

مداخلات پیشگیرانه در مرگ های مادری قابل اجتناب

واحد سلامت مادران - دی ماه ۱۴۰۴



مرگ و میر مادران فراتر از یک آمار

بهداشتی صرف،

شاخصی مهم و حساس برای سنجش سطح

توسعه یافتگی یک جامعه است.



مرگ مادر، مرگ یک نفر نیست،

مرگ و ناتوانی

خانواده و جامعه است.



MMR

• روزانه حدود ۷۰۰ مادر در دنیا بر اثر عوارض قابل اجتناب بارداری و زایمان ، جان خود را از دست میدهند.

• برای اندازه گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادری (Maternal Mortality Ratio) یا به اختصار MMR استفاده میشود.

• $MMR = \text{تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان} / \text{به ازای هر } 100 \text{ هزار تولد زنده}$

مرگ مادری (MATERNAL DEATH)



• تعریف مرگ مادر مورد استفاده وزارت بهداشت و کمیته کشوری سلامت مادران برای محاسبه شاخص MMR، مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت و به شرح زیر است:

مرگ 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 مراقبت های ارائه شده طی آن

(اما نه به علت حادثه یا تصادف)

**در نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-10) دو
تعریف جایگزین دیگر نیز مطرح شده است :**

۱_ مرگ های وابسته به بارداری (Deaths Related Pregnancy)
مرگ حین یا تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری صرف نظر از علت مرگ.

۲_ مرگ های تأخیری مادران (Deaths Maternal Late)

**مرگ به علل مستقیم یا غیر مستقیم مربوط به بارداری در مدت بیش
از ۴۲ روز و کمتر از یکسال پس از ختم بارداری.**



نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

National Maternal Mortality
Surveillance System



هدف اصلی نظام کشوری مراقبت مرگ مادری:

کشف سیر منتهی به مرگ مادر و طراحی مداخله

جهت **پیشگیری از موارد مشابه** است.

- در نظام مراقبت مرگ مادری، اولین اقدام پس از وقوع مرگ مادر تکمیل و ارسال فرم گزارش فوری به معاونت بهداشت و درمان دانشگاه و دفتر ریاست دانشگاه است.
- تأخیر در پرسشگری و فراموش شدن جزئیات وقایع از مشکلات اجرایی نظام مراقبت مرگ مادری است. لذا در موارد مرگ مادری رعایت زمان های استاندارد (از جمله تشکیل زیر کمیته مرگ مادری شهرستان حداکثر تا یک هفته بعد از گزارش فوری مرگ مادری) مورد تاکید است.
- در نظام مراقبت، وظیفه طراحی مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه بر عهده کمیته دانشگاهی مرگ مادری است.

جمع آوری داده های مرگ مادران



روش جمع آوری داده ها به صورت مصاحبه حضوری و بررسی مدارک ثبتی و اتوپسی بالینی است که با همراهان مادر و پرسنل واحدهای بهداشتی- درمانی و مرکز پزشک قانونی درگیر با مرگ مادر انجام می شود.

داده هایی که در پرسشگری جمع آوری می شوند در سه گروه دسته بندی می شوند:

(۱) داده های حاصل از مصاحبه با نزدیکان و خانواده متوفی که اصطلاح **کالبد شکافی شفاهی** به آنها اطلاق میشود.

(۲) داده های حاصل از مصاحبه با کارکنان نظام سلامت که **پرسشگری محرمانه** نام دارد

(۳) نتیجه **کالبد شکافی بالینی**

□ مجموع این سه گروه داده برای تعیین عوامل موثر بر مرگ باید در کمیته مورد بررسی قرار بگیرند.

□ همچنین تیم پرسشگری استانی باید حداکثر تا دو هفته پس از وقوع مرگ تشکیل و اعزام شوند.

**نکته مهم : ثبت مرگ در سامانه سب توسط ماما
و متعاقب ابلاغ صورتجلسه کمیته مرگ مادری
دانشگاه به ستاد شهرستان انجام میشود.**

شاخص و هدف گذاری بین المللی

• تا سال ۲۰۳۰ میلادی (۱۴۰۸-۱۴۰۹) باید میزان MMR در جهان به کمتر از ۷۰ مرگ در هر ۱۰۰ هزار تولد برسد.

