

راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار مادر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت مادران

عنوان و پدیدآور	راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار مادر / [نویسندگان گروه مؤلفین] : [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران.
مشخصات نشر	تهران : چارسوی هنر، ۱۳۸۵.
مشخصات ظاهری	۲۴۰ ص. : جدول، نمودار.
شابک	964-96856-4-2
یادداشت	فیبا
یادداشت	: کتابخانه : ص. ۲۴۰.
موضوع	: مادر - خدمات پزشکی.
موضوع	: مراقبت‌های پس از زایمان.
موضوع	: مراقبت‌های پیش از زایمان.
شناسه افزوده	: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران.
رده‌بندی کنگره	RG 440/2
رده‌بندی دیویی	713/04244
شماره کتابخانه ملی	۸۵-۴۲۶۰۴ م



راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار مادر تألیف: گروه مؤلفین

ناشر : چارسوی هنر

چاپ اول : ۱۳۸۵

شمارگان : ۱۴۰۰۰

طراحی و صفحه‌آرایی: چارسو گرافیک (معصومه ششدهی)

لینتوگرافی : سایان گرافیک / چاپ متن: آزاده

چاپ جلد : داد / صحافی : فاروس

شابک: ۹۴۶-۹۶۸۵۶-۴-۲

آدرس : تهران، ضلع شمال غرب پل سیدخندان، خیابان شقایق، شماره ۲۸.

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

➤ مسئول طراحی و اجرا :

- اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت

➤ اعضای گروه طراحی و اجرا (به ترتیب حروف الفبا):

- امانی اقتدار، نهضت، کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- جعفری، دکتر نوشین، متخصص زنان و زایمان
- جلیوند، پوران، کارشناس بهداشت عمومی
- چنگیزی، دکتر نسرين، متخصص زنان و زایمان
- حجازی، سیدم، کارشناس ماما
- دلآور، دکتر بهرام، متخصص کودکان
- رادپویان، لاله، کارشناس ماما
- رحیمی قصبه، موسی، کارشناس ارشد ماما
- عازمی، خواد، دکتر ارشد، رئیس اداره سلامت مادران
- مطلق، دکتر محمد اسماعیل، متخصص کودکان
- والاقر، شهرزاد، کارشناس ماما
- هادی، پور جهرم، لیلا، کارشناس ارشد ماما
- یمانی، دکتر سید تقی، کارشناس دفتر سلامت خانواده و جمعیت

➤ با تشکر از همکاری :

- اعضای محترم گروه پریناتالوژیست دانشگاه علوم پزشکی تهران
- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی سلامت مادران
- اعضای محترم انجمن پزشکان نوزادان ایران
- اعضای محترم گروه بیهوشی
- دکتر شیرین کاویانپور، متخصص زنان و زایمان
- دکتر فریبا نبینی، متخصص زنان و زایمان (نماینده مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
- دکتر عباس حبیب الهی، متخصص کودکان
- دکتر ناصر افشاریان، متخصص کودکان
- منصومه شاه محمدی، کارشناس ماما

➤ اعضای گروه پریناتالوژی (متخصصین زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران) که در طراحی اولیه پروتکل ها فعالیت داشتند : (به ترتیب الفبا)

- اسلامیان، دکتر لاله
- برنا، دکتر صدیقه
- بیگی، دکتر لوطیطلب
- جمال، دکتر افسر السلالت
- حنطوش زاده، دکتر صدیقه
- خضر دوست، دکتر منیر
- رحیمی شریف، دکتر فاطمه
- مرصومی، دکتر وجهه
- نیرومندی، دکتر شیرین

➤ اعضای کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران (متخصصین زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی): (به ترتیب الفبا)

- آرام، دکتر شهناز، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- اکبریان، دکتر عبدالرسول، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- برکاتی، دکتر سیدحامد، متخصص کودکان، کارشناس اداره نوزادان
- بصیر، دکتر فاطمه مهنا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بهنیا، دکتر حمید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- جهانیان، دکتر منیره، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- چارچیان، دکتر شهلا، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
- حیوزاده، دکتر محمد فوق تخصص نوزادان، رئیس اداره نوزادان
- خشتی، دکتر فاطمه، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- رازی، دکتر تقی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
- سیاح ملی، دکتر منیره، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- صراف، دکتر زهره، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- عبدالباقی، قرب، دکتر صدیقه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- عرب محمدحسینی، دکتر عیلا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- علامه، دکتر زهره، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- علوی، دکتر قدسیه سیدی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- فربور، دکتر خلیل، متخصص کودکان، رئیس اداره ترویج تغذیه با شیر مادر
- قاضی زاده، دکتر شیرین، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- قهریری، دکتر عطایله، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- کدیور، دکتر ملیحه، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کریم زاده میبدی، دکتر محمد علی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
- محبوی، دکتر مرجان، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
- محقق، دکتر پریسا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- منتضیان، دکتر شهلا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- موسوی، دکتر اعظم السلالت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مهدی زاده، دکتر پروانضل، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- مؤید محسنی، دکتر سگینه، دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- نیری، دکتر فاطمه سلامت، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

گروه پری ناتالوژی از اعضای کمیته اعتلای سلامت مادران نیز هستند.

➤ گروه بیهوشی

- آگاه، دکتر مهوش، متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- عموشاهی، دکتر علی، متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- فریدی، دکتر نسرين، متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فهرست مطالب

۶۰	تست‌های بررسی سلامت جنین - مایتورینگ الکترونیکی قلب جنین	۶۰
۶۱	تست‌های بررسی سلامت جنین - OCT	۶۱
۶۲	تنگی نفس	۶۲
۶۴	تهوع و استفراغ	۶۴
۶۷	حاملگی Post term	۶۷
۶۹	حاملگی چندقلویی	۶۹
۷۲	حاملگی خارج از رحم	۷۲
۷۳	خارش	۷۳
۷۶	خونریزی واژینال (نیمه اول بارداری)	۷۶
۷۹	خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)	۷۹
۸۲	درد شکمی (نیمه اول بارداری)	۸۲
۸۴	درد شکمی (نیمه دوم بارداری)	۸۴
۸۷	درمان ضد انعقادی با هیپارین	۸۷
۸۹	دیابت قبل و حین بارداری	۸۹
۹۲	رحم بزرگتر از سن حاملگی	۹۲
۹۴	رحم کوچکتر از سن حاملگی	۹۴
۹۷	سرخچه	۹۷
۹۸	سقط عفونی	۹۸
۱۰۱	شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون	۱۰۱
۱۰۴	عفونت‌های ادراری	۱۰۴
۱۰۷	فشارخون بالا	۱۰۷
۱۰۹	فشارخون مزمن	۱۰۹
۱۱۲	کاهش حرکت جنین	۱۱۲
۱۱۴	کیست تخمدان	۱۱۴
۱۱۶	گرفتاری پوستی	۱۱۶
۱۱۸	هول	۱۱۸
۱۲۱	IUFD	۱۲۱
۱۲۳	STI	۱۲۳
۷	مقدمه	۷
۱۹	آشنایی با مجموعه	۱۹
۲۳	بخش پیش از بارداری و بارداری	۲۳
۲۷	● جدول مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری	۲۷
۲۹	● راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری	۲۹
۳۰	● راهنمای مراقبت‌های معمول بارداری	۳۰
۳۱	● مراقبت‌های ویژه بارداری	۳۱
۳۳	○ اختلال هوشیاری و تشنج	۳۳
۳۴	○ ادم	۳۴
۳۶	○ ابله مرغان	۳۶
۳۸	○ آنمی	۳۸
۳۹	○ بیماری قلبی (قبل و حین بارداری)	۳۹
۴۰	○ پارگی زودرس کیسه آب	۴۰
۴۴	○ یره اکلامپسی	۴۴
۴۷	○ یره اکلامپسی شدید - اکلامپسی - HELLP	۴۷
۵۰	○ پرولاپس بند ناف	۵۰
۵۲	○ پلی هیدرامنیوس	۵۲
۵۴	○ تب	۵۴
۵۶	○ تروما	۵۶
۵۸	○ تست‌های بررسی سلامت جنین - بررسی بیوفیزیکال پروفایل	۵۸

