

برنامه عملیاتی مراقبت در منزل در غالب طرح تحول نظام سلامت

با رویکرد عدالت در سلامت

بیان مسئله:

ارتقاء سلامت مادران و نوزادان یکی از ارکان اساسی مراقبتهای بهداشتی درمانی است. سلامت مادران و نوزادان به عنوان گروههای آسیب پذیر مورد توجه خاص سیاست گزاران برنامه سلامتی قرار دارد. روزهای اول پس از تولد برای مادر و نوزاد و نیز سایر افراد خانواده روزهای بحرانی محسوب میشود.

در سال ۲۰۰۹ سازمان بهداشت جهانی و یونیسف به منظور بهبود بقای نوزاد، بیانیه مشترک ویزیت در منزل نوزاد در هفته اول تولد را به عنوان یک استراتژی تکمیلی مراقبت پس از تولد در مراکز زایمانی طرح نمودند. این توصیه بر اساس شواهد علمی است که نشان می دهد ویزیت در منزل توسط کارکنان آموزش دیده در مناطقی که تیم های بهداشتی ضعیف هستند، سبب کاهش میزان مرگ نوزادان می گردد. این اثر نهایی ویزیت در منزل از طریق ارتقای مراقبت های زودرس نوزاد، تشخیص علائم خطر، درمان، و ارجاع به موقع ایجاد گردیده است. معاونت های سلامت در تعدادی از کشورها با حمایت توسعه شرکا به سمت اجرای این بیانیه حرکت کرده اند. (۱، ۲) با توجه به روند کاهشی میزان مرگ و میر مادران و نوزادان کشور، مطابق با آخرین گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف (۲۰۱۳)، (۲) و نیز با توجه به سیاست های جدید جمعیتی کشور و مسئله افزایش موالید و فرزندآوری، اجرای برنامه مراقبت در منزل مادر و نوزاد پس از زایمان به منظور دسترسی برابر به مراقبت، به ویژه در مناطق شهری برای ارتقای سلامت مادران و کودکان و شروع عادلانه از آغاز تولد ضرورت دارد. (۳)

مراقبتهای دوران پس از زایمان این فرصت را در اختیار مراقبین قرار می دهد تا مطمئن شوند که مادر و نوزادش در سلامت به سر می برند و از نظر شیردهی تحت حمایت قرار دارد. همچنین از نزدیک مادر و نوزاد را تحت نظر قرار داده و مشکلات و اختلالات را هر چه سریعتر شناسایی نمایند. مراقبتهای پس از زایمان چالشی است که مادر و نوزاد هر دو را درگیر می کند زیرا هر یک دارای نیازهای خاص خود هستند. مطالعات دریافته اند که ویزیت های منزل به شناخت مشکلات زودرس نوزادی و ایجاد رفتار تقاضای مراقبت کمک می کند. نشان داده شده است که ویزیت های منزل همچنین برای ارتقای عملکردهای گرم نگاه داشتن نوزاد، تغذیه انحصاری با شیرمادر و شروع زودرس آن، و بهبود بهداشت مفید هستند. (۱۰) مطالعات در ایران نشان داده است که ویزیت های پس از زایمان ارائه شده در منزل می تواند میزان و الگوی تغذیه انحصاری با شیر مادر را بهبود بخشد. (۱۳ و ۱۴)

مطالعات انجام شده در کشور در زمینه ویزیت در منزل، بیشتر جنبه آموزشی داشته و بیشتر رفتار شیردهی مادران را پوشش داده است. (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) از انجائی که با وجود تنظیم برنامه ای جامع جهت ارائه مراقبتهای

پس از زایمان و آموزش رفتارهای بهداشتی مناسب توسط وزارت بهداشت، بر طبق مشاهدات پژوهشگران عواملی مانند کمبود پرسنل، شلوغی مراکز، عدم وجود وقت کافی، اهمیت ندادن یا فراموش کردن مادران جهت دریافت مراقبتهای این دوران، عدم آگاهی کامل پرسنل بهداشتی از وضعیت منزل مادران و امکانات آنها جهت اجرای توصیه های بهداشتی و عدم آگاهی پرسنل از مشکلات درون منزل و خانواده سبب گردیده که این برنامه جامع مراقبتی به نحو مطلوب ارائه نشود، لذا پژوهش عملیاتی با هدف تعیین میزان تاثیر مراقبت پیگیرانه در منزل، پس از زایمان بر شاخص های سلامت مادر و نوزاد توسط اداره سلامت نوزادان با همکاری دانشگاه ع پ قزوین انجام شد.