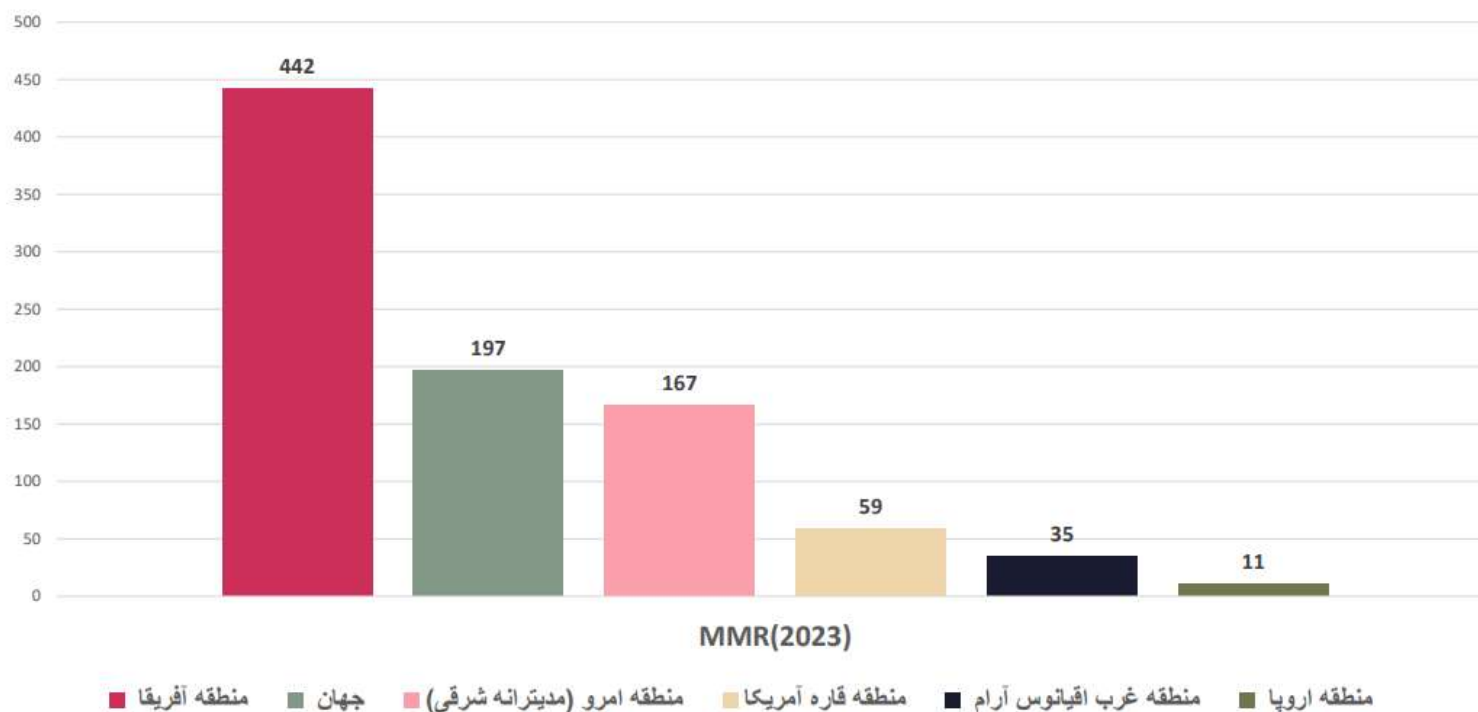
(و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ مرگ مادر در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده یعنی دو برابر شاخص جهانی نباشد)

میزان مرگ مادر بر اساس مناطق سازمان بهداشت جهانی - سال

۲۰۲۳



نسبت مرگ مادر (MMR) بر اساس مناطق سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۲۳



میزان مرگ
مادر در
کشورهای منطقه
امرو
(سال ۲۰۲۳)

MMR2023	نام کشور	ردیف
۳	امارات	۱
۴	قطر	۲
۷	عربستان	۳
۸	کویت	۴
۱۳	عمان	۵
۱۵	لبنان	۶
۱۶	ایران	۷
۱۶	فلسطین	۸
۱۷	مصر	۹
۱۷	بحرین	۱۰
۲۰	سوریه	۱۱
۳۱	اردن	۱۲
۳۶	تونس	۱۳
۵۹	لیبی	۱۴
۶۶	عراق	۱۵
۷۰	مراکش	۱۶
۱۱۸	یمن	۱۷
۱۵۵	پاکستان	۱۸
۱۶۲	جیبوتی	۱۹
۲۵۶	سودان	۲۰
۵۲۱	افغانستان	۲۱
۵۶۳	سومالی	۲۲
۶۹۲	سودان جنوبی	۲۳

