

گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

در سال ۱۳۹۴

دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

به نام خدا

مقدمه:

اهمیت مرگ مادر و نقش فاجعه بار آن در بنیان هر خانواده بر هیچ کس پوشیده نیست. با مرگ هر مادری سلامت تن و روان فرزندان و سلامت اجتماعی زندگی آتی فرزندان او به مخاطره می افتد. مادر مهمترین رکن هر خانواده در جوامع گوناگون محسوب می شود سلامت مادر اثر مستقیم و نقش اساسی و بنیادی در سلامت خانواده و جامعه دارد. مرگ مادر یکی از غم انگیزترین پیامدهای زندگی است با مرگ مادر، کانون خانواده متزلزل میشود و تربیت، آموزش و حیات کودکان دستخوش دگرگونی و ضعف میشود مرگ مادر یکی از مهمترین شاخصهایی است که نشاندهنده وضعیت سلامت ملتها و توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهاست.

عوامل مرتبط با مرگ مادر

مرگ مادر در یک جامعه تنها یک اتفاق بیولوژیک نیست بلکه پدیده ای است که با فاکتورهای رشد و توسعه جوامع ارتباط دارد یک سری عوامل از جمله وضعیت اقتصادی- اجتماعی، کیفیت و کمیت مراقبتهای بهداشتی در مرگ مادران تاثیر بسزایی دارند اغلب مرگ مادران در کشورهای فقیر اتفاق می افتد عواملی مانند میزان باروری، درآمد سرانه، پیشرفت تحصیلی و سواد زنان و در دسترس بودن خدمات بهداشتی از جمله عوامل تعیین کننده مهم در مرگ مادران هستند مطالعات مختلف نشان داده است که بین سطح سواد زنان و مرگ مادر ارتباط معکوس وجود دارد این بررسیها بیان مینماید که سطح سواد زنان با تغییر سایر متغیرهای شناخته شده که بر سلامت مادران اثر دارند از جمله رفتار تولید مثل (میزان باروری، دیر ازدواج کردن و مادر شدن، تعداد افراد خانواده و پیشگیری از بارداری) و دسترسی به تسهیلات و مراکز ارائه خدمت به مادران (مراقبتهای دوره بارداری، حین زایمان و پس از) ارتباط دارد. اگر چه تاثیر مستقیم سایر عوامل و شاخصهای توسعه نظیر دسترسی به آب آشامیدنی سالم و سیستم دفع بهداشتی فاضلاب بر روی مرگ مادران تقریباً شناخته شده نیست، اما این عوامل بر روی سلامت جامعه از طریق کاهش همه گیریها و مرگ و میر ناشی از عفونتهای اسهالی تاثیرگذار هستند. وضعیت تغذیه و درآمد سرانه از جمله عوامل تاثیرگذار بر مرگ مادر هستند به عنوان مثال درآمد سرانه در چگونگی دسترسی و استفاده مادر از خدمات تخصصی در بارداری، زایمان و پس از زایمان موثر است. فاکتورهای مرتبط با وضعیت اقتصادی که در بروز مرگ مادران تاثیر دارند، در کشورهای فقیر و غنی متفاوت هستند لذا شناخت این عوامل تاثیرگذار و میزان تاثیر آنها در مرگ مادران اهمیت ویژه ای دارد.

نظر به اهمیت موضوع و اینکه بدون ارتقا حقوق باروری زنان و حفظ سلامت مادران، سایر اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals) که در سال ۲۰۱۵ میلادی پیشنهاد گردیده است، قابل دسترسی نیست.

روشهای اندازه گیری مرگ مادر

دو خطر عمده موثر در مرگ مادران در طول حیات یک زن عبارت است از:

(۱) خطر مرگ در اثنای یک حاملگی

(۲) تعداد مواردی که یک زن در سن باروری با این خطر (مرگ در ارتباط با بارداری) مواجه میشود
برای اندازه گیری مرگ مادران ۳ شاخص عمده وجود دارد:

۱- نسبت مرگ مادر، [Maternal Mortality Ratio (MMR)] بیانگر خطر اول است که از تقسیم تعداد مرگ مادران در یک جمعیت در یک دوره زمانی معین بر تعداد متولدين زنده در همان جمعیت و در همان مقطع زمانی بدست میآید.

۲- میزان مرگ مادر [Maternal Mortality Rate (MMRate)] بیانگر هر دو خطر است که، برای محاسبه آن باید تعداد مرگ مادران در یک جمعیت را در یک دوره زمانی بر تعداد زنان سن باروری (۱۵-۴۹) در همان جمعیت و در همان مقطع زمانی تقسیم کرد.

۳- سهم مرگ مادر در میان زنان سن باروری [(Proportion of Maternal death)PM] که برای محاسبه آن باید تعداد مرگ مادران در یک جمعیت در یک دوره زمانی مشخص را به کل موارد مرگ زنان ۱۵-۴۹ ساله همان جمعیت در همان مقطع زمانی تقسیم کرد.
نسبت مرگ مادر به طور عموم ترجیحا جهت اندازه گیری مرگ مادر شناخته میشود زیرا این نسبت فراوانی مرگ مادران را نسبت به کل موارد خطر بیان میکند که با تولدهای زنده سنجیده می شود.

تعریف مرگ مادر براساس نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD-10) و سازمان جهانی بهداشت عبارتست از:

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

منابع گردآوری داده های مربوط به مرگ مادر

داده های مربوط به مرگ مادر از منابع مختلف گردآوری میشوند سپس بر اساس داده های موجود و روشهای متفاوت آماری وضعیت مرگ و میر مادران در دوره های زمانی مختلف ارزیابی میشود بر اساس گوناگونی منابع گردآوری اطلاعات، میتوان کشورها را به سه گروه تقسیم کرد:

- ۱- کشورهایی که دارای سیستم نسبتاً کامل ثبت احوال هستند و مستندات خوبی از علل مرگ و میر دارند.
 - ۲- کشورهایی که فاقد سیستم کامل ثبت احوال هستند اما برخوردار از سیستم ثبت سایر اطلاعات ملی هستند که برای اندازه گیری مرگ و میر مادران میتوان از آنها استفاده کرد.
 - ۳- کشورهایی که فاقد سیستم کامل ثبت احوال و همچنین ثبت کشوری سایر اطلاعات ملی هستند
- تقریباً نصف کشورهای جهان جزء گروه دوم هستند که بیش از چهار پنجم تولدهای جهان را دارا هستند. سیستم ثبت احوال با مستندات خوب از علل مرگ و میر، یک نظام دقیق در خصوص گردآوری اطلاعات مربوط به مرگ و میر مادران و علل آن است. در کشورهایی که فاقد این سیستم هستند، تعیین وضعیت مرگ و میر مادران مشکل است زیرا:
- در صورت عدم ثبت مرگ زنان سن باروری، شناسایی و تشخیص صریح مرگ و میر مادران یک چالش است. در مواردی که مرگ زنان سن باروری ثبت شود، به علت عدم ثبت وضعیت بارداری و علت مرگ، نمیتوان مورد مرگ را به عنوان مرگ مادر گزارش کرد.
- در بسیاری از کشورهای در حال توسعه که سیستم پزشکی قانونی جهت ثبت علت مرگ ندارند، تخصیص دقیق مرگ مادر به مرگ یک زن مشکل است.

خلاصه ای از گزارش سازمان جهانی بهداشت – روند مرگ مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵

روزانه حدود ۸۰۰ مادر در دنیا بر اثر عوارض قابل اجتناب بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند. تخمین زده می شود که در دنیا به ازای هر مرگ مادر حدود ۲۰ زن دچار عوارض مادری (Maternal Morbidity) می شوند. تقریباً یک چهارم از این ها عوارض شدیدی هستند که زنان ممکن است طولانی مدت (Severe Maternal Morbidity) از آن رنج ببرند. برای اندازه گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادران (Maternal Mortality Ratio) یا به اختصار MMR استفاده می شود که این شاخص تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده را نشان می دهد.

شاخصها و هدف گذاریهای بین المللی

قبل از سال ۲۰۱۵

براساس اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) نسبت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد.

بعد از سال ۲۰۱۵

براساس اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals) و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت شاخصهای زیر برای کاهش عادلانه مرگ مادری بعد از سال ۲۰۱۵ تعیین شده است:

شاخص جهانی:

تا سال ۲۰۳۰ میلادی، متوسط نسبت مرگ مادری (MMR) در جهان به کمتر از ۷۰ در صد هزار تولد زنده برسد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر جهانی نباشد

شاخص در کشورها:

در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ کمتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است (یعنی بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران)، رقم این شاخص تا سال ۲۰۳۰ حداقل به اندازه دو سوم آن در ۲۰۱۰ کاهش یابد.

در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ بیشتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است کاهش این شاخص باید سیر نزولی بیشتری داشته و در سال ۲۰۳۰ در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده نباشد.

برای دستیابی به شاخص فوق، هدف زیر توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است:

هدف نهایی: پیشگیری از (پایان دادن به) مرگهای قابل اجتناب مادران

Ultimate Goal : Ending Preventable Maternal Mortality

جدول شماره ۱ – شاخصهای MMR و Life time Risk of Maternal death در مناطق مختلف دنیا

بر اساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت

تخمین نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۵			منطقه
حداکثر	حداقل	متوسط	
۶۵۰	۵۰۶	۵۴۲	افریقا
۵۹	۴۹	۵۲	امریکا
۱۹	۱۵	۱۶	اروپا
۱۹۹	۱۴۱	۱۶۴	آسیای جنوب شرقی
۲۱۶	۱۴۲	۱۶۶	مدیترانه شرقی (EMRO)
۳۱	۲۱	۲۵	کشور ایران
۲۴۹	۲۰۷	۲۱۶	دنیا
۱۴	۱۱	۱۲	- مناطق توسعه یافته
۲۷۵	۲۲۹	۲۳۹	- مناطق در حال توسعه
۵۸۶	۴۶۸	۴۹۵	- کشورهای کم درآمد
۱۹	۱۶	۱۷	- کشورهای پردرآمد

بطور خلاصه در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که ۴۴ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کمتر شده است

مناطق در حال توسعه حدود ۹۹ درصد کل مرگهای دنیا را به خود اختصاص داده اند.
نسبت مرگ مادر یا MMR در مناطق در حال توسعه (۲۳۹) حدود ۲۰ برابر مناطق توسعه یافته (۱۲) می باشد

اهداف استراتژیک زیر برای ارتقای سلامت مادران توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است:

- رفع بی عدالتی در دسترسی و کیفیت خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- اطمینان از پوشش جامع خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- توجه به تمام علل مرگهای مادری، عوارض مادری و باروری، ناتوانیهای مرتبط با آن
- تقویت سیستمهای سلامتی برای پاسخ به نیازها و اولویتهای زنان و دختران

