\*\*\* لازم به ذکر است که آمار سال 92 پس از جمع آوری و آنالیز متعاقباً پیوست می گردد .

 \* **جدول پیش بینی اعتبارات برنامه در سال 93**

|  |  |
| --- | --- |
| ساخت فضای فیزیکی بخش M.I.C.U | 000/000/000/10 ریال |
| تجهیز 4 تخت در بخش فوق " | 000/000/000/6 ریال |
| ساخت فضای فیزیکی بخش زایمان | 000/000/000/20 ریال |
| تجهیزات بخش " | 000/000/000/12 ریال |
| ساخت فضای فیزیکی بخش مادران در معرض خطر | 000/000/000/10 ریال |
| تغییر کاربری فضایی دربیمارستان افضلی پور جهت اسکان مادران در معرض خطر | 000 /000/150 ریال |
| جمع کل | 000/000/150/58 ریال |

 **تدوین کنندگان :**

 ***شهره فرودنیا - زهرا محمودآبادی***