تخمین های جهانی و منطقه ای سازمان بهداشت جهانی

برای سال ۲۰۲۳



- در سال ۲۰۲۳ تقریباً ۷۰۰ مرگ مادر در هر روز ، معادل **هر دو دقیقه یک مرگ** اتفاق افتاده است.
- در این سال تعداد ۲۶۰۰۰۰۰ مادر باردار بعلت عوارض بارداری و زایمان در طول بارداری تا ۶ هفته پس از زایمان جان خود را از دست داده اند که این معادل (۱۹۷ مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده) میباشد
- **کمترین تعداد مرگ مادر** متعلق به منطقه **اروپا** (۱۱ مورد مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده)
- **بیشترین تعداد مرگ مادر** متعلق به منطقه **آفریقا** (۴۴۲ مورد مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده)
- طبق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۳ در کشورهای **منطقه مدیترانه شرقی** (EMRO) تعداد ۳۳ هزار مورد مرگ مادر اتفاق افتاده (نسبت مرگ مادر در این منطقه ۱۶۷ در ۱۰۰ هزار تولد زنده)

تحلیل مرگ های مادری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سال ۱۴۰۳



تعداد موارد مرگ مادر د.ع.پ. کشور در سال ۱۴۰۳



*تعداد موارد مرگ مادری محسوب نشده :

۶۷ مورد تصادف، ۴۵ مورد غیر ایرانی بدون کارت اقامت،

۱۷ مورد مرگ بعد از ۴۲ روز پس از زایمان، ۲۷ مورد عدم تطابق با تعریف مرگ مادر

تعداد موارد مرگ مادر د.ع.پ. اصفهان در سال ۱۴۰۳



*تعداد موارد مرگ مادری محسوب نشده :

- ۱ مورد غیر ایرانی بدون کارت اقامت، ۱ مورد مشترک غیر ایرانی بدون کارت اقامت و تصادف، ۱ مورد مشترک غیر ایرانی بدون کارت اقامت و مرگ بعد از ۴۲ روز،
- ۲ مورد مرگ بعد از ۴۲ روز پس از زایمان، ۱ مورد مسمومیت با مونوکسید کربن، ۲ مورد مشترک تصادف و سکونت خارج از دانشگاه

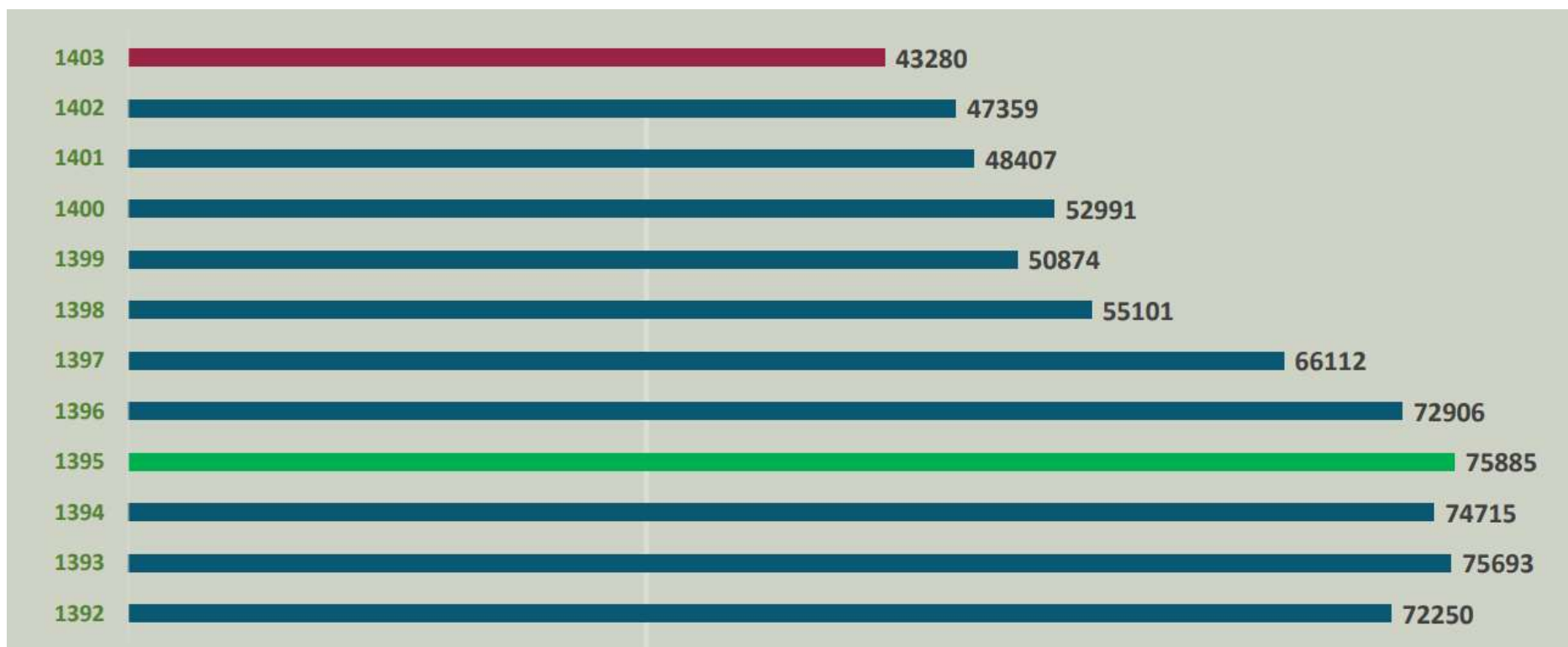
مقایسه شاخص نسبت مرگ مادران د. ع. پ. اصفهان