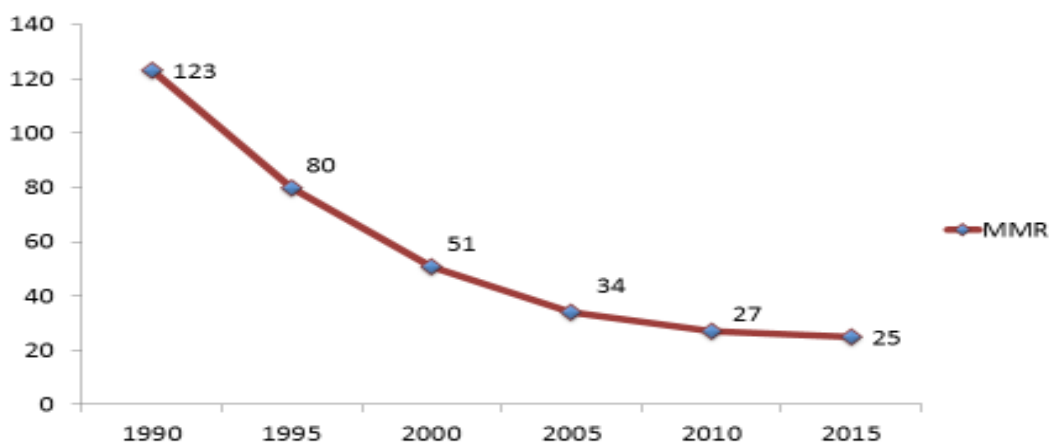
جدول شماره ۲- روند MMR در ایران بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت

سال میلادی	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۵
سال هجری شمسی	۱۳۶۹	۱۳۷۴	۱۳۷۹	۱۳۸۴	۱۳۸۹	۱۳۹۴
نسبت مرگ مادران درصد هزار تولد زنده (MMR)	۱۲۳	۸۰	۵۱	۳۴	۲۷	۲۵

کشور ایران با حدود ۸۰ درصد کاهش جزو کشورهای موفق در دستیابی به هدف توسعه هزاره اعلام شده است

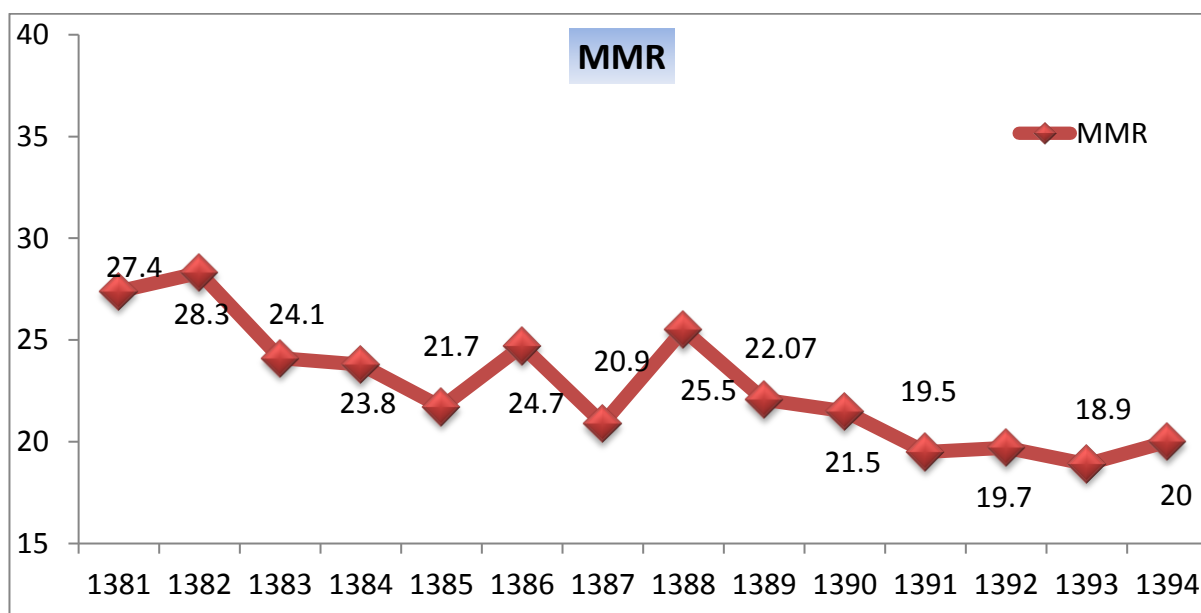
نمودار شماره ۱: نسبت مرگ مادران در کشور بر اساس آمار منتشره از سازمان جهانی بهداشت

روند مرگ مادران در صد هزار تولد زنده در کشور ایران بر اساس ارقام تخمینی سازمان جهانی بهداشت (گزارش سال ۲۰۱۵ میلادی)



روند نسبت مرگ مادران در کشور طی ۱۴ سال اخیر در نمودار ذیل قابل مشاهده است.

نمودار شماره ۲: نسبت مرگ مادران در کشور بر اساس نظام مراقبت مرگ مادر



طبق این نمودار میزان MMR در کشور نسبت به سال گذشته کمی افزایش داشته است. به علت اپیدمی آنفلوآنزا در برخی از دانشگاههای کشور بوده که در حدود ۲۸ مورد مرگ مادر بدنبال ابتلاء به آنفلوآنزا رخ داده است.

جدول شماره ۳: تعداد و نسبت مرگ مادران در کشور از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۴ براساس داده های نظام

کشوری مراقبت مرگ مادری

نسبت مرگ مادران در صد هزار تولد زنده	تعداد موارد مرگ مادران گزارش شده (مطابق با تعریف)	سال
۲۷/۴	۳۰۸	۱۳۸۱
۲۸/۳	۳۳۲	۱۳۸۲
۲۴/۱	۲۷۸	۱۳۸۳
۲۳/۸ (گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۳۴) (۲۰۰۵)	۲۹۵	۱۳۸۴
۲۱/۷	۲۷۳	۱۳۸۵
۲۴/۷	۳۱۶	۱۳۸۶
۲۰/۹	۲۷۳	۱۳۸۷
۲۵/۴	۳۴۲	۱۳۸۸
۲۲/۰۷	۳۰۲	۱۳۸۹
(گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۲۷) (۲۰۱۰)		
۲۱/۵	۲۹۷	۱۳۹۰
۱۹/۵	۲۷۸	۱۳۹۱
۱۹/۷	۲۹۱	۱۳۹۲
۱۸/۹	۲۹۱	۱۳۹۳
۲۰	۳۱۵	۱۳۹۴
(گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۲۵) (۲۰۱۵)		

گزارش توصیفی اطلاعات استخراج شده از مرگ مادر در سال ۱۳۹۴

تعداد و نسبت مرگ مادران:

(۱) در سال ۱۳۹۴، از کل مرگهای گزارش شده، تعداد ۳۱۵ مورد مرگ مادر مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت بوده است.

(۲) با توجه به تعداد موالید زنده ثبت شده در سازمان ثبت احوال، MMR یا نسبت مرگ مادران در کشور ۲۰ درصد هزار تولد زنده محاسبه میشود

منطقه سکونت:

(۳) از این تعداد ۶۰٪ ساکن شهر و ۶٪ حاشیه شهر و ۲۴٪ ساکن روستای اصلی و ۵٪ روستای قمر و ۴٪ مربوط به روستای سیاری و عشایر بوده اند .

سن مادر:

(۴) از نظر بررسی سنی موارد فوت شده: مطابق سامانه کشوری اطلاعات مادرو نوزاد از تعداد کل زایمانهای ثبت شده حدوداً ۱۲٪ آنها مادران بالای ۳۵ سال بوده اند ولی متأسفانه ۲۳٪ مادران فوت شده بالای ۳۵ سال سن داشته اند. در صورتیکه ۶٪ موارد زایمان کرده زیر ۱۸ سال بوده اند و ۳٪ آنها منجر به فوت شده بود.

تعداد بارداری:

۱. مطابق سامانه کشوری اطلاعات مادرو نوزاد از تعداد کل زایمانها ۳۵٫۷٪ بارداری اول بوده اند در صورتیکه از کل موارد فوت شده ۲۷٪ بارداری اول داشته اند.
۲. همچنین از تعداد کل زایمانها ۴٫۸٪ زایمانها حاملگی پنجم و بالاتر بوده اند در صورتیکه ۱۷٪ موارد فوت شده بارداری پنجم و بالاتر داشته اند.
۳. فاصله دو بارداری آخر کمتر از سه سال ۲۳٪ بوده است.

مراقبت بارداری:

- ✓ ۷۷٪ موارد مرگ مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته اند.
- ✓ ۷۴٪ موارد یک فاکتور در معرض خطر نیز داشته اند.
- ✓ ۷٪ موارد مرگ، اعتیاد به مواد مخدر داشته اند.
- ✓ ۴۳٪ موارد مرگ مراقبت دوران بارداری در زمان مناسب شروع نکرده اند.
- ✓ ۴۳٪ موارد تعداد مراقبت ها متناسب با سن بارداری نبوده است.

✓ ۷۹٪ موارد بارداری خواسته بوده است.

(۵) **مقطع فوت مادران فوت شده:**

۲۶٪ در زمان بارداری

۴٪ در زمان زایمان

۲۲٪ در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

۴۸٪ پس از ۲۴ ساعت فوت شده اند.

(۶) **محل فوت موارد گزارش شده:**

۹٪ در منزل

۴٪ در بین راه

در تسهیلات زایمانی مرگ نداشته ایم

۸۷٪ در بیمارستان فوت شده اند.

(۷) از این تعداد مواردی که در بیمارستان فوت نموده اند نوع بیمارستان آنها شامل:

۶۰٪ در بیمارستان آموزشی درمانی

۲۵٪ در بیمارستان درمانی

۵,۵٪ در بیمارستان تامین اجتماعی

۵٪ در بیمارستان خصوصی

۱,۵٪ در بیمارستان های خیریه

۳٪ بیمارستانهای سایر ارگانها

(۸) **محل زایمان موارد فوت شده:**

۵٪ در منزل

در بین راه زایمان نداشته ایم.

۱٪ در تسهیلات زایمانی

۹۴٪ در بیمارستان زایمان نموده اند.

(۹) **نوع بیمارستان محل زایمان آنها شامل:**

۴۳٪ در بیمارستان آموزشی درمانی زایمان کرده اند.