نمونه پژوهش شامل ۳۶۷ مادر و نوزاد بود که بصورت تصادفی مبتنی بر هدف و در دسترس انجام شد. ۳ نوزاد قبل از تولد و یک نوزاد پس از تولد در گروه مداخله و ۲ نوزاد در گروه کنترل فوت کردند. باقیمانده شامل ۳۶۷ مادر زایمان کرده و ۳۶۲ نوزاد زنده متولد شده بودند که ۱۷۳ نفر از نوزادان در گروه مداخله و ۱۸۹ نفر از نوزادان در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه کنترل به صورت گذشته نگر مورد مطالعه قرار گرفتند. در ارتباط با هدف اول تعیین مقایسه شاخص های سلامت نوزادی در دو گروه، نسبت زردی و شدت آن و نیز تعداد مراقبت های انجام شده در دو گروه مطالعه تفاوت معنی دار داشت. هرچند گزارش دهی عوارضی مانند ایکتر، مشکلات شیرخوردن، وزن گیری نامناسب در گروه مداخله بیشتر بود ولی به دلیل ارائه مراقبت و آموزش های لازم، از نظر بالینی با موارد بستری مجدد و یا اختلال رشد نوزاد همراه نبود. عوارض گوارشی و کولیک در هر دو گروه یکسان گزارش شد.

آزمون کای دو تفاوت معنی داری را از نظر شدت زردی در دو گروه مطالعه نشان داد (۰.۰۰۱). این تفاوت در ویژگی های بعدی ناچیز و از نظر آماری معنی دار نبود. افزایش شدت زردی در نوزادان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی، دلالت بر نیاز به انجام مراقبت در منزل پس از ترخیص، در هفته اول تولد دارد. به ویژه که بازدید از مادر و نوزاد در این زمان از نظر حل مشکلات شیردهی و تغذیه انحصاری مادر حائز اهمیت می باشد. از مزایای دیگر مراقبت در منزل در این مطالعه انجام تست غربالگری کم کاری تیروئید برای تمام نوزادان مراقبت شده بود. اگرچه در تمامی نوزادان مراقبت شده در مرکز نیز این آزمایش انجام شده بود، اما وضعیت نوزادانی که برای مراقبت به مرکز مراجعه ننموده اند در این زمینه مورد سوال است که از مزایای مراقبت فعال نسبت به مراقبت پسو به شمار می رود.

درارتباط با مقایسه شاخص های سلامت مادر در گروه های مداخله و کنترل تفاوت معنی داری به جز از نظر تعداد مراقبت ها، دیده نشد. اگرچه علیرغم درصد بالاتر سزارین در گروه مداخله، عوارض مربوط به بازشدن زخم

و عفونت و شقاق نوک سینه در دو گروه تفاوت معنی داری نشان نداد. یافته ها دلالت بر تداوم مصرف مکمل در مادران گروه مداخله برخلاف گروه کنترل دارد.

در ویزیت اول ۱۸۳ نمونه شاهد جهت انجام آزمایش غربالگری به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر مراجعه نمودند که این اماره به ۱۳۰ مورد در ویزیت دوم و ۶۰ مورد در ویزیت سوم تقلیل یافت. نکته ای حائز اهمیت این است که هرچند تعدادی از آنها طبق مصاحبه تلفنی به مطب های خصوصی مراجعه کرده اند، ولی باز از سرنوشت تمامی آنها اطلاعی در دست نیست. زیرا بسیاری از آنان تلفن نداشتند یا اینکه تنها برای زایمان به شهر قزوین مراجعه کرده بودند و سپس از آن به روستای خود مراجعه کرده بودند که در میان آنان نوزادان نارس یا بستری در بخش نوزادان یا مراقبت های ویژه هم قرار داشتند، لذا ویزیت در منزل برای این گروه خاص که نوزادان مشکل دار دارند از ضرورت بیشتری برخوردار است.