طی سال های ۱۳۹۴-۱۴۰۳

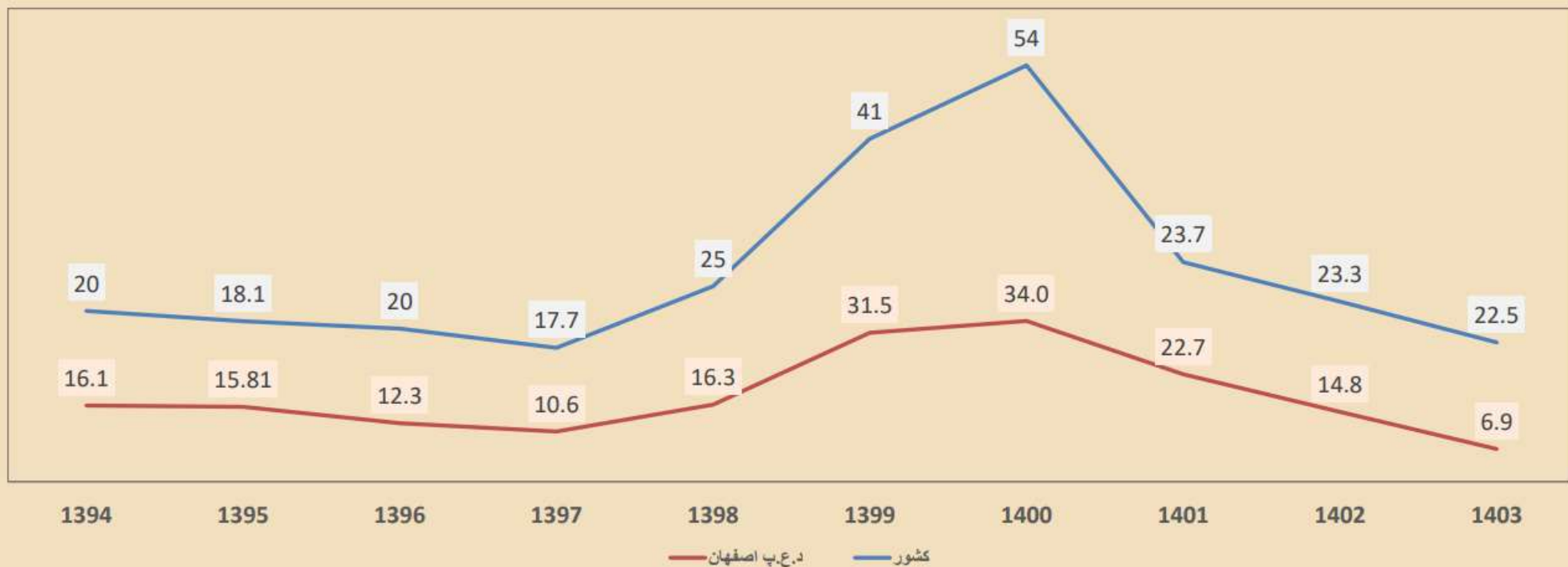


شاخص	سال	۹۴	۹۵	۹۶	۹۷	۹۸	۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳
تعداد مرگ مادر		۱۲	۱۲	۹	۷	۹	۱۶	۱۸	۱۱	۷	۳
موالید		۷۴۷۱۵	۷۵۸۸۵	۷۲۹۰۶	۶۶۱۱۲	۵۵۱۰۱	۵۰۸۷۴	۵۲۹۹۱	۴۸۴۰۷	۴۷۳۵۹	۴۳۲۸۰
میزان مرگ و میر مادر		۱۶.۱	۱۵.۸۱	۱۲.۳۴	۱۰.۵۸	۱۶.۳۳	۳۱.۴۵	۳۳.۹۶	۲۲.۷۲	۱۴.۷۸	۶.۹۳
هدف گذاری کشوری		۱۵	۱۸.۸	۱۷.۸	۱۶.۸	۱۶	۱۵	۱۹	۲۲	۲۱	۲۰

میزان موالید د.ع.پ.اصفهان سال های ۱۳۹۲-۱۴۰۳



روند نسبت مرگ مادران در کشور و د.ع.پ اصفهان طی سال های ۱۴۰۳-۱۳۹۴



نسبت مرگ مادر به موالید دانشگاه های تپ یک