۳۵٪ در بیمارستان درمانی

۸٪ در بیمارستان تامین اجتماعی

۸٪ در بیمارستانهای بخش خصوصی

۳٪ در بیمارستانهای خیریه

۳٪ در بیمارستانهای سایر ارگانها

۱۰) عامل زایمان مادران فوت شده :

۷۸٪ موارد زایمان توسط پزشک انجام شده است و این در حالی است که ۷۴٪ موارد بارداری پرخطر داشته اند.

۱۷٪ موارد عامل زایمان ماما بوده است.

۳٪ موارد ماما محلی عامل زایمان بوده است.

۲٪ موارد هیچکس عامل زایمان نبوده است.

۱۱) نوع زایمان

۱۲) مطابق سامانه کشوری اطلاعات مادرو نوزاد ۵۰٪ زایمانهای سال ۹۴ به صورت طبیعی اتفاق افتاده است. در

صورتیکه ۳۶٪ موارد فوت شده، زایمان مادران به صورت طبیعی (NVD) بوده است.

۱۳) در حالیکه از کل زایمانهای ثبت شده ۵۰٪ سزارین شده اند. ولی ۶۴٪ زایمان مادران فوت شده به صورت

سزارین صورت گرفته است.

درصد علل سزارین های صورت گرفته شامل:

۶٪ عدم پیشرفت (سال گذشته ۹٪ بوده است)

۳٪ پرزانتاسیون غیر طبیعی (سال گذشته ۵٪ بوده است).

۲٪ دکلمان (سال گذشته ۵٪)

۱٪ جفت سرراهی (سال گذشته همین میزان بوده است).

۲۷٪ سزارین تکراری (که در مدت مشابه سال گذشته ۱۸٪ بوده است)

۰٪ پرولاپس بند ناف (سال گذشته ۱٪)

۴٪ دوقلویی و بالاتر (سال گذشته ۶٪)

۱۱٪ زجر جنین (سال گذشته ۱۳٪)

۳٪ سزارین انتخابی (سال گذشته ۲٪)

۲۵٪ عوارض مادری (سال گذشته ۲۶٪)

۹٪ نجات جان جنین (سال گذشته ۵٪)

۹٪ سایر موارد (در سال گذشته ۵٪)

۱۴) مداخلات درمانی حین زایمان:

۳۹٪ موارد فوت شده ، مادر خون دریافت کرده است. و در ۳۴٪ بیش از ۴ واحد خون یا فرآورده خونی دریافت نموده اند.

۱۵) مطابق سامانه کشوری اطلاعات مادرو نوزاد حدود ۱٪ از زایمانها نیاز به انتقال مجدد به اتاق عمل (return to theater) داشته اند ولی در ۲۴٪ مادران فوت شده نیاز به انتقال مجدد به اتاق عمل پیدا کرده اند.

۱۶) ۱۷٪ داروهای ویژه مانند (IVIg، فاکتور ۷، پروستاگلاندین و.....) دریافت کرده اند.

۱۷) غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی درمانی در مقاطع مختلف پیش از

بارداری ، بارداری، زایمان، ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و پس از زایمان

در ۱۸٪ موارد در مقطع پیش از بارداری از طرف ارائه کنندگان خدمت غفلت صورت گرفته است.(در سال گذشته ۱۹٪ بوده است)

در ۴۱٪ موارد در مقطع بارداری از طرف ارائه کنندگان خدمت غفلت صورت گرفته است.(در سال گذشته نیز همان ۴۱٪ بوده است.)

در ۲۳٪ از کل مرگها در زمان زایمان غفلت صورت گرفته است.(در سال گذشته ۲۰٪ بوده است)

۲۷٪ در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان غفلت وجود داشته است. (۲۲٪ در سال گذشته)

۱۹٪ موارد پس از ۲۴ ساعت غفلت وجود داشته است.(۱۵٪ در سال گذشته)

۱۸) علل مرگ مادران فوت شده:

۲۰٪ مادران فوت شده علت مرگ خونریزی بوده است.

۱۳٪ موارد پره اکلامپسی علت مرگ بوده است.

۷٪ موارد علت مرگ عفونت بوده است.

۱۱٪ بیماری قلبی علت مرگ مادران بوده است.

۱۱٪ موارد آمبولی علت مرگ مادران بوده است.

۹٪ بیماری زمینه ای

یک مورد در اثر مصرف مواد مخدر

۲۹٪ موارد سایر علل (مثل: انواع تومورها ، افسردگی پس از زایمان، واکنشهای دارویی و بیهوشی ، TTP و.....)

باعث مرگ مادر شده است .

۱۹) پایش نظام مراقبت مرگ مادر:

✓ ۸۲٪ موارد گزارش به موقع مرگ مادر از شهرستان ارسال شده است.

✓ ۸۷٪ موارد گزارش به موقع مرگ مادر از دانشگاه ارسال شده است .

✓ ۷۰٪ موارد انجام پرسشگری به موقع بوده است.

- ✓ ۸۴٪ موارد اعضاء تيم پرسشگري كامل بوده است.
- ✓ ۱۶٪ موارد كميته ها به موقع تشكيل شده است.
- ✓ ۳۰٪ موارد اعضاء كميته دانشگاهي كامل نبوده است .
- ✓ ۷٪ موارد در فرم شماره ۶ (مصاحبه با خانواده) با ساير صفحات پرونده مغايرت داشته است .
- ✓ امکان شناسايي عوامل قابل اجتناب:
- ✓ ۶۰٪ موارد مرگ مادر عوامل قابل اجتناب شناسايي شده است .
- ✓ ۶۰٪ موارد مداخله براي عامل قابل اجتناب طراحي و در ۵۷٪ سطحي كه مداخله را اجرا نمايد و فرد مسئل اجرا تعيين شده است.
- ✓ ۵۰٪ موارد دوره زماني مشخصي براي اجراي مداخله تعيين شده است.
- ✓ ۴۴٪ موارد مداخله در زمان تعيين شده اجرا گرديده است.
- ✓ ۴۹٪ موارد پسخوراند به سطوح و واحدهاي محيطي داده شده است .

جدول شماره ۴: اطلاعات سهم دانشگاه از مواليد و مرگ مادر از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴

لازم به ذكر است در جدول زير دانشكده هايي كه در سالهاي اخير از دانشگاه مبداء خود جدا شده اند از زمان تفكيك مواليد و مرگ آنها ثبت شده است .

سهم دانشگاه از		جمع ۵ سال مرگ مادران	جمع ۵ ساله موالید	مرگ ۵ سال					موالید ۵ سال					دانشگاه/دانشکده
مرگ ۵ ساله در صد کل	موالید ۵ ساله در صد کل			مرگ ۹۰	مرگ ۹۱	مرگ ۹۲	مرگ ۹۳	مرگ ۹۴	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۴	
۱,۶۳	۱,۳۸	۲۴	۱۰۱۹۶۳	۴	۴	۳	۵	۹	۲۰۸۵۱	۲۱۷۳۲	۲۱۶۲۲	۲۲۰۵۹	۱۵۶۹۹	آبادان
۳,۹۴	۴,۶۲	۵۸	۳۴۰۹۶۶	۸	۱۱	۱۳	۱۱	۱۵	۶۷۸۴۲	۶۸۶۶۹	۶۹۸۴۰	۶۷۴۸۲	۶۷۱۳۳	آذربایجان شرقی
۰,۱۴	۰,۱۴	۲	۱۰۲۲۳				۲	۰				۵۰۰۷	۵۲۱۶	مراغه
۴,۱۴	۴,۵۰	۶۱	۳۳۲۲۳۰	۱۲	۱۱	۸	۱۳	۱۷	۶۲۲۸۹	۶۲۸۰۷	۶۵۸۱۱	۶۹۴۹۱	۷۱۸۳۲	آذربایجان غربی
۱,۳۶	۱,۷۰	۲۰	۱۲۵۲۳۵	۹	۳	۴	۴	۰	۲۳۹۰۸	۲۴۶۰۱	۲۴۸۰۴	۲۵۵۶۸	۲۶۳۵۴	اردبیل
۴,۰۱	۴,۹۴	۵۹	۳۶۴۲۳۹	۱۱	۱۴	۷	۱۵	۱۲	۶۸۳۷۳	۷۱۳۶۲	۷۲۰۰۲	۷۵۴۳۴	۷۷۰۶۸	اصفهان
۰,۴۸	۰,۵۰	۷	۳۶۸۵۹	۳	۱		۲	۱	۶۸۱۲	۶۸۸۹	۷۳۶۹	۷۶۷۰	۸۱۱۹	کاشان
۲,۱۷	۲,۵۴	۳۲	۱۸۷۷۳۴	۹	۵	۴	۸	۶	۳۳۸۸۹	۳۵۶۴۹	۳۶۹۳۵	۳۹۷۴۴	۴۱۵۱۷	البرز
۰,۴۸	۰,۷۲	۷	۵۳۰۸۲	۰	۱	۴	۱	۱	۱۰۳۶۱	۱۰۲۲۱	۱۰۷۳۴	۱۰۸۵۳	۱۱۰۱۳	ایلام
۱,۴۹	۱,۴۰	۲۲	۱۰۳۴۸۵	۶	۴	۴	۴	۴	۱۹۱۶۱	۲۰۱۸۱	۲۰۷۲۸	۲۱۴۶۵	۲۱۹۵۰	بوشهر
۰,۲۰	۰,۳۷	۳	۲۷۶۶۵	۰	۰	۱	۱	۱		۶۳۸۶	۶۸۱۲	۷۱۳۸	۷۳۲۹	تربت حیدریه
۰,۴۱	۰,۲۰	۶	۱۴۷۸۵				۴	۲				۷۳۳۳	۷۴۵۲	تربت جام
۱۰,۸۷	۱۲,۷۷	۱۶۰	۹۴۲۵۹۳	۲۳	۳۲	۳۷	۳۴	۳۴	۱۷۷۱۲۹	۱۷۸۸۳۲	۱۸۴۸۶۸	۱۹۶۹۵۷	۲۰۴۸۰۷	تهران(شهید بهشتی،تهران- ایران)
۰,۶۱	۱,۴۰	۹	۱۰۳۱۳۳	۳	۱	۲	۳	۰	۱۹۶۱۴	۲۰۴۰۷	۲۰۳۹۲	۲۰۸۷۴	۲۱۸۴۶	چهارمحال بختیاری

