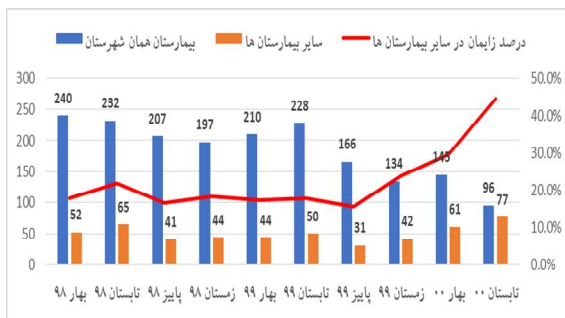


تاثیر مرگ مادر بر تعداد زایمان‌های تک بیمارستان یک شهرستان: یک نامه به سردبیر

Effect of maternal death on number of childbirths in the only hospital of a city: a letter to editor

سردبیر محترم



نمودار ۱: تعداد زایمان‌های ساکنان شهرستان محل مطالعه در بیمارستان همان شهرستان و بیمارستان‌های سایر شهرستان‌ها

مرگ ناشی از بارداری یکی از شاخص‌های توسعه محسوب می‌شود.^۱ مرگ‌ومیر مادر بر اثر عوارض بارداری و زایمان، نشانگری حساس از وضعیت زنان در جامعه، دسترسی به مراقبت‌ها، کفایت و کیفیت مراقبت‌های سلامتی، ظرفیت سیستم ارائه خدمات در پاسخگویی به نیازهای جامعه زنان و نشان دهنده اوضاع اقتصادی و اجتماعی هر جامعه‌ای است. مرگ یک مادر، مرگ یک نفر نیست، بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است.^۲ مرگ مادر فقط مرگ یک انسان نیست. مادرانی که به دلیل عوارض بارداری و زایمان فوت می‌شوند، ممکن است فرزندان دیگری در خانه داشته باشند که با مرگ مادر، وضعیت تغذیه آن فرزندان نیز دچار مشکل می‌شود و رشد و حتی بقای آن فرزندان را در معرض تهدید قرار می‌دهد.^۳ مرگ مادر همچنین موجب می‌شود فرزندان بزرگتر، ترک تحصیل نمایند.^۴ به‌طور کلی، مرگ مادر باعث از هم پاشیدن خانواده می‌شود و کودکان را از نظر رشد، تحصیلات و اشتغال تحت تاثیر قرار می‌دهد.^۵ مطالعات نشان می‌دهند که مرگ مادری بر ارابه کنندگان مراقبت‌های سلامت نیز تاثیرگذار است و موجب آسیب‌هایی از جمله بی‌خوابی، از دست دادن اشتها، و خستگی شدید می‌شود.^۶ علاوه بر آثار منفی مرگ مادری که در سطور بالا اشاره شد، بروز مرگ مادری می‌تواند به وجهی بیمارستان نیز آسیب برساند.^۷ یکی از مواردی که می‌تواند نشان دهنده وجهی بیمارستان باشد، کاهش یا افزایش مراجعین آن بیمارستان است. مقاله‌ی حاضر، تغییر تعداد زایمان‌های یک بیمارستان شهرستانی متعاقب وقوع مرگ مادری را بررسی کرده است. طبق بیانیه هلسینکی در مورد اخلاق پژوهش، باتوجه به ماهیت مطالعه که از داده‌های بی‌نام استفاده شد و باتوجه به اینکه داده‌های مورد استفاده، با اهداف مدیریتی و اداری جمع‌آوری شده بودند، نیازی به اخذ رضایت آگاهانه نبود. در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان محل مطالعه، دو مورد مرگ مادری به فاصله‌ی سه ماه اتفاق افتاد که مورد اول در شهریور ماه ۱۳۹۹ و مورد دوم در آذر ماه ۱۳۹۹ بود. هر دو مورد مرگ مادری به دلیل خونریزی بود. نمودار ۱ تعداد زایمان‌های ساکنان شهرستان محل مطالعه را نشان می‌دهد.