- ۱۹۱ مراقبت‌های ویژه پس از زایمان
- ۱۹۲ تب
- ۱۹۵ خونریزی
- ۱۹۹ پیوسته

- پیوست ۱: شرح وظایف افراد بر اساس الگوریتم‌ها
- ۲۰۱ [بخش، اورژانس، اتاق زایمان]
- پیوست ۲: لیست داروهای مورد نیاز در بیمارستان
- پیوست ۳: لیست آزمایش‌های مورد نیاز در بیمارستان
- پیوست ۴: لیست تجهیزات مورد نیاز در بیمارستان
- پیوست ۵: فرم‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان
- پیوست ۶: نحوه تکمیل فرم‌های مراقبت دوران بارداری،
- زایمان، پس از زایمان

۲۴۰ ضایع

- ۱۲۲ سایر موارد خطر در بارداری قلبی
- ۱۲۶ بیماری و ناهنجاری‌ها
- ۱۳۰ سوابق بارداری و زایمان
- ۱۳۲ مشاوره و توصیه‌های تنظیم خانواده
- ۱۳۳ مکمل‌های دارویی
- ۱۳۳ داروهای روان‌بخشی در بارداری
- ۱۳۵ بخش زایمان
- ۱۳۶ اداره زایمان طبیعی
- ۱۴۸ فرم پارترگراف
- ۱۵۳ زایمان بی‌درد
- ۱۵۵ رژیم‌تال
- ۱۵۸ ایندورال
- ۱۶۲ اسپینال
- ۱۶۵ اسپینال - ایندورال
- ۱۶۶ پاراسیتیکال
- ۱۶۶ پودندال
- ۱۶۶ غیر رژیم‌تال
- ۱۶۶ بی‌دردی استنشاقی
- ۱۶۹ داروهای وریدی
- ۱۷۱ مراقبت‌های ویژه زایمان
- ۱۷۳ اتاق زایمان
- ۱۷۵ بیماری قلبی حین زایمان
- ۱۷۶ SBE پروفیلاکسی
- ۱۷۷ زایمان چندقلویی
- ۱۷۹ دستوشی شانه
- ۱۸۰ زایمان زودرس
- ۱۸۲ توکولیتیک
- ۱۸۳ عدم خروج کامل جفت
- ۱۸۵ نمایش غیر سفالیک
- ۱۸۶ وارونگی رحم
- ۱۸۷ بخش پس از زایمان
- ۱۸۹ جدول مراقبت‌های پس از زایمان
- ۱۹۰ راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان

مقدمه

www.ketab.ir

نهضت بیمارستان‌های دوستدار مادر

مقدمه و تاریخچه:

از ابتدای سال ۱۳۷۸ تلاش برای بهبود کیفیت خدمات ارایه شده به مادران در دستور کار اداره سلامت مادران قرار گرفت. این تلاش با استانداردسازی مراقبت‌های روتین و ویژه به مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی برای غیر پزشکان و پزشکان عمومی طی ۴ سال به انجام رسید. از شهریور تا اسفند ۱۳۸۲ اجرای آزمایشی این پروتکل‌ها در ۱۴ دانشگاه کشور شروع و در پائیز سال ۱۳۸۵ پس از ارزشیابی نهایی اجرای آزمایشی، هفته‌های آموزشی کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی ۵ دوره کارگاه، آموزش‌های لازم را دریافت نمودند و مقرر شد که به شکلی برنامه‌ریزی نمایند که برنامه مراقبت‌های ادغام یافته مادری ایمن تا پایان سال ۱۳۷۸ به کلیه شهرستان‌های کشور تعمیم یابد.

همزمان با استانداردسازی خدمات خارج بیمارستانی و به دنبال بررسی پرسشنامه‌های نظام جمع آوری اطلاعات مرگ و میر مادران که از سال ۱۳۷۶ پس از انجام مطالعه *RAMOS* در کشور اجرا می‌شد به این نتیجه رسیدیم که روال جمع آوری اطلاعات باید تبدیل به یک نظام مراقبت (*Surveillance system*)، برای جمع آوری اطلاعات مرگ، شناسایی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ و طراحی مداخله‌های ضروری برای پیشگیری از وقوع مرگ‌های مشابه گردد. طراحی و آزمون میدانی چنین نظامی در سال ۱۳۷۹ انجام شد و از سال ۱۳۸۰ اجرای آن به صورت کشوری به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید.

نتایج حاصل از اطلاعات سال اول اجرای برنامه (۱۳۸۰) برای ما آشکار کرد که عمده مرگ‌ها در بیمارستان‌های کشور اتفاق می‌افتد و بررسی موردی مرگ‌ها نیز نشان از درصد بالای *miss-management* و *malpractice* به عنوان علت اصلی مرگ مادران به خصوص در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی می‌داد. از سوی دیگر نتایج مطالعه *DHS** که در سال ۱۳۷۹ در کشور اجرا شده بود و در سال ۱۳۸۰ نتایج اولیه آن منتشر گردید، نشان می‌داد که ۸۵ درصد زایمان‌های کشور در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی و توسط افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند انجام می‌گیرد. همچنین این بررسی مشخص کرد که میزان سزارین در کشور بسیار بالاتر از کشورهای اروپایی و بالاتر از محدوده قابل قبول اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۵ تا ۱۵ درصد) است. بررسی علل این میزان بالا حاکی از وجود تعامل عوامل متعددی بود که طی بیش از ۴ دهه یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث تمایل عمومی چه در بین مردم و چه در بین ارایه دهندگان خدمت به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی گشته است. از طرفی مقایسه کمیت و کیفیت خدمات ارایه شده در بخش‌های مامایی و زایمان کشور با بسیاری از کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد که ساختار و نوع این خدمات تفاوت‌های قابل توجهی با کشور ما دارد، و در نهایت بررسی اطلاعات حاصل از نظام مراقبت مرگ نیز نشان‌دهنده یکسان نبردن کیفیت خدمات ارایه شده در مناطق مختلف کشور داشت. لذا لزوم اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهایی که منجر به تحول در کیفیت و کمیت خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌ها و سطوح تخصصی کشور گردد منطقی بود.

برای آنکه از تجربیات جهانی در این زمینه بهره گرفته شود در سال ۱۳۸۱ مطالعه تطبیقی در اداره سلامت مادران انجام شد. بررسی این تجربه‌ها در زمینه کاهش مشکلات پیشگفت ما را با مفهوم بیمارستان دوستدار مادر و خدمات سلامتی دوستدار مادر** آشنا نمود. این اصطلاح که قدمتی بیش از ۱۰ سال دارد برای اولین بار در کشورهای توسعه یافته مطرح گردیده است و بررسی متون در اختیار نشان می‌دهد که این استراتژی با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌های زایمان طبیعی، کاهش هزینه‌ها و توجه به حقوق مادر و نوزاد مورد توجه قرار گرفته است.

همسویی فلسفه بیمارستان‌های دوستدار مادر با مشکلاتی که در کشور ما در زمینه بارداری و زایمان وجود دارد و زیبایی عنوان آن ما را بر آن داشت که از همین نام استفاده نموده و فلسفه و محتوای آن را با توجه به شرایط، امکانات و نوع مشکلات خود تدوین نماییم. لذا الگوی ارایه شده برای بیمارستان‌های دوستدار مادر در ایران گرچه نگاهی جامع به اصول و اجزای جهانی داشته است اما براساس شرایط و نیازهای کشور اقتباس، تطبیق و بازنگری شده است.

* Demographic and Health Survey.

** Mother Friendly Hospital, Mother Friendly Health Services.

از نیمه دوم سال ۱۳۸۱ اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طراحی محتوای آرایه خدمات بیمارستان‌های دوستدار مادر را آغاز نمود. هدف از این امر کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان و کاهش ابتلا به عوارض دوران بارداری و زایمان در این دو گروه با راهکارهای (الف) بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی، (ب) کاهش هزینه‌های غیر ضروری و (پ) احترام بیش از پیش به حقوق مادران و نوزادان بود.