سال ۱۴۰۳



منطقه ها و یا قطب های ده گانه دانشگاه های علوم پزشکی کشور

قطب یک : گیلان ، مازندران ، بابل ، گلستان ، سمنان و شاهرود

قطب دو : تبریز ، ارومیه و اردبیل

قطب سه : کرمانشاه ، همدان ، کردستان و ایلام

قطب ۴ : اهواز ، لرستان و دزفول

قطب ۵ : شیراز ، جهرم ، فسا ، بندرعباس ، بوشهر و یاسوج

قطب ۶ : زنجان ، اراک ، قزوین ، قم و البرز

قطب ۷ : اصفهان ، یزد ، کاشان و شهرکرد

قطب ۸ : کرمان ، زاهدان ، رفسنجان ، جیرفت ، زابل و بم

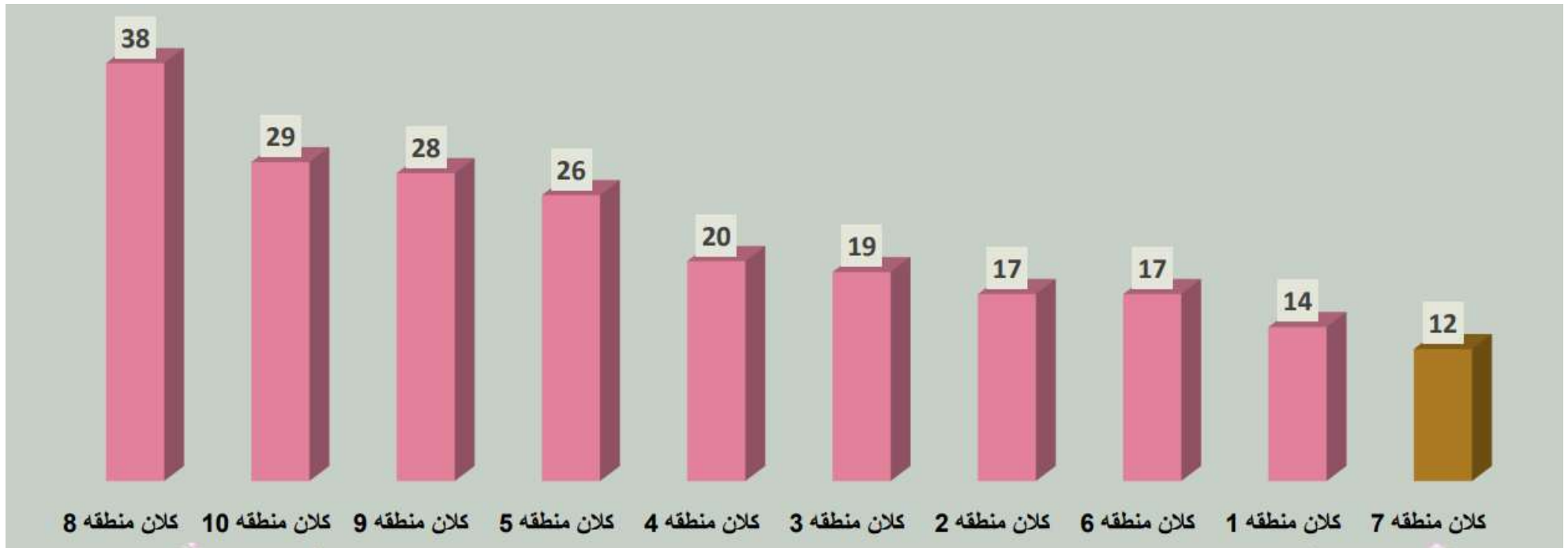
قطب ۹ : مشهد ، بیرجند ، بجنورد ، سبزوار ، گناباد و تربت حیدریه