در این نمودار، ستون‌های آبی رنگ تعداد زایمان‌های ساکنان شهرستان محل مطالعه در بیمارستان همان شهرستان را نشان می‌دهد. ستون‌های نارنجی رنگ، تعداد زایمان‌های ساکنان شهرستان محل مطالعه در سایر بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، ستون‌های نارنجی تعداد مادرانی را نشان می‌دهد که برای زایمان به بیمارستان شهر خودشان مراجعه نکرده‌اند و به شهرهای دیگر مراجعه کرده‌اند. و خط قرمز رنگ نیز درصد زایمان‌های ساکنان آن شهر که در شهرهای دیگر انجام شده است را نشان می‌دهد. همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، تعداد زایمان‌های بیمارستان محل مطالعه، پس از وقوع اولین مورد مرگ مادری در شهریور ۱۳۹۹، شروع به کاهش کرده است. در مقابل، تعداد زایمان‌های ساکنان شهرستان در سایر بیمارستان‌ها افزایش یافته است. به طوری که درصد زایمان‌های ساکنان این شهرستان در بیمارستان‌های غیر از بیمارستان شهر خودشان (خط قرمز) روند افزایشی داشته و از حدود ۱۸٪ در دوره‌ی پیش از وقوع مرگ مادری، به ۴۵٪ در تابستان ۱۴۰۰ رسیده است. بدین معنی که نزدیک به نیمی از ساکنان شهر ترجیح داده‌اند در بیمارستان شهر خودشان زایمان نداشته باشند. وقوع دو مورد مرگ مادری به فاصله‌ی سه ماه از همدیگر در بیمارستان موجب شد که حدود نیمی از مادران باردار آن شهرستان برای زایمان به بیمارستان‌های

کاهش درآمد بیمارستان باشد که می‌تواند بیمارستان را در تنگنای مالی قرار دهد، اما مهمترین تاثیر کاهش اعتماد به تک بیمارستان شهرستان، لزوم مسافرت‌های بین شهری، سختی دسترسی به خدمات درمانی مناسب در زمان مناسب برای بیماران یا مادران باردار باشد، که می‌تواند آنها را در معرض خطراتی چون تصادفات جاده‌ای قرار دهد و عوارض شدید و حتی مرگ را به همراه داشته باشد. بنابراین مسئولین استانی سلامت مادران باید به این جنبه از آثار مرگ مادری نیز توجه داشته باشند و هم زمان با تلاش برای اصلاح فرایندهای معیوب ارائه خدمات، مدیریت حمایتی مردم خصوصا مادران باردار و همراهان را به عمل آورند. همچنین بایستی توجه داشت که تذکرات کتبی یا شفاهی به افراد، محرومیت و یا قطع همکاری با افراد، می‌تواند برای آن پرونده خاص در مراجع قانونی براساس شکایات موردی مطرح باشد، اما در روند اصلاح فرایندها، این قبیل رویکردهای تنبیهی فردی-گروهی، یکی از عوامل مهم مخدوش کننده مستندات برای پرونده‌های بعدی جهت گریز از تنبیه و تذکرات احتمالی از سوی ارائه دهندگان خدمت خواهد شد. باتوجه به مطالب فوق، پیشنهادات شامل این موارد است، ۱- پرهیز از رویکرد تنبیهی-توییحی فردی، ۲- استفاده از نظرات دریافت کنندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت برای بهبود این خدمات، ۳- اتخاذ رویکرد سیستمی در ارتقای فرآیندهای ارائه خدمات، ۴- شفاف‌سازی اطلاعات و ایجاد ارتباط موثر با مردم و اعلام تغییرات و بهبودها به ایشان.

نسرین چنگیزی^۱، آرش شیردل^۲، امین دائمی^{۳*}

۱- مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پزشکی فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان رشید یاسمی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۹۴۳۰۱

Nasrin Changizi M.D.¹, Arash Shirdel Ph.D.², Amin Daemi M.Sc.^{3*}

1- Maternal, Fetal and Neonatal Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Health Information Technology, Ferdows Faculty of Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

3- Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author: School of Health Management and Information Sciences, Rashid Yasemi St, Valiasr St Tehran, Iran. Tel: +98-21-88794301
E-mail: amin_daemi@yahoo.com