در ابتدا گروهی متشکل از ۹ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران که فلوئید پری‌ناتالوژی بودند تشکیل شد و حدود یک سال طراحی اولیه پروتکل‌های بالینی انجام گرفت. به موازات این گروه، ۲ گروه دیگر نیز شامل متخصصین بیهوشی (برای تدوین پروتکل‌های انجام زایمان بی‌درد دارویی) و گروه کارشناسان ارشد مامایی (برای تدوین استانداردهای انجام زایمان طبیعی و کم‌درد غیر دارویی و استاندارد سازی محتوای کلاس‌های آمادگی برای زایمان) در مدت حدود یکسال (تا بهمن ماه ۱۳۸۲) پروتکل‌های اولیه را تدوین نمودند. در اسفند ماه ۱۳۸۲ جلسه‌ای با حضور اساتید منتخب متخصص زنان و زایمان ۱۲ دانشگاه بزرگ کشور به همراه نمایندگان گروه زنان و زایمان دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه شاهد، ۱۰ نفر از فوق تخصص‌های نوزادان برجسته کشور، ۵ نفر از متخصصین بیهوشی منتخب و تعدادی از نمایندگان مامایی کشور تحت عنوان کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران با هدف بررسی دقیق و علمی پروتکل‌های تهیه شده، تشکیل شد. در این جلسه یک نسخه از هر آنچه آماده شده بود به شرکت کنندگان ارایه شد و از آنان خواسته شد طی مدت ۳ ماه نظرات مکتوب خود را برای اداره سلامت مادران ارسال نمایند تا پس از بررسی و طبقه‌بندی نظرات، جلسات مرتب کمیته برای توافق در موارد اختلاف و اعمال نظرات علمی از ابتدای تابستان تا پایان سال ۱۳۸۲ تشکیل گردد و پروتکل‌ها برای نهایی سازی، چاپ و اجرای آزمایشی در بیمارستان‌های کشور طی نیمه دوم سال ۱۳۸۴ آماده گردد. متأسفانه به علت مشغله کاری اساتید دریافت نظرات ۶ ماه به طول انجامید و در اواخر تابستان ۱۳۸۲ جلسات مشترک کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران آغاز و تا بهار سال ۱۳۸۴ طی حدود ۲۰ جلسه بحث و بررسی، نظرات شرکت‌کنندگان در مورد محتوای پروتکل‌ها اخذ گردید. نتایج نشان داد که فرمت آرایه پروتکل‌ها باید تغییر کند و در صورت امکان از ۳ رنگ قرمز، زرد و سبز (همانند پروتکل‌های خارج بیمارستانی) برای تمایز موارد پرخطر از موارد کم‌خطر استفاده گردد. در عین حال که حسب نظر اساتید شرکت‌کننده، محتوا نیز نیازمند اصلاح و کامل شدن بود. روند تغییر فرمت و اصلاح محتوا ۶ ماه به طول انجامید و در این بین هر زمان که لازم بود جلساتی با منتخبین کمیته مشورتی برگزار می‌شد تا ابهامات احتمالی برطرف گردد. در زمستان سال ۱۳۸۴، محتوا برای چاپ آماده شد و با توجه به محتوای پروژه مشترک با صندوق جمعیت سازمان ملل متحد مقرر شد که هزینه‌های چاپ نسخه اول توسط آن سازمان تأمین و نسبت به عقد قرارداد با چاپخانه اقدام گردد که مراحل قانونی آن نیز در بهمن ماه ۱۳۸۴ انجام شد و پس از انتخاب چاپخانه نسبت به عقد قرارداد اقدام گردید. متأسفانه تنها دو هفته پس از عقد قرارداد به علت فشارهای انجمن پزشکان نوزادان کشور و تأکید آنان بر مقدم بودن انجام سطح بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی بر تدوین و چاپ پروتکل‌های بیمارستانی جهت کاهش مرگ نوزادان و مادران کشور به دستور مدیران ارشد وزارت بهداشت روند چاپ تا مرداد ماه ۱۳۸۵ متوقف گردید. در طی این مدت اداره سلامت مادران به صورت فعال درگیر برگزاری جلسات کمیته کشوری اعتلای سلامت مادران و نوزادان با هدف تدوین الگوی سطح بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی شد. در مرداد ماه ۱۳۸۵ اداره سلامت مادران به این نتیجه رسید که تبیین و تدوین متدولوژی سطح بندی خدمات بیمارستانی تنها با حضور متخصصین بالینی ممکن نیست و لازم است گروهی متدولوژیست (دکترای سیاست گذاری در سلامت، دکترای مدیریت خدمات سلامتی، اپیدمیولوژیست، اقتصاد سلامت و ...) به تیم اصلی اضافه شده تا مابانی سطح بندی به شکلی علمی طراحی و نقشه سطح بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی برای تمامی استان‌های کشور تدوین گردد. پس از مطرح کردن این موضوع با جناب آقای دکتر علویان و ذکر این نکته که بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی جدای از انجام سطح بندی خدمات بیمارستانی باید مورد توجه قرار گیرد و تدوین پروتکل‌ها با هدف بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی جهت کاهش مرگ مادران ناشی از خطاهای پزشکی در صورت بروز عوارض بارداری و زایمان صورت گرفته است، و به دستور ایشان مجدداً صفحه آرایه مجموعه‌ها آغاز گردید. در مهرماه ۱۳۸۵ در حالی که کار صفحه آرایه شده بود و برای چاپ آماده می‌گردید، طی نشست با پری‌ناتولوژیست‌های ایران مقرر شد که جلسات فوری و مشترکی با حضور متخصصین زنان و زایمان و متخصصین نوزادان کشور گذاشته شود تا متن تهیه شده در بیش از ۱۰۵ سال قبل با کتب مرجع چاپ جدید مطابقت داده شده و در صورتی که نیازمند روز آمد شدن باشد، تغییرات ضروری اعمال گردد. این جلسات در نیمه دوم آبانماه ۱۳۸۵ برگزار گردید و تغییرات و توافقات حاصل شده مجدداً به چاپخانه داده شد تا در چاپ اول حادالمقدور اعمال گردد. امید می‌رود که تا بهمن ماه ۱۳۸۵ کتاب حاضر چاپ گردیده و آماده ارایه به دانشگاه های علوم پزشکی کشور گردد.

مجموعه حاضر اولین تلاش رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای تدوین راهنماهای بالینی ارایه خدمات بیمارستانی در چنین حجمی است. برای آنکه این مجموعه مبتنی بر شواهد (*evidence-based*) گردد، باید مطالعات تعیین اثربخشی و کارایی برای آن در بیمارستان‌های کشور اجرا گردیده و براساس نتایج به دست آمده نسبت به اصلاح محتوا و تجدید چاپ آن طی ۲ سال آینده اقدام گردد. تجمیع در محتوای این مجموعه نشان می‌دهد که از آن به عنوان یک مرجع بالینی سریع (*quick reference*) برای متخصصین و دستیاران زنان و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی می‌توان استفاده نمود. اداره سلامت مادران اذعان دارد که نظرات صائب و علمی تمامی اساتید کشور به اصلاح این چاپ کمک خواهد نمود.

ضرورت تدوین راهنماهای بالینی در نظام ارایه خدمات

راهنماهای بالینی به دو منظور تدوین می‌گردد:

۱. بهبود کیفیت خدمات و افزایش اثربخشی

۲. کاهش هزینه‌های خدمات و اجتناب از گران شدن غیر ضروری خدمات که پوشش آنها را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

به عبارتی تدوین راهنماهای بالینی باعث کارایی فنی *Technical Efficiency* می‌گردد. امروزه نظام‌های ارایه خدمات در کشورهای توسعه یافته بدون وجود راهنماهای بالینی تدوین شده توسط مراجع علمی و مورد تأیید سازمان‌هایی که بر سلامت حاکمیت دارند، امکان نظارت و تنظیم بازار سلامت در بخش‌های بالینی را نداشته و در بسیاری از کشورها اجرای گایدلاین‌های بالینی، مرجع پرداخت به ارایه دهندگان خدمات و یا بررسی فعالیت آنان در مجامع قضایی است. هم چنین تأیید بسیاری از سازمان‌های ارایه دهنده خدمت منوط به ارایه خدمات مبتنی بر گایدلاین‌های رسمی است و نظام‌های کنترل و بهبود کیفیت، ارایه خدمات مبتنی بر استانداردهای ارایه شده در راهنماهای بالینی رسمی را مرجع تأیید یا رد کیفیت خدمات می‌دانند. به عبارتی برخورداری از راهنماهای بالینی یکی از اصول تضمین کیفیت خدمات بالینی است.