دانشگاه/دانشکده	موالید ۵ سال					مرگ ۵ سال					جمع ۵ ساله موالید	جمع ۵ ساله مرگ مادران	سهم دانشگاه از			
	ولادت ۱۳۹۴	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۰	مرگ ۹۳	مرگ ۹۳	مرگ ۹۲	مرگ ۹۱	مرگ ۹۰			ساله	موالید ۵ ساله	مرگ ۵ ساله	در صد کل
خراسان جنوبی	۱۸۸۴۵	۱۸۲۱۲	۱۷۴۳۰	۱۴۸۱۰	۱۴۵۶۱	۵	۷	۲	۴	۲	۸۳۸۵۸	۲۰	۱,۱۴	۱,۳۶		
خراسان رضوی	۱۱۵۹۵۶	۱۱۰۹۹۷	۱۱۱۲۸۱	۱۰۲۷۳۸	۱۱۷۹۴۵	۲۳	۱۷	۲۴	۲۰	۱۱	۵۵۸۹۱۷	۹۵	۷,۵۷	۶,۴۵		
گناباد	۲۷۹۳	۲۶۶۷	۲۸۱۱	۲۶۰۸	۱۸۱۸	۰	۲	۲	۰	۰	۱۳۶۹۷	۴	۰,۱۷	۰,۲۷		
سبزوار	۱۰۰۴۰	۹۸۵۷	۱۰۰۱۵	۹۴۳۹	۷۲۷۴	۳	۱	۳	۳	۱	۴۶۶۲۵	۱۱	۰,۶۳	۰,۷۵		
خراسان شمالی	۱۷۲۳۰	۱۹۵۳۸	۱۹۸۷۸	۱۸۳۷۶	۱۸۳۹۲	۳	۳	۵	۴	۴	۹۳۴۱۴	۱۹	۱,۲۷	۱,۲۹		
اسفراین	۲۵۳۱					۱					۲۵۳۱	۱				
خوزستان	۷۳۸۵۶	۶۵۹۲۹	۷۳۳۸۵	۷۱۹۲۵	۶۸۰۸۰	۱۴	۱۲	۱۸	۱۶	۱۲	۳۵۳۱۷۵	۷۲	۴,۷۹	۴,۸۹		
دزفول	۱۵۴۱۱	۱۶۰۱۹	۱۵۱۵۵	۱۴۸۱۰	۱۳۵۷۶	۲	۴	۴	۳	۳	۷۴۹۶۱	۱۶	۱,۰۲	۱,۰۹		
بهبهان	۴۰۶۲	۳۹۰۴				۱	۱				۷۹۶۶	۲	۰,۱۱	۰,۱۴		
شوشتر	۵۲۸۸	۴۶۹۹				۱	۰				۹۹۸۷	۱	۰,۱۴	۰,۰۷		

سهم دانشگاه از		مرگ جمع ه ساله	جمع ه ساله موالید	مرگ ه سال					موالید ه سال					دانشگاه/دانشکده
مرگ ه ساله	در صد کل			مرگ ۹۰	مرگ ۹۱	مرگ ۹۲	مرگ ۹۳	مرگ ۹۴	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۴	
۰,۸۸	۱,۳۷	۱۳	۱۰۰۹۲۶	۱	۴	۳	۱	۴	۱۸۸۰۶	۱۹۵۱۵	۲۰۶۱۵	۲۰۶۲۳	۲۱۳۶۷	زنجان
۰,۴۸	۰,۴۳	۷	۳۱۹۱۱	۲	۱	۱	۱	۲	۶۰۵۱	۶۲۴۳	۶۳۳۵	۶۵۳۴	۶۷۴۸	سمنان
۰,۱۴	۰,۲۵	۲	۱۸۶۱۵	۰	۱	۱	۰	۰	۳۵۲۳	۳۵۲۴	۳۷۲۴	۳۹۶۸	۳۸۷۶	شاهرود
۱۱,۶۲	۵,۱۰	۱۷۱	۳۷۶۰۸۶	۳۴	۴۱	۳۹	۳۰	۲۷	۸۳۰۰۷	۷۷۶۵۱	۸۹۳۷۰	۶۱۳۳۷	۶۸۸۷۵	سیستان و بلوچستان
۱,۶۳	۰,۶۵	۲۴	۴۷۹۶۱				۱۱	۱۳				۳۷۴۴۶	۲۰۵۱۵	ایرانشهر
۱,۰۲	۰,۶۹	۱۵	۵۰۷۳۵	۶	۳	۳	۰	۳	۵۲۳۴	۱۱۷۱۹	۱۰۶۳۲	۱۱۴۱۰	۱۱۷۵۰	زابل
۱,۹۷	۲,۳۷	۲۹	۱۷۴۶۱۵	۷	۵	۸	۵	۴	۳۳۴۱۴	۳۴۱۷۱	۳۵۰۳۸	۳۶۱۱۲	۳۵۸۸۰	کرمانشاه
۱,۹۶	۲,۳۷	۶۸	۳۷۲۲۴۵	۱۹	۹	۱۸	۱۱	۱۱	۷۳۱۵۰	۷۴۷۳۸	۷۶۱۵۹	۷۳۱۸۹	۷۵۰۱۷	فارس
۰,۲۷	۰,۲۹	۴	۲۱۱۵۲	۲	۱	۰	۱	۰	۳۶۷۵	۳۸۲۲	۴۳۵۵	۴۶۳۸	۴۶۶۲	چهرم
۰,۰۷	۰,۲۸	۱	۲۰۴۳۶	۰	۰	۰	۰	۱	۴۰۲۳	۴۱۷۶	۴۰۸۰	۴۱۱۳	۴۰۴۴	فسا

سهم دانشگاه از		جمع ه ساله مرگ مادران	جمع ه ساله موالید	مرگ ه سال					موالید ه سال					دانشگاه/دانشکده
در صد کل	مرگ ه ساله			مرگ ۹۰	مرگ ۹۱	مرگ ۹۲	مرگ ۹۳	مرگ ۹۴	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۴	
۰,۰۷	۰,۱۱	۱	۸۱۶۵				۰	۱				۴۱۵۵	۴۰۱۰	لارستان
۰	۰,۰۳	۰	۲۰۲۶				۰	۰				۹۶۹	۱۰۵۷	گراش
۱,۲۲	۱,۴۷	۱۸	۱۰۸۶۴۵	۲	۳	۲	۵	۶	۲۰۱۲۹	۲۱۱۷۷	۲۱۲۹۱	۲۳۷۱۸	۲۳۳۳۰	قزوین
۱,۲۲	۱,۶۰	۱۸	۱۱۸۳۸۳	۳	۸	۳	۳	۱	۲۱۰۸۰	۲۲۵۴۷	۲۲۸۷۸	۲۵۲۲۹	۲۶۶۴۹	قم
۱,۶۳	۲	۲۴	۱۴۷۴۳۶	۱۰	۳	۳	۴	۵	۲۷۳۸۰	۲۸۰۷۴	۲۹۲۸۹	۳۰۹۹۷	۳۱۶۹۶	کردستان
۱,۹۰	۲,۰۲	۲۸	۱۴۹۰۹۸	۷	۴	۵	۴	۸	۲۱۷۶۹	۲۹۲۷۳	۳۳۴۸۲	۳۱۸۹۴	۳۲۶۸۰	کرمان
۰,۴۱	۰,۴۱	۶	۲۹۹۰۲	۳	۲	۰	۰	۱	۵۰۲۴	۵۸۲۷	۵۹۷۷	۶۳۶۴	۶۷۱۰	رفسنجان
۰,۵۴	۰,۴۹	۸	۳۵۹۲۳	۱	۴	۰	۱	۲	۶۷۲۳	۶۸۳۷	۷۵۲۸	۷۳۷۱	۷۴۷۴	بم
۱,۰۷	۱,۰۸	۲۵	۷۹۳۵۰	۷	۴	۳	۶	۵	۱۴۶۴۹	۱۵۵۵۴	۱۳۸۲۲	۱۸۰۵۹	۱۷۲۶۶	جیرفت

سهم دانشگاه از	جمع ۵ ساله مرد مادران	جمع ۵ ساله موالید	مرد ۵ ساله					موالید ۵ ساله					دانشگاه / دانشکده	
			مرد ۸۹	مرد ۹۰	مرد ۹۱	مرد ۹۲	مرد ۹۳	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۴		
کل مرد ۵ ساله درصد	کل مرد ۵ ساله درصد	کل موالید درصد												
۱,۳۶	۱,۰۷	۲۱	۷۷۷۸۳	۴	۶	۳	۵	۳	۱۵۱۹۹	۱۵۸۸۲	۱۵۹۰۹	۱۵۸۶۷	۱۶۳۰۴	کهنکلیو و بیور احمد
۲,۵۱	۲,۸۲	۳۳	۲۰۱۱۶۵	۴	۹	۱۱	۳	۶	۳۹۱۵۴	۴۱۰۲۲	۴۱۷۴۷	۴۲۴۹۹	۴۳۶۱۵	گلستان
۱,۲۲	۲,۱۸	۱۲	۱۶۱۳۱۳	۱	۵	۱	۲	۳	۳۱۹۷۷	۳۲۱۹۸	۳۲۶۴۵	۳۲۴۵۶	۳۱۳۴۶	گیلان
۲,۳۱	۲,۵۶	۳۷	۱۸۵۲۹۶	۷	۸	۷	۱۰	۵	۳۵۷۹۹	۳۷۱۵۴	۳۷۹۴۴	۳۹۳۸۸	۳۸۵۸۵	لرستان
۱,۲۲	۲,۶۰	۱۶	۱۹۰۱۲۵	۴	۴	۰	۳	۵	۳۶۱۰۸	۳۶۳۹۶	۳۶۹۵۴	۴۴۲۳۵	۳۸۵۰۰	مازندران
۰,۴۱	۰,۵۳	۵	۳۸۴۵۵	۰	۱	۰	۱	۳	۷۵۱۷	۷۶۸۹	7972	۷۷۶۶	۷۹۶۳	بابل
۱,۲۲	۱,۳۸	۱۶	۱۰۳۶۷۰	۲	۵	۳	۲	۴	۲۱۰۶۸	۲۱۵۵۸	۲۲۰۴۱	۱۸۳۲۴	۱۸۶۲۸	مرکزی
۰,۰۷	۰,۱۲	۰	۴۳۸۱					۰				۴۳۸۱	۴۵۰۸	ساوه
۱,۰۲	۰,۷۲	۱۲	۵۰۶۵۹	۱	۶	۲	۲	۱	۹۱۲۹	۱۰۴۴۱	۱۱۰۹۰	۱۱۲۴۳	۱۱۲۶۴	نیشاپور
۴۰,۷۶	۲,۶۱	۷۵	۱۸۵۶۰۷	۱۹	۱۶	۱۳	۱۴	۱۳	۳۵۶۵۶	۳۷۲۸۰	۳۸۴۴۶	۳۹۶۴۴	۴۱۵۷۵	هرمزگان
۱,۷۷	۲,۱۰	۲۵	۱۴۹۷۷۵	۳	۹	۲	۶	۵	۳۰۶۴۵	۳۱۳۸۸	۳۲۲۸۹	۳۳۶۳۸	۳۵۲۳۷	همدان
۱,۵۶	۱,۷۲	۳۶	۱۲۳۱۷۳	۱۰	۳	۴	۶	۳	۲۲۳۹۸	۲۳۵۰۱	۲۳۵۰۲	۲۴۴۱۵	۲۵۷۴۱	یزد