در گروه مداخله بیشتر نمونه ها هر سه ویزیت را دریافت کرده بودند (۱۰۰٪ در ویزیت اول و دوم و ۹۷.۷۲٪ در ویزیت سوم) ولی این موضوع در مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی صدق نمی کرد. در گروه کنترل ۹۵.۸۱٪ از مادران نوبت اول، ۶۸.۴۲٪ نوبت دوم و تنها ۳۴٪ از مادران در نوبت سوم برای مراقبت به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده اند. که با استفاده از آزمون کای دو، تفاوت در دو گروه معنی دار بود.

میانگین روز ویزیت برای گروه مداخله در ملاقات اول ۴ روزگی، در ملاقات دوم ۱۶ روزگی و در ملاقات سوم ۴۳ روزگی بوده است ولی این اعداد برای گروه کنترل ۱۳، ۲۶ و ۴۲ روزه گی بوده است. ملاقات اول در گروه کنترل دارای دامنه وسیع همان روز ترخیص تا ۱۳ روز بعد می باشد. این موضوع به نامرتب بودن و نیز عدم تداوم ملاقات دوم و سوم مربوط است. مادران برای انجام غربالگری نوزاد که در بیمارستان انجام نشده باشد باید به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنند و در غیر ایصورت الزامی برای مراجعه ندارند. و در صورت بروز مشکل به مطب خصوصی پزشک متخصص کودکان مراجعه می کنند و ضرورتی به مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی نمی بینند. این امر دلالت بر انجام به موقع مراقبت ها در مراقبت در منزل به عنوان یک مراقبت فعال نسبت به مراقبت در مرکز بهداشتی درمانی (مراجعه متقاضی - مراقبت پسیو) دارد.

اگرچه درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در گروه مراقبت در منزل بیشتر است اما با استفاده از آزمون کای دو تفاوت مشاهده شده معنی دار نیست. تعداد موارد تغذیه انحصاری در مادران گروه مداخله به دلیل آموزش مادران در منزل بیشتر بوده اما معنی دار نبود. البته لازم به ذکر است که این امر می تواند ناشی از تکمیل پرسشنامه های گروه کنترل، به صورت گذشته نگر از روی ثبت گزارش پرونده ها باشد که از محدودیت های این پژوهش بشمار می رود. از محدودیت های دیگر این پژوهش عدم انجام معاینه معمول نوزادی در یک ماهگی

توسط پزشک در گروه مداخله است که با توجه به اعلام محدوده زمانی از تولد تا ۲ ماهگی برای انجام این معاینه، توسط اداره سلامت کودکان، مراجعه به مرکز برای انجام معاینه نوزادی و نیز واکسیناسیون نوزاد به مادران گروه مداخله توصیه شد.

روند وزن گیری نوزادان در گروه کنترل کمی بیشتر بود، اگرچه تفاوت مشاهده شده معنی دار نبود. علیرغم این مسئله میزان بستری مجدد در نوزادان گروه کنترل بیشتر از گروه مداخله بود که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد.

بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر مراقبت پیگیرانه در منزل پس از زایمان بر شاخص های سلامت مادر و نوزاد پذیرفته می شود. محققین انجام ویزیت در منزل را تا یک هفته اول پس تولد (ترجیحا ۳-۵ روزگی) توصیه می کنند. در صورتی که مادر و یا والدین در اولین ویزیت در منزل نسبت به مراجعه به موقع به مراکز بهداشتی و درمان بخوبی آموزش ببینند، با توجه به ویژگی های شهر قزوین نظیر (اکثریت کارگرنشین) و تمایل مراجعه درصد بالایی از مردم برای مراقبت به مرکز بهداشتی درمانی های سطح شهر قزوین، مراقبت در مرکز بهداشتی درمانی برای انجام ویزیت های بعدی می تواند پاسخگو باشد. لازم به ذکر است که پیامدهای تعداد زیادی از مادران و نوزادان که ویزیت در منزل نشده بودند، در حاله ای از ابهام قرار دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده و عدم امکان تامین هزینه بیشتر، این مطالعه در فاز اول کمی با حجم نمونه پیشگفت متوقف و فاز دوم مطالعه به صورت مطالعه کیفی با مراقبت کنندگان با هدف بررسی مزایا و موانع مراقبت در منزل ادامه یافت.

- با توجه به یافته های پژوهش توصیه می گردد، مراقبت در منزل در هفته اول تولد پس از ترخیص مادر و نوزاد، به ویژه در قشرهای کم درآمد و آسیب پذیر مانند حاشیه نشینان شهرها و روستائیان و نوزادان پرخطر، جهت کاهش نابرابری های سلامت و دسترسی به خدمات انجام پذیرد.

- نتایج این پژوهش به عنوان شواهد سیاست گذاری و برنامه ریزی برای مراقبت در منزل مادر و نوزاد پس از زایمان و ترخیص از بیمارستان قابل استفاده است.

- ویزیت در منزل علاوه بر دادن اطلاعات ضروری که در مراکز بهداشتی و درمانی یا مطب با تاخیر داده می شود، می تواند به راهنمایی مادر و نوزاد برای مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و دریافت سایر مراقبت های مورد نیاز بیانجامد.

- اجرای این برنامه در بخش دولتی و به صورت رایگان نیاز به فراهم نمودن زیرساخت هایی نظیر بیمه سلامت و استاندارد خدمات دارد. لذا تا آماده شدن زیرساخت ها، اجرای این خدمات در شرایط کنونی در قالب خدمات کلینیک های خصوصی مشاوره مامایی برای متقاضیان این خدمت پیشنهاد می گردد.

- با توجه به اینکه هنوز برای ویزیت در منزل زیرساخت های اخلاقی، قانونی، فرهنگی و اجتماعی لازم فراهم نیست، نیاز به فراهم نمودن الزامات اجرای این برنامه در کشور می باشد.

- بررسی تاثیر شروع ویزیت در منزل در سه ماهه آخر بارداری بر شاخص های سلامت مادر و نوزاد توصیه می گردد

- همچنین انجام مطالعه مشابه در کلان شهر ها با توجه به تفاوت ساختار ، البته پس از فراهم شدن زیرساخت ها از دیگر پیشنهادات محققین برای انجام پژوهش های بعدی است.

با توجه به شواهد خارجی و داخلی، اداره سلامت نوزادان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس بر آن شده است تا با همکاری اداره های سلامت مادران و کودکان در راستای کاهش نابرابری های سلامت و نظر به سیاست جمعیتی افزایش مولید و تکامل اوایل کودکی، برنامه مراقبت در منزل را در شهر اصفهان اجرا نماید.

وضعیت موجود:

شهر اصفهان دارای ۲۰ بیمارستان دارای مرکز زایمانی و ۱۳ مرکز مشاوره خصوصی (۱۰ مرکز مامایی و ۲ مرکز پرستاری) است. سیستم مراقبت بهداشتی این دانشگاه از کفایت لازم برای انجام مراقبت های بهداشتی اولیه برخوردار است. لذا معاونت بهداشت این دانشگاه برای اجرای برنامه مراقبت در منزل و ارجاع آنها رای تداوم مراقبت در مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شد تا با همکاری سایر معاونت این برنامه را در قالب طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت و با رویکرد کاهش نابرابری سلامت اجرایی نماید.