یک راهنمای مفید بالینی باید دو نیاز را برآورده کند، الف) باید اطلاعاتی را به پزشک دهد که چگونه نتیجه یا بی‌آمد یک روش درمانی توصیه شده با خصوصیات متفاوت بیماران تغییر می‌کند و ب) بی‌آمد باید به گونه‌ای ارایه گردد که رجحان بیمار برای انتخاب آن در نظر گرفته شود. راهنماهای بالینی انواع مختلفی دارند و بسته به اینکه با چه درجه‌ای دو نیاز بالا را برآورده می‌کنند متفاوت هستند.

شایع‌ترین راهنماها بخش اداره یا مدیریت بیماری در کتابش‌های مرجع بالینی است. گرچه در این کتاب‌ها امکان استفاده از روش‌های جایگزین در تشخیص یا درمان و برای تصمیم‌گیری بالینی ارایه شده‌اند یا عباراتی که خط اول تشخیص و درمان باشند این کتاب‌ها برای پاسخ به دو نیاز بالا نوشته نشده‌اند.

نوع دیگر راهنماهای بالینی الگوریتم‌های بالینی یا پروتکل‌های ارایه خدمت هستند. یک الگوریتم بالینی شامل سوالات ساختاریافته یا سازماندهی شده ترتیب‌دار و اقدامات پیشنهادی برای پاسخ به این سوالات است. به این الگوریتم‌ها بسته به شکل تهیه، پروتکل‌های بالینی، مسیرهای بالینی یا فلوجارت هم گفته می‌شود. در این راهنماها بیماران به زیر گروه‌هایی براساس ویژگی‌هایی همانند شدت بیماری، آلرژی بیماری‌های دیگر و ... تقسیم شده و سپس ترتیبی از اقدامات شامل ارزیابی‌های تشخیصی یا درمانی برای هر گروه ارایه می‌گردد. این الگوریتم‌ها معمولاً به شکل درختی از سوالات و اقدامات ارایه می‌شوند.

الگوریتم‌های به طرق مختلفی طراحی و تدوین می‌گردند. از استفاده از نظرات و توصیه‌های فردی کارشناسان یا کمیته‌های گایدلاین

نویسی بیمارستان گرفته تا توافق در کمیته‌های مشورتی و علمی در سطح ملی (*National consensus group*).

فرایند طراحی ممکن است رسمی یا غیر رسمی باشد. الگوریتم‌های بالینی به خصوص زمانی که نیاز به تصمیم‌گیری سریع و دقیق است و ترجیح بیمار برای انتخاب نوع تشخیص یا درمان اهمیت نداشته باشد، کمک‌کننده است.

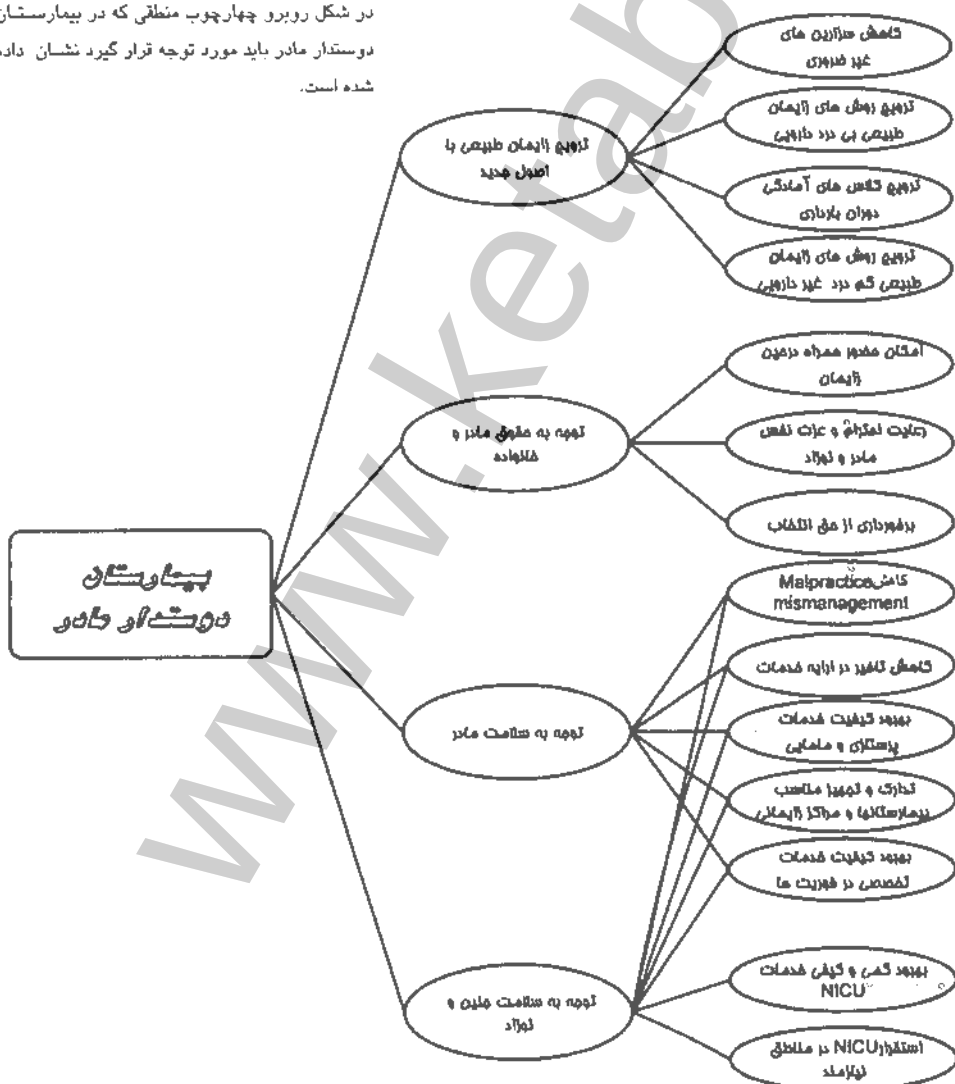
اهداف، اصول و اقدامات بیمارستان‌های دوستدار مادر

اصطلاح خدمات دوستدار مادر یا بیمارستان‌های دوستدار مادر در دهه ۱۹۹۰ میلادی در جهان رواج یافته است. در سال ۱۹۹۶ اختلافی در امریکا تحت عنوان *Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)* اولین توافق خود را برای بهبود خدمات زایمان طبیعی به ثبت رساند. بررسی سایت این سازمان www.motherfriendly.org نشان می‌دهد که فعالیت‌های آنان از سال ۲۰۰۱ جدی شده است. در این سایت نظرات خود را در مورد اصول و اقدامات بیمارستان‌های دوستدار مادر ارایه کرده‌اند و سازمان‌های ملی و بین‌المللی را به همکاری دعوت می‌نمایند. در کنار این تلاش‌ها در سال ۱۹۹۹ اجلاسی در مکزیک برگزار شد که طی آن ۱۶ کشور شرکت‌کننده گزارش‌های خود را در راستای استقرار خدمات دوستدار مادر ارائه نمودند. بررسی گزارش‌های ارایه شده در اجلاس نشان می‌دهد که حرکت‌های انجام گرفته در کشورها هنوز منجر به یک تحول جدی در ارایه خدمات با توجه به اصول و فلسفه ارایه شده تحت عنوان دوستدار مادر نگردیده است.