شهرستان‌های مراجعه کنند. این موضوع می‌تواند به این معنی باشد که وجهه‌ی بیمارستان در نزد مردم آسیب دیده است. مطالعه‌ای که در ۲۵ بیمارستان در ایالات متحده آمریکا بر روی بیماران انفارکتوس قلبی انجام شد نشان داد که میزان بالای رضایت بیماران با میزان بالای مطابقت مراقبت‌ها با استانداردها و گایدلاین‌ها مرتبط است و در طرف دیگر، میزان پایین رضایت بیماران با میزان بالای مرگ و میر بیمارستان مرتبط است.^۶ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تصور مردم از کیفیت مراقبت، دور از واقعیت نیست. مطالعات پیشین گزارش کرده‌اند که تصور مردم از کیفیت مراقبت‌های سلامت بر انتخاب ارائه کننده تاثیرگذار است.^۷ می‌توان گفت به خاطر همین تغییر در تصور مردم از کیفیت مراقبت‌های بیمارستان، تعداد مراجعین آن کاهش یافته است. مطالعه‌ای که در اندونزی انجام شد نشان داد که موارد نزدیک به مرگ (Near Miss) مراقبت با کیفیت‌تری نسبت به موارد مرگ مادری دریافت کرده بودند.^۸ بنابراین می‌توان گفت که کیفیت مراقبت‌ها بر مرگ مادری تاثیرگذار است. اما باید به این نکته توجه داشت که کیفیت مراقبت‌ها، بخصوص در مورد مرگ مادری، فقط وابسته به فرد ارائه دهنده خدمت نیست و تحت تاثیر عوامل زیادی است. به‌طوری که مطالعه‌ای که در مورد کیفیت مراقبت‌ها و مرگ مادری در موزامبیک انجام شد نشان داد که برای کاهش مرگ مادری، لازم است تشخیص بیماری مادر به درستی انجام شود، مهارت‌های بالینی پرسنل ارتقا یابد و آزمایش‌های با کیفیت انجام شود تا از خطاهای بالینی اجتناب شود.^۹ مطالعه‌ای که به مرور مرگ‌های مادری در آمریکا پرداخته بود گزارش کرد که فقدان هماهنگی بین ارائه کنندگان مراقبت در مادران دارای بیماری مزمن، مراقبت تکه تکه و غیریکپارچه و مراقبت کمتر از استاندارد از جمله عوامل تاثیرگذار بر وقوع مرگ مادری بودند.^{۱۰} مطالعات دیگر نشان داده‌اند که مردم تفاوت بین کیفیت فنی مراقبت‌ها (از جمله جنبه‌های پزشکی و پرستاری مراقبت‌ها) و کیفیت غیرفنی مراقبت‌ها (از جمله نظافت و غذا) را به خوبی متوجه می‌شوند.^۶ و به جنبه‌های بالینی کیفیت، بیشتر از جنبه‌های غیربالینی آن اهمیت می‌دهند.^{۱۱}

دو مورد مرگ مادری موضوع این مطالعه نیز مطابق نظام کشوری مراقبت مرگ مادران در کمیته مرگ مادران بررسی شده‌اند و بر اساس تقسیم‌بندی ICD 10 در گروه سوم تحت عنوان خونریزی‌های مامایی قرار گرفته‌اند که جزو مرگ‌های قابل اجتناب محسوب می‌شوند. شاید از نظر مدیران بیمارستانی، بارزترین اثر کاهش تعداد مراجعین در بیمارستان،

References

1. Sustainable development goals. United Nations; 2015.
2. Molla M, Mitiku I, Worku A, Yamin AE. Impacts of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia. *Reproductive health* 2015;12:1-9.
3. Bazile J, Rigodon J, Berman L, Boulanger VM, Maistrellis E, Kausiwa P, et al. Intergenerational impacts of maternal mortality: quality findings from rural Malawi. *Reproductive health* 2015;12:1-10.
4. Dartey AF, Phuma-Ngaiyaye E. Physical effects of maternal deaths on midwives' health: a qualitative approach. *Journal of Pregnancy* 2020.
5. Melberg A, Mirkuzie AH, Sisay TA, Sisay MM, Moland KM. 'Maternal deaths should simply be 0': politicization of maternal death reporting and review processes in Ethiopia. *Health Policy and Planning* 2019;34(7):492-8.
6. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2010;3(2):188-95.
7. Hadad S, França E, Uchôa E. Preventable infant mortality and quality of health care: maternal perception of the child's illness and treatment. *Cadernos de saude publica* 2002;18:1519-27.
8. Mawarti Y, Utarini A, Hakimi M. Maternal care quality in near miss and maternal mortality in an academic public tertiary hospital in Yogyakarta, Indonesia: a retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth* 2017;17:1-8.
9. Menéndez C, Quintó L, Castillo P, Fernandes F, Carrilho C, Ismail MR, et al. Quality of care and maternal mortality in a tertiary-level hospital in Mozambique: a retrospective study of clinicopathological discrepancies. *The Lancet Global Health* 2020;8(7):e965-e72.
10. Wong PC, Kitsantas P. A review of maternal mortality and quality of care in the USA. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020;33(19):3355-67.
11. Hu L, Ding H, Hu G, Wang Z, Liu S, Liu Y. How perceived quality of care affects outpatient satisfaction in China: a cross-sectional study of 136 tertiary hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 2019;56:0046958019-895397.