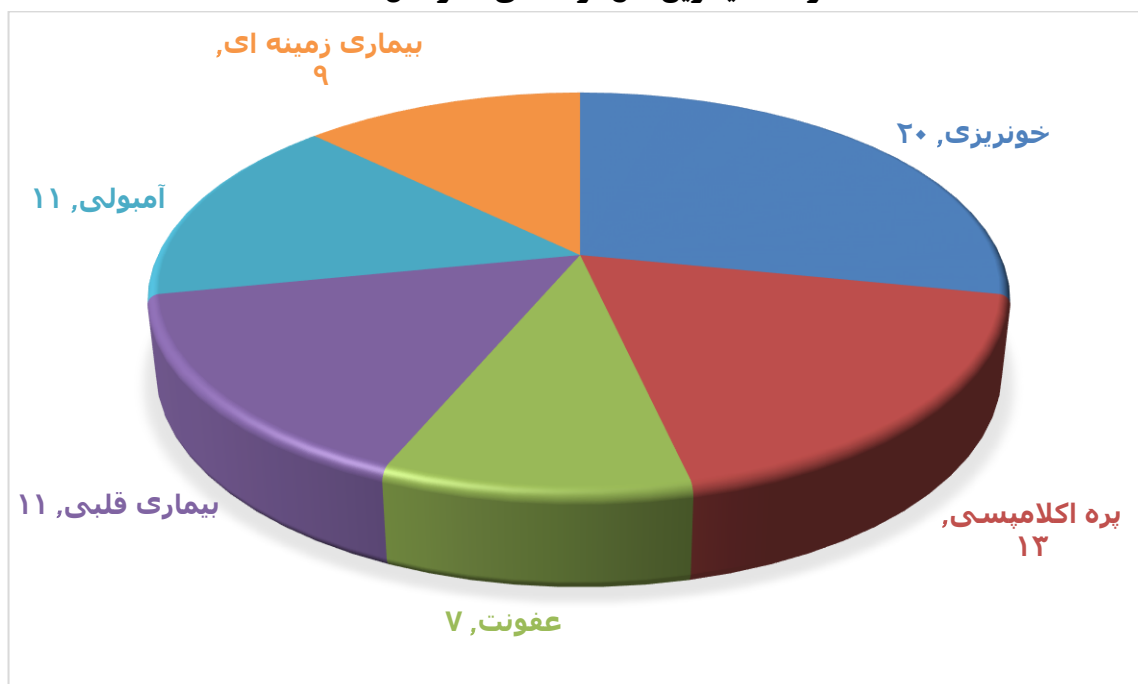
		١٠	.	٢	.	٣	٣	٣						مشترك
١٠٠	١٠٠	١٤٥٩	٧١٧٣٦٥٦	٣٠٢	٢٩٧	٣٧٨	٢٩١	٢٩١	١٣٨٢٢٢٩	١٤٣١٦٨٩	١٤٧١٨٣٤	١٥٣٤٣٦٢	١٥٧٠٢١٩	كل کشور

جدول شماره ۵: مقایسه شاخص های حاصل از نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در ۵ سال اخیر (اعداد به درصد)

الف. شاخص های عملکرد نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (درصد)	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
گزارش به موقع مرگ های مادر اتفاق افتاده	۸۴	۸۲	۸۳	۸۶	۸۷
انجام به موقع پرسشگری	۵۹	۵۸	۶۴	۶۴	۷۰
کامل بودن تیم پرسشگری	۷۸	۷۰	۷۳	۸۳	۸۴
تشکیل به موقع کمیته بررسی مرگ و میر مادران	۲۷	۱۷	۱۶	۱۵	۱۶
کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی برای بررسی موارد مرگ	۶۷	۶۰	۶۳	۷۰	۷۰
ارایه طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه	۶۹	۵۷	۶۳	۷۰	۶۰
اجرای طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه	۴۵	۴۵	۴۳	۳۲	۴۴
امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ	۶۸	۵۸	۶۴	۶۸	۶۰
ب. شاخص های جمعیت شناسی (درصد)	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
مادران فوت شده ساکن شهر*	۵۷	۶۱	۵۹	۶۳	۶۶
مادران فوت شده ساکن روستاهای اصلی	۳۱	۲۵	۲۵	۲۵	۲۴
مادران فوت شده ساکن روستاهای قمر و سیاری	۱۲	۱۳	۱۶	۱۲	۱۰
مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال	۷۷	۷۲	۷۳	۷۳	۷۴
مادران فوت شده زیر ۱۸ سال	۳	۱	۳	۱	۳
مادران فوت شده بالای ۳۵ سال	۲۰	۲۷	۲۴	۲۶	۲۳
پ. شاخص های مرتبط با پوشش و کیفیت خدمات تنظیم خانواده (درصد)	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
خواسته بودن بارداری	۸۲	۷۹	۸۳	۸۰	۷۹
تعداد بارداری ۵ یا بیشتر	۲۱	۱۸	۱۷	۲۲	۱۷
فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال	۱۷	۲۰	۲۰	۲۴	۲۳
در معرض خطر بودن (ابتلا به بیماری زمینه ای از ابتدای بارداری)	۷۱	۷۳	۷۳	۷۸	۷۴
متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری	۶۵	۵۳	۵۹	۶۱	۵۷

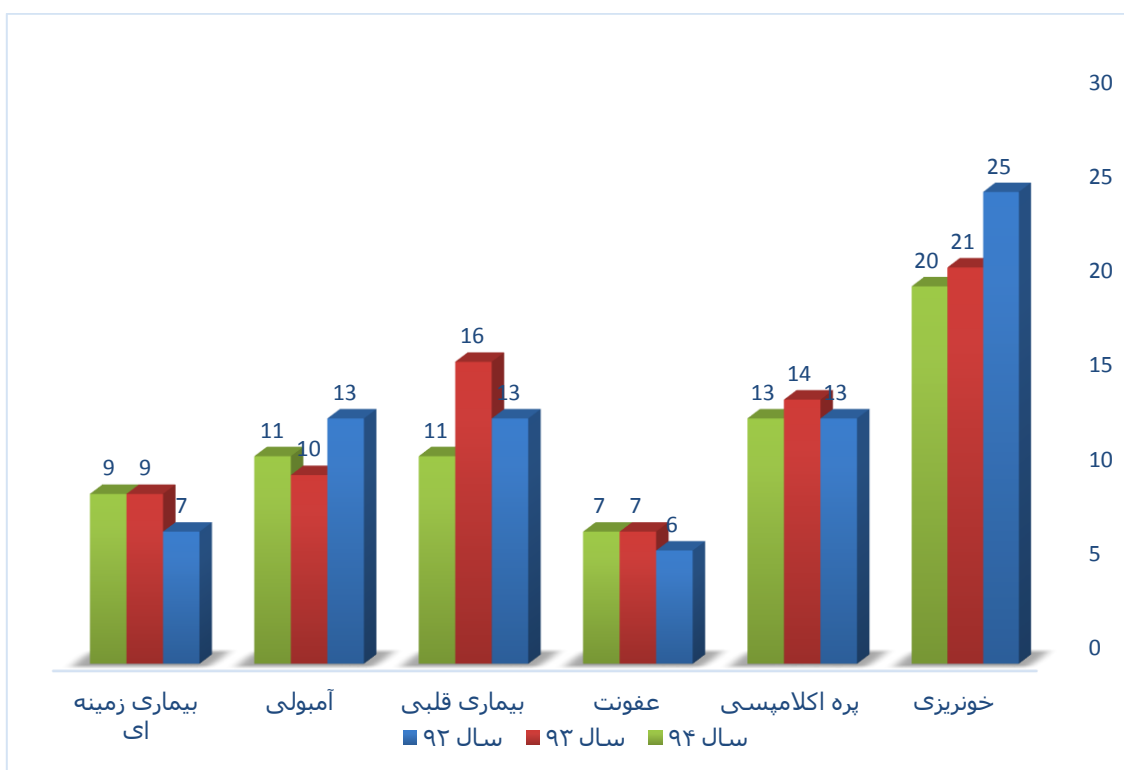
۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	ت. شاخص های مرتبط با دسترسی و کیفیت خدمات (درصد)
۲۶	۲۸	۲۷	۲۹	۲۷	مادران فوت شده درطول بارداری*
۴	۲	۳	۴	۳	مادران فوت شده حین زایمان
۷۰	۷۰	۷۰	۶۷	۷۰	مادران فوت شده پس از زایمان
۵	۵	۷	۵	۴	مادران زایمان کرده در منزل
۰	۱	۱	۱	۱	مادران زایمان کرده بین راه
۱	۲	۴	۳	۲	مادران زایمان کرده در واحدهای تسهیلات زایمانی
۹۴	۹۲	۸۸	۹۱	۹۴	مادران زایمان کرده در بیمارستان ها
۹	۹	۱۲	۱۳	۷	مادران فوت شده در منزل*
۴	۷	۷	۴	۵	مادران فوت شده در بین راه
۰	۱	۰	۰	۱	مادران فوت شده در واحدهای تسهیلات زایمانی/درمانگاه یا مطب
۸۷	۸۴	۸۱	۸۳	۸۷	مادران فوت شده در بیمارستان ها
۹۵	۹۶	۹۲	۹۵	۹۳	مادرانی که زایمان آنها توسط متخصص یا ماما انجام شده است
۳	۱	۳	۲	۴	مادرانی که زایمان آنها توسط ماما محلی انجام شده است
۰	۰	۱	۱	۰	مادرانی که زایمان آنها توسط ماما روستا انجام شده است
۲	۳	۴	۲	۳	مادرانی که خودشان زایمان خود را انجام داده اند
۶۴	۶۳	۶۶	۶۳	۵۸	مادرانی که زایمان آنها به صورت سزارین انجام شده است
۳۶	۳۷	۳۴	۳۷	۴۲	مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است