قطب ۱۰ : تهران ، شهید بهشتی ، ایران ، بقیه اله ، شاهد ، ارتش ،

بهزیستی و توانبخشی

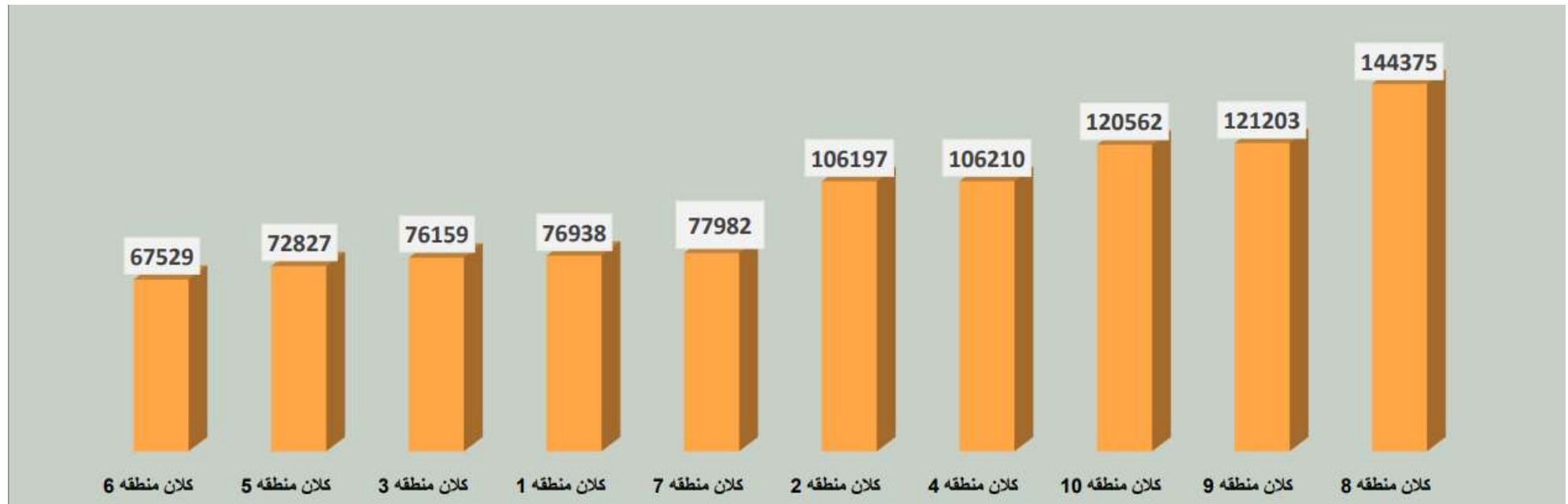
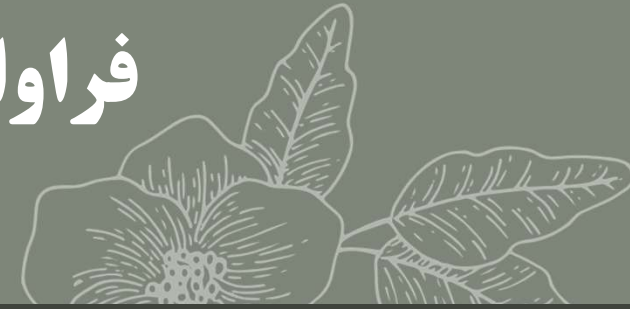
فراوانی مرگ مادر به تفکیک ده قطب آمایشی کشور در