اهداف برنامه:

- افزایش پوشش مراقبت زودرس پس از زایمان و مراقبت دوره نوزادی از طریق افزایش دسترسی
- افزایش تشکیل پرونده و پوشش مراقبت دیررس دوره نوزادی در مراکز بهداشتی درمانی
- استمرار مراقبت دوره نوزادی
- افزایش شاخص تغذیه انحصاری با شیرمادر در مقاطع ۳۰ و ۴۰ روزگی و نیز ۴ و ۶ ماهگی
- کاهش نسبت بستری مجدد مادر و نوزاد
- کاهش میزان مرگ نوزادی خارج بیمارستانی دیررس (۲۸ روزگی)

گروه های هدف:

۱. مادر و نوزاد ترخیص شده از بیمارستان
۲. نوزادان ترخیص شده از بخش های مراقبت تخصصی/ویژه نوزادان
۳. نوزادان در معرض خطر نیازمند مراقبت در منزل که در دو گروه بالا نمی گنجند.

معیار های انتخاب:

سکونت در یکی از مناطق هفت گانه محروم یا حریم شهر اصفهان
بارداری اول یا چهارم و بالاتر

روش اجرا:

نیروی انسانی ارائه دهنده مراقبت: روش پیشنهادی به صورت توام شامل بکارگیری پرسنل با تجربه شاغل در سیستم مراقبت بهداشتی در خارج از ساعات کاری و نیز خرید خدمت از بخش خصوصی می باشد. این نیروها باید دارای مدرک کارشناسی مامایی و پرستاری باشند و در فراخوان جذب نیرو شرکت نموده و در یکی از مراکز مشاوره پرستاری و مامایی شهر اصفهان ثبت نام گردند. کارگروه عملیاتی و نظارتی متشکل از کارشناسان و مدیران ستادی دانشگاه ع پ اصفهان و ادارات مرتبط در دفتر سلامت.... می باشد.

مدیریت و برگزاری کارگاه آموزشی ۷ روزه برای ارائه دهندگان خدمت توسط معاونت بهداشتی دانشگاه انجام می پذیرد. در صورت نهادینه شدن برنامه در سیستم برنامه بازآموزی سالیانه در برنامه لحاظ می گردد.

فرم ها: شامل دو دسته هستند: فرم های اداری و فرم های ارائه خدمت

• فرم های اداری عبارتند از :

فرم خرید خدمت از مرکز مشاوره

فرم قرارداد که بین مرکز مشاوره و ارائه دهنده خدمت خدمت عقد می گردد.
فرم رضایت و برائت که توسط قیم بیمار و ترجیحا در زمان ترخیص از بیمارستان تکمیل می گردد.

• فرم های ارائه خدمت در غالب بسته خدمتی تنظیم می گردد.

جهت برنامه ریزی برای مراقبت در منزل ۲۴-۴۸ ساعت پس از ترخیص، لیست مادران و نوزادان ترخیص شده از هر بخش در هر یک از بیمارستان ها می بایست در ساعت ۱۲ نیمروز توسط بیمارستان تکمیل و در وب سایت مربوط به معاونت بهداشت قرار گیرد. فهرست مراقبت شدگان در منزل نیز باید تا ساعت ۱۴ هر روز توسط مرکز مشاوره در سایت مربوطه قرار گیرد تا موارد مراقبت نشده، توسط نزدیکترین مرکز مشاوره یادداشت و مراقبت گردند.

نوبت های بعدی مراقبت در زمان انجام اولین مراقبت در منزل، توسط کارشناس سلامت برنامه ریزی و به خانواده اعلام می گردد. مراقبت مادر و نوزاد عمدتا در دو نوبت ۲-۵ روزگی و ۱۵ روزگی (و حداکثر دو نوبت مراقبت ویژه در صورت نیاز) و مراقبت های بعدی نوزاد بیمار یا پرخطر بسته به وضعیت نوزاد توسط کارشناس سلامت تعیین و به خانواده اعلام می گردد. مادر و نوزاد برای مراقبت ۲۸ روزگی به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع خواهند شد. آدرس مراکز بهداشتی درمانی جهت مراجعه مراقبت پایان دوره نوزادی در اختیار خانواده قرار می گیرد.