با توجه به آنچه در مقدمه آمد اداره سلامت مادران تصمیم گرفت از این عنوان برای برنامه‌ها و فعالیت‌هایی که در راستای اعتلای خدمات بیمارستانی مرتبط دارد استفاده نماید. در این طرح احداث بیمارستان‌های جدید مدنظر نبوده بلکه اصلاح گردش کارها و تغییر مستوای ارائه خدمات و اصول حاکم بر آن در بخش‌های موجود زایمان و مامایی بیمارستان‌های فعلی کشور مدنظر است به گونه‌ای که:

۱. زایمان طبیعی کم‌درد یا بی‌درد با استفاده از کلیه روش‌های دارویی و غیردارویی علمی و بی‌عارضه ترویج و خدمات مورد نیاز در این راستا به شکلی مطلوب ارائه گردد.
۲. خدمات بیمارستانی در فوریتهای اورژانس‌های مامایی و زایمان که می‌تواند جان مادر، جنین و نوزاد را نجات دهد با کیفیت مطلوب و به صورت استاندارد ارائه گردد.
۳. کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای مادر و همراه وی در دوران بارداری برگزار شود تا مادر برای انجام زایمان آماده گردد.
۴. امکان پایش و ارزشیابی اولیه خدمات برای اطمینان از تحقق آنچه باید انجام گیرد فراهم گردد.
۵. رضایت‌خاطر مادر و همراهان وی از خدمات بیمارستانی تأمین گردیده و در کنار سلامت جسمی به آرامش و سلامت روحی روانی مادر توجه گردد.
۶. حقوق مادر جهت مشارکت در انتخاب آگاهانه، روش‌های توصیه شده به وی تأمین گردد.

در شکل روبرو چهارچوب منطقی که در بیمارستان دوستار مادر دیده شده است.



رسالت بیمارستان دوستاندار مادر:

ارابه یک الگوی جدید مراقبت به مادران به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و بهبود شرایط زایمانی، توجه به رضایت مادران از خدمات ارائه شده و تلاش جهت منطقی کردن هزینه‌های تشخیصی و درمانی.

این الگوی دوستاندار مادر باید مبتنی بر شواهد (Evidence Based) بوده و در آن برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت بر برنامه‌های پرهنرینه تشخیصی و درمانی ترجیح داده شود.

چشم انداز بیمارستان دوستاندار مادر:

بیمارستان دوستاندار مادر مکانی است که در آن هر مادری، در هر زمانی از بارداری، زایمان و تا ۶ هفته پس از زایمان با هر وضعیتی از سلامتی مراجعه کرد خدمت اثر بخش و کارآمد دریافت کند به صورتی که سلامت جنین و نوزاد او نیز در این مکان تأمین گردیده و این حضور برای او خاطره‌ای خوشایند از فرآیند بارداری و زایمان باقی گذارد.

اهداف کلی بیمارستان دوستاندار مادر:

- کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان بر اثر عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان
- کاهش موربیدیتی ناشی از بارداری و زایمان در مادران و نوزادان

اهداف اختصاصی بیمارستان دوستاندار مادر:

- کاهش میزان سزارین‌های غیرضروری.
- ترویج روش‌های مختلف زایمان طبیعی کم‌درد یا بی‌درد به گونه ای که مادران حق انتخاب داشته باشند.
- بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی در فوریت‌های مامایی و زایمان.
- کاهش تأخیر در شروع درمان مادران در معرض خطر.

اصول بیمارستان دوستاندار مادر:

طبیعی بودن روند زایمان

- زایمان یک فرآیند طبیعی و سرشتی است که با حداقل مداخلات پزشکی باید انجام پذیرد.
- مداخلات پزشکی باید تنها در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر است، انجام شوند.
- مادر و نوزاد شعور فطری لازم برای شناخت زایمان و تولد را دارند.
- نوزادان موجوداتی حساس و آگاه در زمان تولد هستند و به همین علت باید محترم شمرده شوند.
- تغذیه کودک با شیر مادر حداکثر مواد مغذی را برای شیرخوار فراهم می‌کند و باید در اولین زمان ممکن پس از تولد آغاز گردد.
- امکان انجام زایمان به شکلی طبیعی در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی باید فراهم گردد.
- الگوهایی مامایی برای مراقبت‌های قبل و حین تولد که موجب ترویج روند زایمان طبیعی و سالم و حمایت از آن می‌گردد برای اکثر مادران مناسب‌ترین روش‌های شناخته شده است.

توانمند سازی مادر

- اعتماد به نفس و توانایی یک زن برای انجام زایمان و نگهداری از کودکش تحت تاثیر افرادی که از او مراقبت می‌کنند و محیطی که در آن زایمان می‌کند قرار دارد.
- مادر و کودک در طی بارداری، تولد و شیرخوارگی کاملاً به هم وابسته اند و این وابستگی بسیار حیاتی است و باید محترم شمرده شود.
- بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان نقطه عطفی در ادامه زندگی است. این تجربه به طور عمیقی زنان، کودکان، پدران و خانواده ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تأثیر مهم و طولانی مدتی بر جامعه دارد.

آزادی عمل و استقلال

به هر زن باید این فرصت داده شود که،

- در کنار خانواده‌اش یک زایمان سالم و لذت بخش را صرف نظر از مسایل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تجربه کند.
- در مراکز زایمانی احساس امنیت و آسایش کند و سلامت روانی، مسائل خصوصی و خواسته های شخصی‌اش مورد احترام قرار گیرد.
- امکان دسترسی به تمامی روش‌های زایمانی را برای خود و کودکش داشته باشد.

- دسترسی به اطلاعات دقیق درباره مزایا و معایب روش‌ها و اعمال پزشکی، داروها و آزمایش‌هایی که به او در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان پیشنهاد می‌گردد را داشته باشد و این اطلاعات را به صورت دقیق دریافت دارد و این حق را داشته باشد که بدون رضایت وی هیچ روشی برای وی اجرا نگردد و در صورت عدم تمایل خودداری کند.
- برای انتخاب آگاهانه در مورد اینکه چه چیز برای او و کودکش براساس ارزش‌ها و اعتقاداتش بهتر است، مورد حمایت قرار گیرد.

انجام مداخلات براساس اندیکاسیون‌های مشخص و نه به صورت روتین

مداخلات نباید به صورت روتین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان ارایه گردد. بسیاری از آزمایش‌های پزشکی، روش‌ها، فن‌آوری‌ها و داروها برای مادر و کودک ریسک دارند و در غیاب اندیکاسیون‌های مشخص علمی نباید ارایه گردد. اگر عارضه‌ای در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بروز کرد، درمان‌های پزشکی باید مبتنی بر شواهد بوده و در اسرع وقت ارایه گردد.

مسئولیت‌پذیری

هر ارایه کننده خدمت، مسئول کیفیت مراقبتی است که ارایه می‌کند. ارایه خدمات بارداری و زایمان نباید مبتنی بر نیازهای ارایه‌دهنده خدمت باشد بلکه باید مبتنی بر نیازهای مادر و کودک باشد. هر بیمارستان و واحد ارایه دهنده خدمت مسئول بررسی و ارزشیابی دوره‌ای مبتنی بر یافته‌های علمی موجود در زمینه کیفیت و اثربخشی خدمات ارایه شده، ریسک‌ها و میزان استفاده از روش‌های بالینی است که به بیمارانش ارایه می‌دهد. جامعه از طریق دولت و سایر سازمان‌های اجتماعی و مدنی مسئول اطمینان از دسترسی مردم به خدمات بارداری و زایمان و پایش کیفیت خدماتی است که در این راستا ارایه می‌گردد. هر مادری مسئول انتخاب آگاهانه مراقبت‌هایی است که باید برای خود و کودکش ارایه گردد. اصول فوق منجر به تدوین ۱۰ اقدام بیمارستان دوستدار مادر به شرح زیر گردیده است.