درصد شایعترین علل مرگ های مادر سال ۱۳۹۴

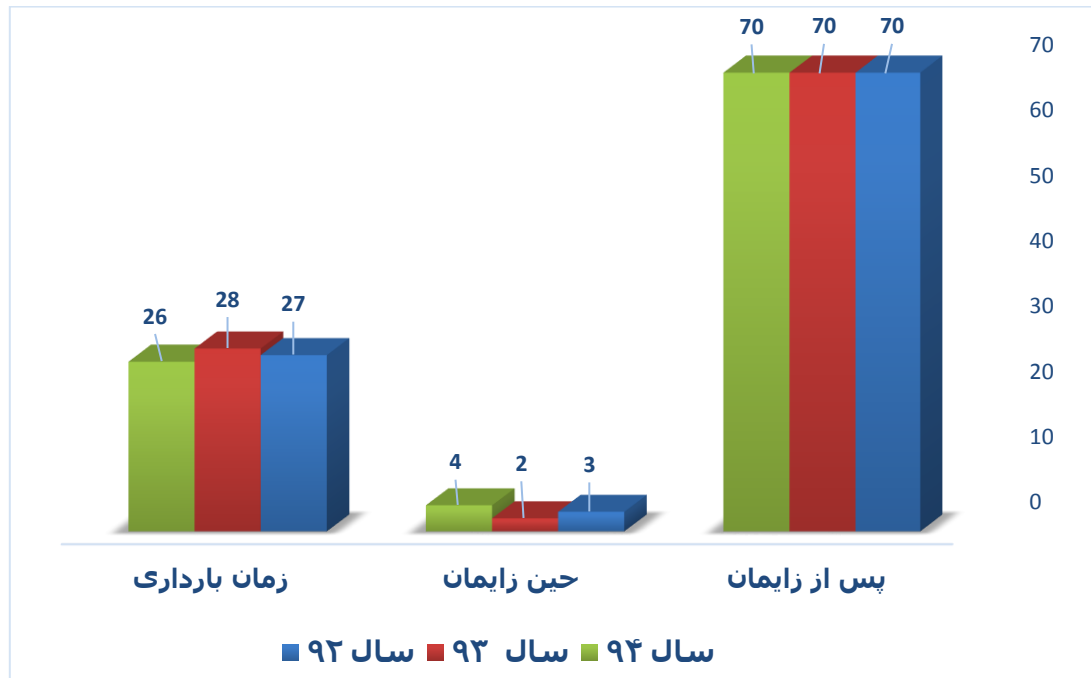


نمودارهای ذیل بر اساس مقایسه ارقام شاخص ها درمقطع سه ساله (۹۲-۹۴) محاسبه و ارائه گردیده است .

درصد موارد فوت شده بر حسب شایعترین علل مرگ مادر

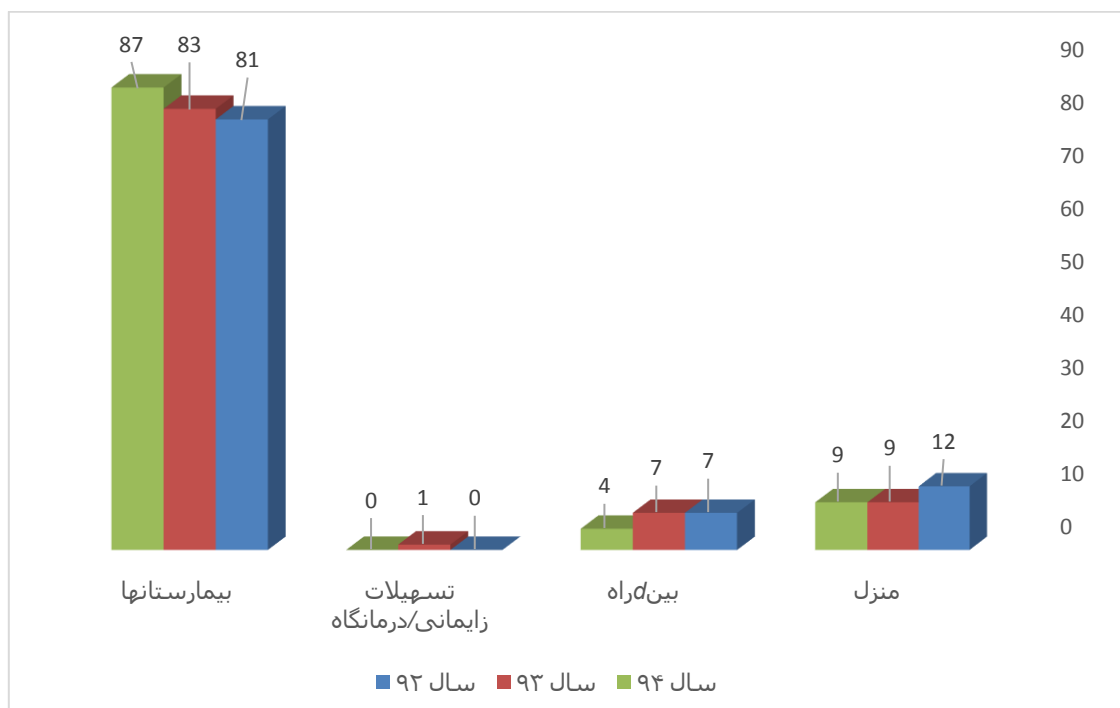


درصد مادران فوت شده بر حسب مقطع فوت

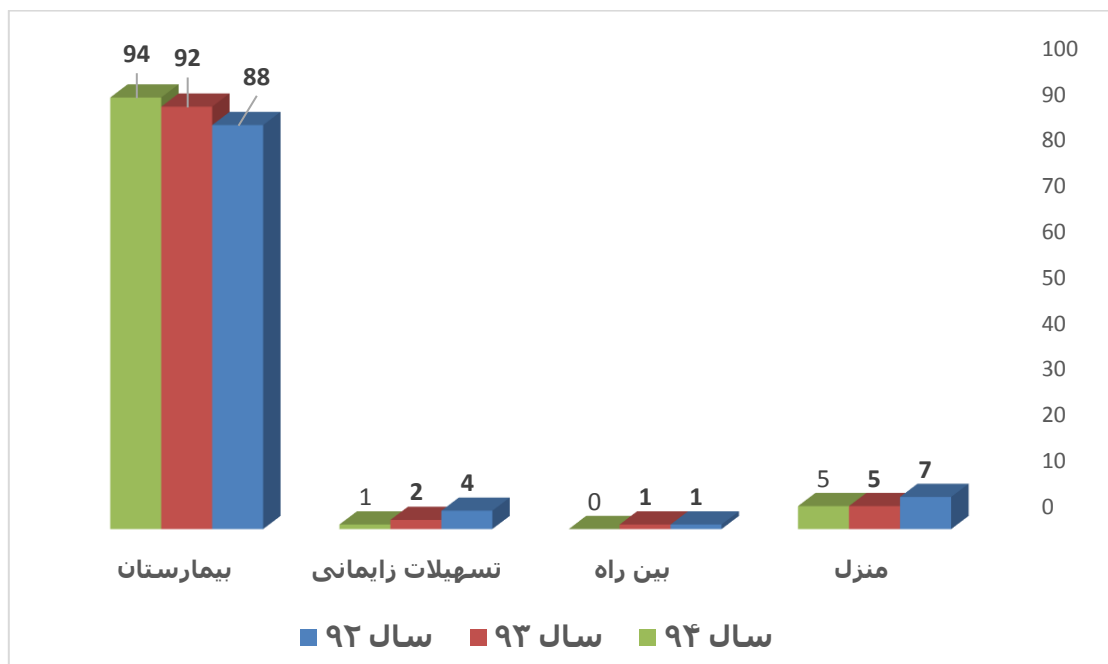


طبق نمودار فوق هنوز ۷۰٪ مرگ مادران در مقطع پس از زایمان اتفاق می افتد بنابراین اصول مراقبت مادران اعم از گرفتن علائم حیاتی و ثبت برون ده ادرای و تعیین دقیق میزان خونریزی از اهمیت بالایی برخوردار است و لازم است در تمام مراکز درمانی مورد نظارت دقیق قرار گیرد.