سال ۱۴۰۳



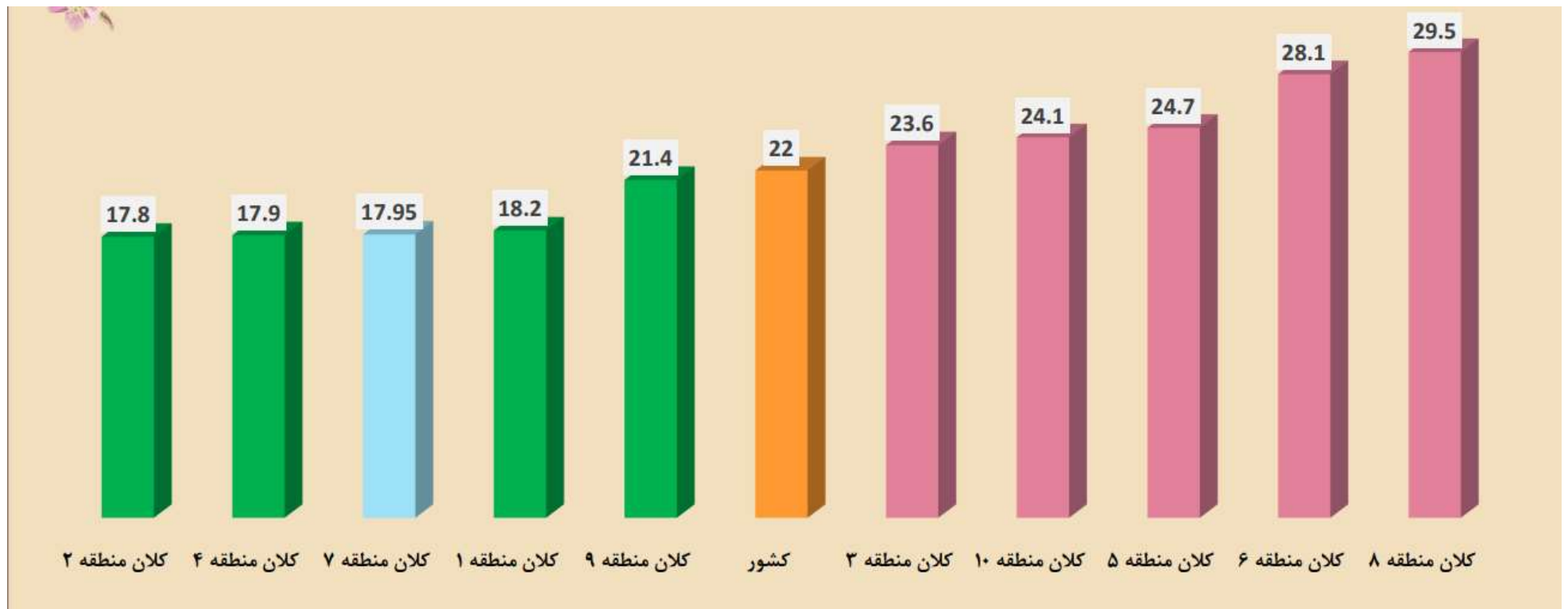
فراوانی موالید به تفکیک ده قطب آمایشی کشور در