ده اقدام بیمارستان دوستدار مادر

- یک بیمارستان یا مرکز زایمانی دوستدار مادر، مرکزی است که در آن:
 ۱. مراقبت‌های روتین بارداری و پس از زایمان برای مادران مراجعه‌کننده فراهم بوده و مطابق پروتکل‌های رسمی یا مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه می‌گردد.
 ۲. کلاس‌های آمادگی برای زایمان در دوران بارداری فراهم بوده و به مادران و همراهان آنان مطابق پروتکل‌های رسمی یا مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی آموزش‌های لازم ارایه می‌گردد.
 ۳. امکان ارایه روش‌های متنوع انجام زایمان طبیعی شامل طیف روش‌های بی‌دردی تا روش‌های کم‌درد غیر دارویی فراهم گردیده و چنانچه منع پزشکی برای هر روش وجود نداشته باشد، مادر آگاهانه روش انجام زایمان خود را انتخاب می‌نماید.
 ۴. امکان ارایه خدمات مراقبتی بالینی و پاراکلینیکی در فوریت‌ها و اورژانس‌های مامایی و زایمان مطابق پروتکل‌های رسمی یا مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای مادران و نوزادان در معرض خطر در همان محل یا از طریق ارجاع مناسب و به موقع مادر فراهم شده باشد. این خدمات شامل: امکان تزریق خون، خدمات جراحی، آزمایش‌های پاراکلینیک، خدمات مراقبت ویژه برای مادران و نوزادان و ... می‌باشد.
 ۵. مادران با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی خود طی فرایندی رسمی در مورد روش‌هایی که برای آنان ارایه می‌شود اطلاعات کافی را کسب نموده و رضایت آنان علاوه بر رضایت همسرانشان برای اجرای روش‌های بالینی اخذ می‌گردد. همچنین ارایه هر روش با توجه به باورها و اعتقادات مذهبی و فرهنگی مادر صورت می‌گیرد.
 ۶. شرایط برای حضور همراه آموزش دیده در کنار مادر به خصوص در زمان زایمان در بیمارستان فراهم شده باشد.
 ۷. ارتباط با سطوح بیمارستانی بالاتر و پائین‌تر حتی سطوح خارج بیمارستانی به شکلی برقرار گردیده که پذیرش مادران از سطوح پائین‌تر به راحتی انجام شده و ارجاع مادران به سطوح بالاتر در صورت نیاز به شکلی کارآمد و در زمان مناسب انجام می‌پذیرد. همچنین با ارایه پسخوراند به سطوح پائین‌تر امکان پیگیری مادران نیازمند در سطح جامعه فراهم گردیده است.
 ۸. در طی انجام زایمان طبیعی مادر باید امکان برخورداری از شرایط زیر را داشته باشد:
 - الف. مادر در زمان لیبر تشویق به راه رفتن شود.
 - ب. مادر در صورتی که منع پزشکی نداشته باشد در هر وضعیتی که راحت‌تر است زایمان می‌کند و همه مادران را مجبور به انجام زایمان در وضعیت خوابیده به پشت (لیتوتومی) نمی‌نمایند.

ج. روش‌های زیر تنها در موارد دارای اندیکاسیون ارایه می‌گردد و از انجام روتین آنها خودداری می‌شود:

- اینداکشن
- اپی‌زیاتومی
- رگ‌گیری
- منع مصرف غذا
- تراشیدن موهای ناحیه تناسلی
- استراحت مطلق

۹. در طی مدت ۵ سال از اجرای اقدامات فوق شاخص‌های پی‌آمد بیمارستان به میزان‌های زیر برسد:

- الف. میزان سزارین در بیمارستان‌های ریفال به ۲۵ تا ۳۰ درصد و در بیمارستان‌های سطح اول به ۱۵ تا ۲۵ درصد کل زایمان‌های انجام شده در بیمارستان کاهش یابد.
- ب. اینداکشن در کمتر از ۲۰ درصد کل زایمان‌های طبیعی بیمارستان انجام شود.
- ج. اپی‌زیاتومی در کمتر از ۲۰ درصد کل زایمان‌های طبیعی بیمارستان انجام شود.
- د. روش‌های بی‌دردی دارویی یا کم‌دردی غیر دارویی حداقل در ۸۰ درصد موارد زایمان طبیعی ارایه گردد.
۱۰. پیاده‌سازی ۱۰ اقدام بیمارستان‌های دوستدار کودک مطابق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در آن انجام شده است.

نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی

مقدمه و بیان مسأله:

همانطور که گفته شد، کاهش مرگ مادران و نوزادان، از اهداف و سیاست‌های استراتژیک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. این دو هدف از اهداف توسعه هزاره نیز بوده و دستیابی به آن مورد تعهد دولت جمهوری اسلامی ایران قرار گرفته است. اطلاعات به دست آمده از نظام کشوری مراقبت مرگ مادری از سال ۱۳۸۰ نشان داد که بیشترین علت مرگ مادران در کشور خطاهای پزشکی در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی و خدمات پیش بیمارستانی در فوریت‌های مامایی و زایمان است به همین علت توجه به کیفیت خدمات بیمارستانی و بهبود دسترسی به فوریت‌های مامایی و زایمان در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی باید یک استراتژی اصلی در جهت کاهش مرگ مادران باشد. اطلاعات به دست آمده از بررسی‌ها و داده‌های ثبتی هم‌چنین نشان می‌دهد که با توجه به انجام بیش از ۹۵ درصد زایمان‌ها در بیمارستان‌ها و همچنین وقوع اکثر مرگ‌های نوزادان در بیمارستان‌های کشور به خصوص در نوزادان در معرض خطر، توجه به خدمات تخصصی و فوق تخصصی برای نوزادان کشور از اولویت‌های استراتژیک است. از آنجا که سلامت مادر و نوزاد ارتباط تنگاتنگی با هم دارند توجه به خدمات بیمارستانی برای این دو گروه باید همزمان انجام شود. بررسی تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که در کنار طراحی راهنماهای بالینی برای ارایه خدمات، تأمین و به کارگیری نیروهای ماهر و دلسوز به تعداد کافی، تجهیز بیمارستان‌ها به وسایل، داروها و آزمایش‌های مورد نیاز، سطح بندی خدمات پری‌ناتال (*Regionalization of perinatal services*) نیز از مهمترین اقداماتی است که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید انجام دهد. این استراتژی که بیش از سه دهه قبل در کشورهای توسعه یافته تعریف و در برخی از آنها به اجرا گذارده شده است، اثربخشی و کارآمدی خود را به اثبات رسانده و به نظر می‌رسد جهت تحقق اهداف توسعه هزاره باید در کشور ما نیز به مورد اجرا گذاشته شود. انجمن پزشکان نوزادان کشور از ۲ سال قبل پس از انجام مطالعات کافی در زمینه کاهش مرگ نوزادان کشور، نسخه اولیه این طرح را به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه نمود که متأسفانه فعالیت جدی در این زمینه در سطح ستادی انجام نشد. از زمستان سال گذشته با استقرار مدیریت جدید در عرصه بهداشت و درمان کشور، طرح سطح‌بندی خدمات بیمارستانی در دستور کار دفتر سلامت خانواده و جمعیت قرار گرفت و با تشکیل کمیته اعتلای سلامت مادر و نوزاد در ستاد کشوری کار به صورت جدی و رسمی آغاز گردید. از آنجا که طراحی یک نظام سطح بندی برای خدمات بیمارستانی نیازمند برخورداری از علومی همچون سیاست گذاری در سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اپیدمیولوژی در کنار علوم بالینی است، اداره سلامت مادران پس از ۵ ماه نشست با کمیته کشوری اعتلای سلامت مادر و نوزاد به این نتیجه رسید که طراحی الگوی سطح بندی خدمات باید در قالب یک طرح پژوهشی اجرایی به مرکزی دانشگاهی و معتبر سفارش داده شود. این مهم با هماهنگی به عمل آمده با معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های آن دانشگاه انجام گرفت و کار به صورت رسمی به آنان سفارش داده شد. امید می‌رود که تا پایان بهار سال ۱۳۸۵ نتایج اولیه طرح آماده و جهت برنامه‌ریزی برای پیاده‌سازی در کشور مورد استفاده قرار گیرد. در ادامه برای آشنایی اولیه با مفاهیم پایه در سطح‌بندی خدمات توضیحاتی ارایه می‌گردد.