درصد مادران فوت شده بر حسب محل فوت

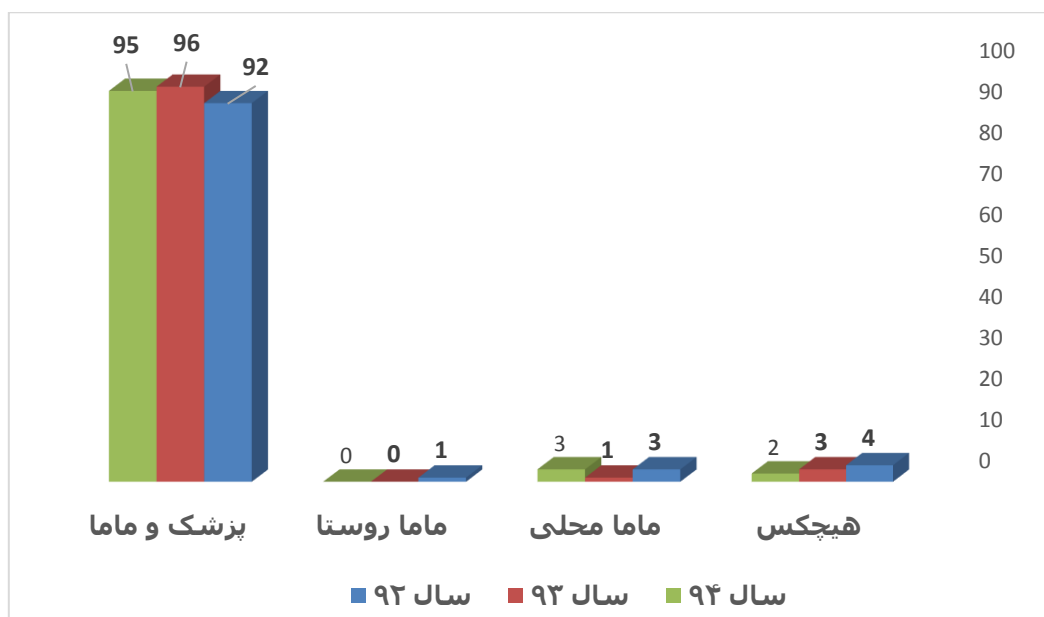


درصد مادران فوت شده بر حسب محل زایمان

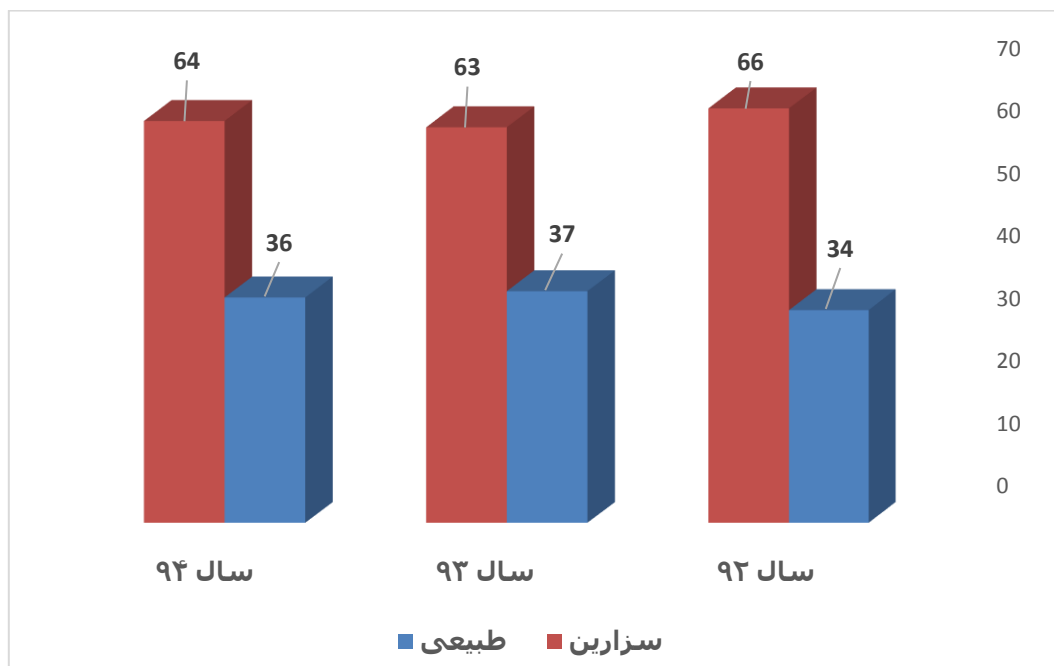


نمودار فوق نشان دهنده این است که ۹۴٪ از مادران در شرایط ایمن زایمان و در محیط امن بیمارستان قرار داشته اند، و برنامه ریزی کافی بخش بهداشت و درمان در خصوص افزایش میزان دسترسی و زایمان ایمن صورت گرفته است. این روند به منزله یک فرصت برای کاهش مرگ مادران از طریق بهبود خدمات بیمارستانی می باشد و نشاندهنده افزایش آگاهی جامعه در مورد انتخاب مراکز ایمن برای زایمان می باشد.

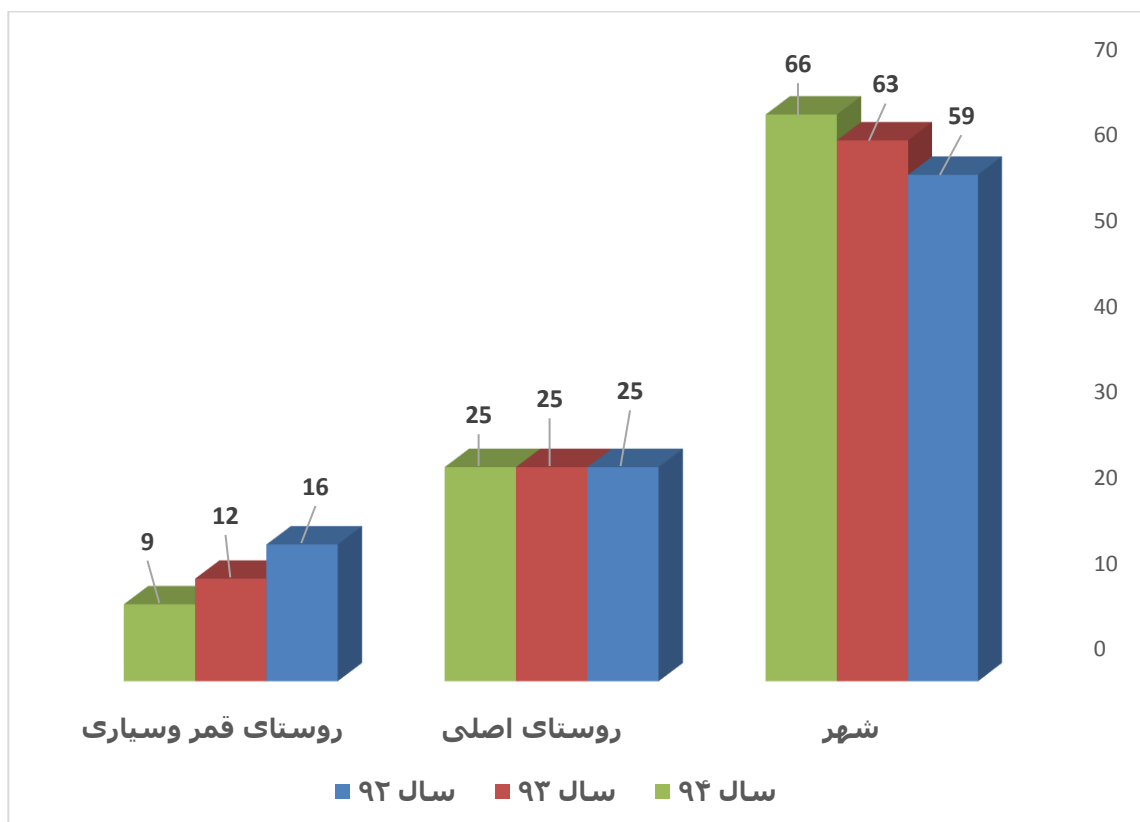
درصد مادران فوت شده بر حسب فرد کمک کننده به زایمان



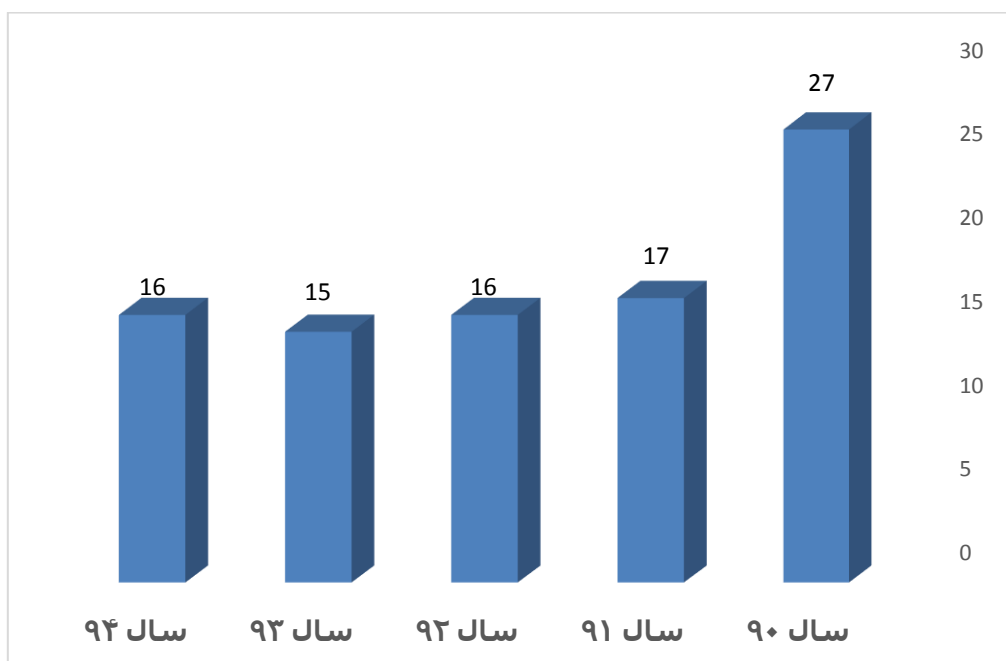
درصد مادران فوت شده بر حسب نوع زایمان



درصد مادران فوت شده بر حسب محل سکونت



درصد تشکیل به موقع کمیته مرگ مادر



مطابق نمودار فوق درصد تشکیل به موقع کمیته ها در دانشگاههای کشور در طی چند سال اخیر سیر نزولی شدیدی داشته است که انتظار آن پس از ۱۴ سال از استقرار نظام مراقبت، ناباورانه می باشد. در این موارد این نگرانی وجود دارد که به مرور زمان اهمیت مرگ مادر و حساسیت پرسنل نسبت به این قضیه کاهش یابد. با عنایت به اینکه برگزاری کمیته، تصمیم گیری قاطع و ارائه پسخوراند مناسب می تواند بروز مرگ های قابل اجتناب را کاهش دهد و از مرگهای مشابه جلوگیری بعمل آورد. و از آنجا که به نظر می رسد یکی از علل عدم تشکیل به موقع کمیته ها به دلیل عدم حضور ریاست محترم دانشگاهها می باشد. متأسفانه گزارشهای ارسالی نشاندهنده عدم تشکیل به موقع کمیته ها می باشد، بنابراین ضروری است در صورتی که تشکیل کمیته دانشگاهی در فاصله دو هفته پس از تکمیل پرسشنامه امکان پذیر نیست، کمیته های درمانی برای مرگهای بیمارستانی و کمیته های بهداشتی برای مرگهای خارج بیمارستانی تشکیل شده و نتایج مصوبات هر سه ماه یک بار در کمیته های دانشگاهی با حضور رییس محترم دانشگاه بررسی و مرور گردد.

اداره سلامت مادران، به منظور پیشگیری از مرگهای قابل اجتناب مادران، به تدوین "ده توصیه ی مهم برای پیشگیری از مرگ و میر قابل اجتناب مادران اقدام نموده است. این توصیه ها بر اساس مصوبات کمیته های دانشگاهی و کشوری تدوین شده است و بر نحوه مدیریت و اداره تیمی و تخصصی خدمات تمرکز دارد.

لازم است متخصصین بالینی، ارائه دهندگان خدمت، سیاستگذاران، بازرسان، قضات پزشکی و دیگر ذینفعان در مراقبت های مادران، به طور کامل با این توصیه ها آشنا شده و آنرا در جلسات دانشگاهی و استانی مورد توجه قرار دهند. هم چنین ضروریست سیاستگذاران و مجریان برنامه سلامت مادران، برای اجرای صحیح و به موقع

توصیه ها، برنامه ریزی دقیق انجام داده و روند اجرای آن را پایش نمایند. لازم به ذکر است اجرای برخی از این توصیه ها نیازمند اقدامات تیمی و چند گانه (multidisciplinary approach) است.

توصیه اول
تشخیص به موقع مادران ناخوش و بدحال
۱,۱. برای پیشگیری از تاخیر در اطلاع به آنکال و تاخیر در اقدامات مناسب لازم است ارائه دهندگان خدمت (نظیر پزشک، ماما، پرستار و بهیاران) از توانائی کافی در تشخیص حال عمومی مادر برخوردار باشند.
۱,۲. استفاده از چارت بین المللی فرم کنترل مادران پرخطر (MEOWS) برای کلیه خانمهای باردار و پس از زایمان اعم از بستری و سرپایی می تواند به تشخیص به موقع کمک کند.
۱,۳. هر مادر بارداری که مراجعه مجدد دارد و یا برای تسکین درد به مسکن زیادی نیاز دارد باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

توصیه دوم
کنترل وضعیت برون ده ادراری همه مادران پس از زایمان (طبیعی و سزارین)
۲,۱. برای کاهش خطاهای تشخیصی و پیشگیری از وخامت وضعیت بیمار در شرایطی نظیر خونریزی پس از زایمان و پره اکلامپسی و پیشگیری از ایجاد وضعیتهای غیرقابل کنترل از قبیل ابتلا به اختلال انعقادی داخل عروقی منتشر (DIC)، اندازه گیری حجم برون ده ادراری ضروری است.
۲,۲. کنترل وضعیت برون ده ادراری باید توسط متخصصین در دستورات پس از زایمان و سزارین درج گردیده و در صورت وجود برون ده ادراری کمتر از ۵۰ میلی لیتر در ساعت باید اقدام فوری انجام گیرد.

توصیه سوم
بررسی همه مادران سزارین تکراری از لحاظ چسبندگی جفت
۳,۱. سزارین با افزایش خطر چسبندگی جفت در بارداری های بعدی همراه است. بنا بر این ضروریست به منظور تشخیص به موقع عارضه چسبندگی جفت انجام سونوگرافی معمولی با هدف تاکید بر بررسی چسبندگی جفت برای همه مادران سزارین تکراری درخواست شده و در صورت وجود تردید، با سونوگرافی داپلر رنگی تایید شود.
۳,۲. مادران مبتلا به این عارضه باید به محض تشخیص به مراکز سطح سه معرفی شوند و تحت مراقبت قرار گیرند.

توصیه چهارم
فوریت تلقی شدن فشارخون سیستول مساوی و یا بیشتر از ۱۵۰ میلیمتر جیوه در بارداری و پس از زایمان
۴,۱. تمام خانمهای باردار و پس از زایمان باید از نظر فشارخون کنترل شوند و در صورت وجود فشارخون سیستول ۱۵۰ میلی متر جیوه و یا بالاتر می‌بایست اقدامات فوری بر طبق پروتکل کشوری انجام گیرد.

توصیه پنجم
ارزیابی خطر ترومبوآمبولی برای همه مادران
۵,۱. روند رو به افزایش مرگ مادران در نتیجه آمبولی باید مد نظر تمام ارائه دهندگان خدمت باشد.
۵,۲. همه مادران در طی بارداری، زایمان و پس از زایمان باید با استفاده از پروتکل کشوری پیشگیری از ترومبوآمبولی از نظر خطر ابتلا به ترومبوآمبولی بررسی گردند و فرم مربوط برایشان تکمیل گردد.

توصیه ششم
تقویت مهارت ها و آموزش ارائه دهندگان خدمت
۷,۱ یکی از علل مهم مرگ مادران ضعف دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمت (پزشکان متخصص، پزشکان عمومی ماماها و پرستاران و زیدنتها) است که که منجر به عدم تشخیص یا تشخیص دیر هنگام، تاخیر در اعزام، عدم گزارش به موقع به سطوح بالاتر و انجام اقدامات نامناسب می‌شود. بنابراین تمامی کارکنان باید در خصوص نحوه برخورد با فوریت های مامایی، شناخت به موقع بیمار بدحال و اقدامات فوری در موارد پر خطر آموزش ببینند.
۷,۲ این آموزش ها می بایست دوره ای و منظم به صورت حضوری و غیر حضوری با استفاده از جزوات آموزشی و چک لیست باشد.

توصیه هفتم
افزایش پوشش مشاوره پیش از بارداری
۶,۱ لازم است برای همه زنان در سنین باروری به خصوص قبل از اقدام به حاملگی "مشاوره پیش از

بارداری " انجام شود.
۶,۲ زنان مبتلا به بیماری زمینه‌ای باید پیش از اقدام به بارداری در مورد تغییر دز داروها و کنترل بیماری زمینه‌ای بررسی شده و پس از اجازه پزشک اقدام به بارداری نمایند.

توصیه هشتم
هر بیمارستان باید برای چهار علت اصلی مرگ و نحوه تامین حجم و تزریق خون پروتکل مشخص داشته باشد
در همه بیمارستان ها پروتکل برخورد با فوریت‌های مامایی (از قبیل خونریزی، پره اکلامپسی و ترومبو آمبولی و عفونتها)، تزریق خون، بیماران بدحال تدوین شود،
۸,۲ کد فوریت مامایی در هر بیمارستان تعریف شود. اجزا این کد و مسئولیت و وظایف هر یک از پرسنل (خدمه، پرستار، پزشک اورژانس، سوپروایزر و پزشکان) به هنگام فوریت های مامایی باید مشخص باشد.
۸,۳ در موارد پیچیده و خیلی بدحال تیم چند تخصصی برای تعیین خط مشی درمانی و تصمیم‌گیری تشکیل گردد و اداره بیمار به صورت گروهی انجام پذیرد.
۸,۴ همه مادران باردار پرخطر باید توسط متخصص زنان ویزیت شوند.

توصیه نهم
فرآیند شناسایی مادران پرخطر به طور کامل در سطح دانشگاه علوم پزشکی استقرار یابد
۹,۱ واحد های مراقبت برای گروه های ویژه شامل مهاجرین ، معتادان و افراد حاشیه نشین دچار فقر شدید اقتصادی (low socio economic patient) ایجاد شود.
۹,۲ پزشکان معین برای هر دانشگاه تعریف شود.
۹,۳ روند اعزام و ارجاع بیمار مشخص و ارزیابی گردد.
۹,۴ سطح بندی خدمات و روند اعزام و ارجاع بیماران طراحی گردد.
۹,۵ در هر بیمارستان دارای بلوک زایمان، استانداردهای تعریف شده، اجرا شود

توصیه دهم
گزارش دقیق موارد مرگ و تشکیل منظم کمیته‌های بررسی مرگ مادر
۱۰,۱ موارد مرگ مادر به دلیل بارداری و عوارض آن به طور کامل پیگیری شده و کمیته های دانشگاهی

در اولین فرصت برگزار گردد.

- ۱۰,۲ علل وقوع هر مرگ به طور جداگانه و ریشه ای (با متدولوژی Root Cause Ananlysis) توسط اعضای کمیته مرگ مادر در سطح بیمارستان و دانشگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد
- ۱۰,۳ مداخلات مناسب بر اساس علل وقوع مرگ توسط اعضای کمیته در سطح بیمارستان و دانشگاه طراحی و اجرا گردد.

انتظارات از معاون محترم بهداشت:

- ۱) مراقبتهای پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان در تمام سطوح غیر پزشک و پزشک تقویت گردد و اجرای آن مطابق راهنمای خارج بیمارستانی در بازدیدها مورد نظارت قرار بگیرد.
- ۲) برنامه ریزی جهت تعمیم برنامه مراقبتهای ادغام یافته خارج بیمارستانی در بخش خصوصی (مطب ها)
- ۳) تاکید بر استقرار و بهبود نظام پیگیری و ارجاع به موقع مادران پرخطر در سطوح خارج بیمارستانی
- ۴) بهبود و استمرار برگزاری کلاسهای آمادگی برای زایمان (حداقل یک مرکز در هر شهرستان).
- ۵) تاکید بر اجرای طرح اسکان در مجاورت بیمارستان برای زنان ساکن مناطق صعب العبور
- ۶) تقویت خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاهها، مراکز تصویر برداری و سونوگرافی و.....)

انتظارات از معاون محترم درمان:

- ۱) تاکید بر اجرای مقیم شدن متخصصین زنان و زایمان با توجه به نامه معاونت محترم درمان در خصوص شیوه نامه ارتقاء حضور متخصص زنان و زایمان به شماره ۱۴۲۶/۴۰۰ د مورخ ۹۱/۱۰/۲۶
- ۲) تداوم تاکید بر پرهیز از سزارین های غیر علمی و غیر ضروری
- ۳) راه اندازی و استمرار کلاسهای آمادگی برای زایمان و زایمان فیزیولوژیک.
- ۴) استقرار یک رابط مادر پرخطر در بیمارستان برای پیگیری زنان باردار پرخطر (با هماهنگی و تعامل موارد ارجاعی از بخش بهداشت)
- ۵) تعیین کد فوریت های مامایی در بیمارستانها به منظور مدیریت درمان موارد پرخطر
- ۶) پذیرش مادر باردار براساس سطح خطر تعیین شده در سطوح متناسب بیمارستانی

- (۷) پاسخگویی مسوولانه ستاد هدایت بیماران برای پذیرش مادران باردار پرخطر
- (۸) از اعزام مادران در شرایط Unstable به هر صورتی خودداری شود.
- (۹) در تمام بیمارستانها هماهنگی برای تشکیل تیمهای درمانی حاملگی پرخطر صورت گیرد.
- (۱۰) مطابق نامه شماره ۴۰۰/۹۶۲ د مورخ ۹۲/۲/۲ برای بهبود وضعیت مشاوره ها باید درخواست مشاوره توسط یکی از رده های فوق تخصص، متخصص یا بالاترین رده دستیار انجام شود و فرد طرف مشورت نیز در درخواست ذکر شود.
- (۱۱) تاکید بر تکمیل دقیق فرم الکترونیک سامانه ثبت اطلاعات مادر و نوزاد در بیمارستان ها
- (۱۲) نظارت دقیق بر نحوه تکمیل و ثبت اطلاعات در پرونده های بیمارستانی (بخصوص در مورد کنترل و ثبت علائم حیاتی) در مراحل مختلف زایمان و پس از آن
- (۱۳) تدوین مقررات مناسب برای جلوگیری از مخدوش شدن پرونده ها
- (۱۴) بررسی موارد عوارض شدید بارداری در کمیته های مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستانها از نظر طراحی مداخلات جهت پیشگیری و اجتناب از موارد مشابه

انتظارات از معاون محترم آموزش:

- (۱) تقویت نظارت بر حضور اساتید در بیمارستان ها برای ارتقای کیفیت آموزش دستیاران
- (۲) تمهیدات لازم برای شرکت همه متخصصین زنان، ماماها و پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان ها در دوره های آموزشی فوریتهای مامایی (نامه شماره ۵۰۴/۲۱۰ د مورخ ۹۱/۴/۱۳ سرپرست محترم آموزش مداوم جامعه پزشکی)
- (۳) هماهنگی با سایر گروه های تخصصی از قبیل بیهوشی، داخلی، قلب و جراحی استفاده از بالاترین سطح رده های علمی برای هماهنگی در انجام روند مشاوره بخصوص در بیماران پرخطر
- (۴) معاونت آموزشی بر فعالیت رزیدنت ها نظارت داشته باشند.