تعریف سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال:

سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال عبارت است از طراحی یک شبکه هماهنگ ارایه خدمات پری‌ناتال که با هدف بهبود دسترسی و تضمین کیفیت خدمات به کارآمدترین شکل ممکن انجام می‌شود. در فرآیند سطح‌بندی، خدمات سرپایی و بستری از سطوح غیر تخصصی تا فوق تخصصی تعریف و سطح‌بندی شده و شیوه ارتباط این سطوح با هم برای ارایه خدمات مشخص می‌گردد.

اهداف اختصاصی سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال:

۱. بهبود دسترسی به خدمات تخصصی مادر و نوزاد در زمان بارداری، زایمان و پس از زایمان.
۲. ساماندهی منابع انسانی و غیر انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات.
۳. بهبود کارایی خدمات.
۴. تضمین کیفیت خدمات.
۵. فراهم کردن خدمات به خصوص در فوریت‌ها در نزدیک‌ترین زمان و مناسب‌ترین مکان ممکن.
۶. تعیین مسیر مناسب برای ارجاع.
۷. گسترش عدالت در استفاده از خدمات مادر و نوزاد و کاهش نابرابری‌ها.

سیاست‌ها و اصول سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال:

۱. هدف اصلی از سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال، اعتلای سلامت مادر و نوزاد از طریق تسهیل دسترسی به واحدهای تخصصی ارائه‌دهنده خدمات است. لذا طراحی برنامه باید به صورتی باشد که تمامی مادران و نوزادان فارغ از جنس، نژاد، ملیت، محل سکونت و وضعیت اقتصادی و اجتماعی امکان بهره‌مندی اثر بخش، کارا و نظام‌مند از خدمات مراقبتی مورد نیاز خود را داشته باشند.
۲. در راستای سیاست فوق‌الذکر و با تأکید مجدد بر خصوص لزوم تلاش برای حفظ سلامت مادر و نوزاد (هر دو)، در مواقعی که برای انتخاب یکی از این دو نفر به هر دلیل الزام وجود داشته باشد با توجه به بار قابل توجه و غیر قابل جبران بودن مرگ مادر در مقایسه با مرگ نوزاد، سلامت مادر به هیچ وجه نباید فدای سلامت نوزاد شود.
۳. با توجه به تفاوت‌های محسوس در الگوی مراقبت مادر باردار، محل زایمان، مرگ و میر مادران و نوزادان و علل و عوامل مؤثر بر آن، امکانات و تجهیزات، نیروی متخصص موجود و نیز دسترسی به خدمات در مناطق مختلف کشور، نمی‌توان نسخه واحدی برای کل کشور تجویز کرد و باید با تکیه بر شناخت این تفاوت‌ها، متناسب با شرایط بومی نسبت به طراحی و پیاده‌سازی سطح‌بندی اقدام نمود.
۴. با توجه به لزوم استاندارد شدن خدمات و بهبود کیفیت آنها لازم است به منظور دستیابی به حداکثر Technical efficiency، برای کلیه سطوح پروتکل‌ها و راهنمای استاندارد ارائه خدمات بالینی طراحی و ابلاغ شود.
۵. طراحی و برگزاری دوره‌های آموزشی مبتنی بر پروتکل‌ها و راهنمای‌های بالینی، بدو و حین خدمت برای کلیه افرادی که قرار است به نحوی در هر یک از سطوح ارائه مراقبت‌های پری‌ناتال مشغول فعالیت باشند، الزامی است. البته جهت حرکت، ادغام این عناوین در کوریکولوم گروه‌های آموزشی مرتبط دانشگاهی کشور خواهد بود.
۶. سطوح ارائه خدمات مادر و نوزاد به دو بخش خارج و داخل بیمارستانی تفکیک می‌شود که در بخش خارج بیمارستانی مراقبت‌ها برای دو سطح غیر پزشک (بهورز، کاردان بهداشت خانواده) و پزشک و ماما تعریف شده و خدمات در بخش بیمارستانی بسته به شرایط خاص مناطق مختلف کشور چند سطح قابل ارائه خواهد بود.
۷. پس از استقرار نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال، اقدام به اطلاع‌رسانی عمومی و آگاه‌سازی آحاد جامعه از حقوق خود در این نظام جدید از وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.
۸. نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال پس از گذراندن مرحله اجرای آزمایشی و رفع مشکلات و کاستی‌های احتمالی برای تبدیل به یک برنامه کشوری مورد ارزیابی نهایی قرار خواهد گرفت.
۹. طراحی نظام پایش و ارزشیابی برنامه، پیش از اجرای مرحله آزمایشی و پس از طراحی دیگر اجزای برنامه الزامی است. لازم به ذکر است پس از طی مرحله اجرای آزمایشی باید نسبت به ادغام آن در نظام ارزشیابی بیمارستان‌های کشور اقدام کرد.
۱۰. پس از طراحی نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال و نظام پایش و ارزشیابی آن، تدوین قوانین پیشنهادی به منظور نظام‌مند شدن ارائه خدمات و امکان پیشگیری از بروز تخلفات اقدامی مؤثر و ضروری به شمار می‌رود.
۱۱. با توجه به لزوم انتقال صحیح و سریع مادر و نوزاد در معرض خطر از سطوح پائین به سطوح تخصصی و بالاتر ارائه خدمت، طراحی نظام کارآمد انتقال مادر و نوزاد دارای اهمیت ویژه‌ای است.

۱۲. پیش بینی و تأمین منابع لازم (مالی و غیر مالی) برای اجرا و پیاده سازی نظام سطح بندی خدمات پری ناتال از تعهدات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.
۱۳. هماهنگی با سازمان های بیمه گر، تعیین تعرفه ها و تأثیر و ارتباط این نظام بر سیستم کارانه بیمارستان و دیگر نظام های تشویق و تنبیه موجود از الزامات تحقق سطح بندی است.

واحدهای موجود ارایه دهنده خدمات زایمانی در کشور:

۱. مراکز تسهیلات زایمانی در مناطق روستایی یا مناطقی که به تازگی شهر شده اند اما کمالات امکانات روستایی دارند. زایمان توسط ماما انجام می شود و برای انتقال مادر و نوزاد آمبولانس به صورت ۲۴ ساعته وجود دارد. این مراکز در کنار مراکز بهداشتی درمانی روستایی ساخته شده اند و یک پزشک عمومی در مواقع اضطراری می تواند به کمک بیاید.
 ۲. بیمارستان های کمتر از ۱۰۰ تختخوابی در شهرهای کوچک که دارای بخش اصلی داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، اطفال و اورژانس بوده و از هر کدام از تخصص های فوق حداقل یک متخصص به همراه متخصص بیهوشی دارند.
 ۳. زایشگاه های شهرهای کوچک که درمانی بوده و توسط ماماها و متخصصین زنان و زایمان غیر هیأت علمی به ارایه خدمات مشغولند. در این زایشگاه ها معمولاً متخصصین دیگری غیر از متخصصین اطفال و به صورت غیر مقیم حضور ندارند.
 ۴. زایشگاه های شهرهای بزرگ یا مراکز دانشگاهی که عمدتاً آموزشی بوده و رزیدنت و انترن دارند. این مراکز در برخی مناطق به عنوان واحد ریفرال زنان و مامایی شناخته شده و ممکن است دارای NICU باشند. عمدتاً بیمارستان های تک تخصصی هستند و فاقد امکانات CCU و ICU برای مادران در معرض خطر هستند.
 ۵. بیمارستان های چند تخصصی شهرهای بزرگ که در کنار بخش زنان و زایمان، تخصص های متنوع دیگری هم وجود دارد. این مراکز هم درمانی بوده و هم می توانند آموزشی باشند. از نظر بخش های NICU، CCU و ICU، متنوع بوده و بدون ضابطه خاصی برخی از این بخش ها در آنها فعال یا غیر فعال است.
 ۶. بیمارستان های خصوصی، خیریه، وابسته به سازمان ها یا وزارتخانه های مختلف که عمدتاً ساختاری مشابه بیمارستان های گروه پنجم دارند.
 ۷. بیمارستان های فوق تخصصی که به صورت موردی در برخی شهرهای بزرگ وجود دارند و به سبب حضور فوق تخصص های خاص در رشته های مختلف اقدام به راهدانداری واحدها یا خدمات فوق تخصصی نموده اند.
- بیمارستان های تک تخصصی کودکان در شهرهای بزرگ یا مراکز دانشگاهی که عمدتاً آموزشی بوده و بدون آنکه زایشگاه داشته باشند واحد NICU دارند.

واحدهای پیش بینی شده برای انجام سطح بندی خدمات پری ناتال بیمارستانی در صورتی که نقشه سطح بندی خدمات تهیه گردد.***
برای انجام سطح بندی خدمات ۵ سطح به شرح زیر تعریف گردیده است:

- سطح اول (الف)
- سطح اول (ب)
- سطح دوم (الف)
- سطح دوم (ب)
- سطح سوم

تعریف مرکز سطح اول (الف) ارایه خدمات

این مراکز یا بیمارستان های زیر ۱۰۰ تختخواب درمانی است که دارای حداقل ۵ تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی است. اتاق عمل و بخش های بستری برای تخصص های فوق دارد. متخصصین در شیفت صبح در بیمارستان حضور دارند و در بقیه ساعات آنکال هستند. زایمان طبیعی بدون خطر، توسط ماما انجام می شود. انجام سزارین و زایمان های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می شود. امکان اعزام بیمار به بیمارستان های سطح دوم یا سوم از طریق آمبولانس بیمارستان وجود دارد. یا زایشگاه های شهرهای کوچک است که تک تخصصی محسوب شده، متخصص زنان و زایمان دارد. زایمان طبیعی توسط ماما انجام و سزارین توسط متخصص زنان و زایمان انجام می شود. متخصص کودکان در یک شیفت حضور داشته، در بقیه ساعات آنکال است.

*** آنچه در این قسمت ارایه می گردد حاصل نشست های اولیه ای است که با متخصصین بالینی کشور و براساس بررسی متون تدوین گردیده است. این احتمال وجود دارد که در تدوین واقعی و زمانی که نتایج مطالعه پژوهشی سفارش داده شده منتشر گردد، تعداد و تعریف این سطوح مورد بازنگری قرار گیرد.

تعریف مرکز سطح اول (ب) ارایه خدمات

از آنجا که شرایط جغرافیایی و دسترسی به خدمات سطوح بالاتر در کل کشور یکسان نیست، این سطح که علاوه بر امکان ارایه خدمات سطح اول (الف)، می‌تواند برخی اقدامات اولیه نجات دهنده جان مادر و نوزاد نیازمند ارجاع را تا تأمین شدن ارجاع فراهم کند، تعریف شده است. لذا این سطح همان مراکز یا بیمارستان‌های زیر ۱۰۰ تختخواب درمانی یا زایشگاه‌های شهرهای کوچک است که اجازه می‌یابد خدمات اضافه‌تری را ارایه دهد و برای آن تجهیز می‌گردد.

تعریف مرکز سطح دوم (الف) ارایه خدمات

مراکز که علاوه بر امکانات سطح اول و علاوه بر تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی دارای متخصصین رشته‌های دیگر از جمله مغز و اعصاب، عفونی، رانیولوژی، پاتولوژی و علوم آزمایشگاهی است. همچنین مجهز به حداقل یک واحد مراقبت‌های شدید (ICU intermediate) و ونتیلاتور نوزاد است و اتاق عمل دارد. متخصصین زنان و زایمان انجام می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، سزارین و زایمان‌های متخصصین حداقل در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته و در بقیه ساعات آنکال هستند. متخصص جراحی عمومی در ساعات آنکالی حداکثر ظرف مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در دسترس خواهد بود. در بیمارستان‌های درمانی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، دانشجویان پزشکی یا مامائی یا دستیاران زنان زیر نظر مربیان مربوطه و متخصصین زنان و زایمان قابل انجام است. سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان یا دستیاران تحت نظر متخصصین انجام می‌شود. در بیمارستان‌های درمانی ویزیت روتین نوزاد بلافاصله بعد از زایمان و ویزیت نوزاد بدحال توسط متخصص کودکان در اسرع وقت انجام می‌گیرد. در بیمارستان‌های آموزشی ویزیت روتین نوزاد وظیفه دستیار کودکان بوده و نامبرده باید در صورت مشاهده هر مورد غیر طبیعی در نوزاد مشکل را به اطلاع متخصص کودکان مقیم بپراشد. مراقبت از نوزاد بدحال چهار مشکل اورژانسی در این بیمارستان‌ها توسط متخصص مقیم کودکان یا همراهی دستیار مربوطه انجام می‌گیرد و در مورد نوزادان بدحال غیر اورژانسی، نوزاد توسط دستیار کودکان تحت نظر بوده و با اطلاع متخصص کودکان مقیم معاینه می‌شود.

تعریف مرکز سطح دوم (ب) ارایه خدمات

ممکن است در برخی مناطق که خدمات سطح دوم وجود دارد، ارجاع نوزاد به سطح سوم که بخش NICU دارد، به عللی در برخی فصول سال با مشکل مواجه باشد و یا مرکز سطح سوم به هر تلیلی برای مدتی محدود امکان پذیرش نداشته باشد، لازم است تارمانی که امکان ارجاع نوزاد فراهم می‌گردد، برخی مراقبت‌های ویژه نوزادان در این بیمارستان‌ها قابل انجام باشد. لذا این بیمارستان‌ها همان سطح دوم تلقی شده و تعریف آنها مشابه آن چیزی است که در قسمت قبل ارایه گردید به همراه امکان ارایه برخی خدمات ویژه بیشتر برای نوزادان نیازمند ارجاع.

تعریف مرکز سطح سوم ارایه خدمات

مراکز که علاوه بر امکانات سطح دوم، مجهز به ICU پیشرفته و CCU و NICU و علاوه بر متخصصین موجود در سطح دوم دارای فوق تخصص پری‌ناتولوژی و فوق تخصص نوزادان و فوق تخصص جراحی کودکان است. بقیه تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها نیز بسته به نیاز جهت مشاوره فوری حضوری یا غیرحضوری در دسترس می‌باشند. فوق تخصص پری‌ناتولوژی و فوق تخصص نوزادان در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته در بقیه شیفت‌ها برای انجام مشاوره فوری در دسترس می‌باشند. این مراکز دارای اتاق عمل و بخش‌های بستری برای تخصص‌های فوق است. متخصص زنان و زایمان، متخصص بیهوشی و متخصص کودکان دوره دیده و یا فلوی نوزادان در این بیمارستان مقیم هستند و جراح اطفال در دسترس دائم قرار دارد. زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، سزارین و زایمان‌های همراه با خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان تحت نظارت پری‌ناتولوژیست یا منحصراً توسط پری‌ناتولوژیست بسته به مورد انجام می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما یا دانشجویان پزشکی یا مامائی یا دستیاران زنان زیر نظر مربیان مربوطه و متخصصین زنان قابل انجام است. انجام سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد مانند بیمارستان‌های غیر آموزشی است. ویزیت نوزاد بدحال در بیمارستان‌های سطح سوم در موارد اورژانسی در شیفت صبح توسط متخصص کودکان دوره دیده یا فلوی نوزادان یا همراهی فوق تخصص نوزادان و در بقیه شیفت‌ها تحت نظر و با اطلاع فوق تخصص نوزادان انجام می‌شود. نوزاد بدحال غیر اورژانسی توسط متخصص کودکان دوره دیده یا فلوی نوزادان تحت نظر و با اطلاع فوق تخصص نوزادان ویزیت می‌شود. ویزیت نوزاد بلافاصله پس از تولد نیز مانند مورد اخیر انجام می‌گیرد با این تفاوت که تنها موارد دارای مشکل باید به فوق تخصص نوزادان اطلاع داده شوند. به دلیل محدودیت تعداد و تجهیزات موجود در این سطح بیمارستانی و لزوم پرداختن این سطح به موارد فوق تخصصی می‌توان پس از بررسی‌های لازم، در صورت صلاحدید، مادر و یا نوزاد را برای ادامه اقدامات لازم به سطوح پایین‌تر ارجاع داد.