سال ۱۴۰۳



نسبت سهم مرگ مادر در کشور به تفکیک ده قطب آمایشی

سال ۱۴۰۳

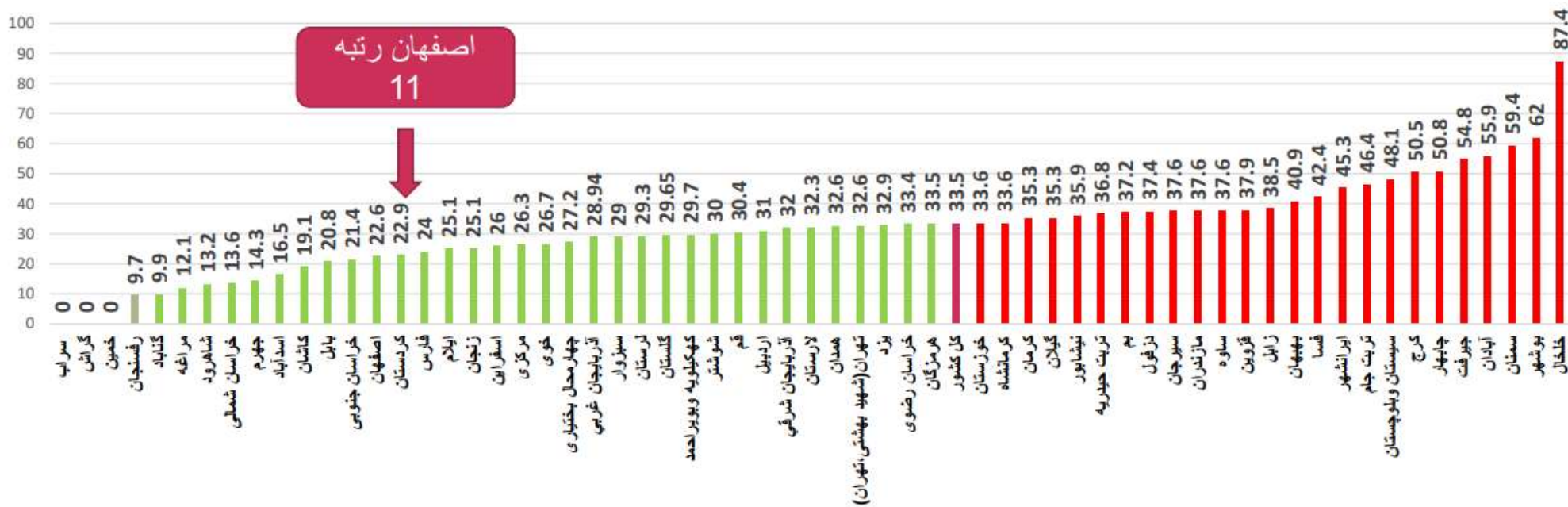


نسبت مرگ مادران به موالید به تفکیک دانشگاه ها در

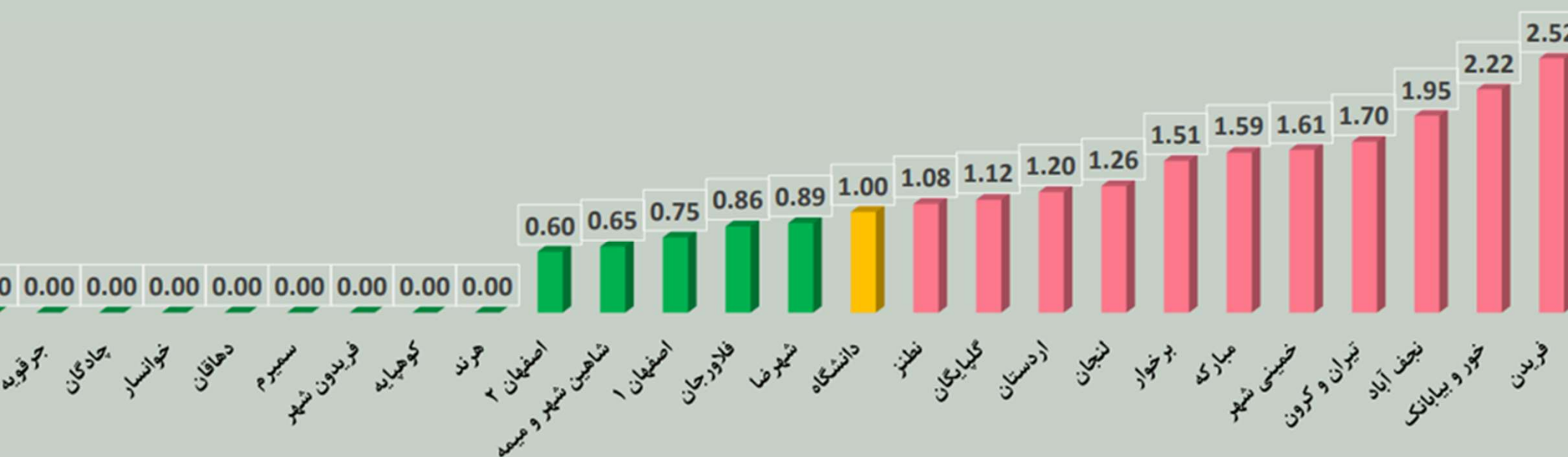
سال های ۱۴۰۳-۱۳۹۹



رتبه دانشگاهها (۱۳۹۹-۱۴۰۳) MMR



نسبت سهم مرگ به سهم موالید شهرستان های تحت پوشش د.ع.پ اصفهان ۱۳۹۴-۱۴۰۳



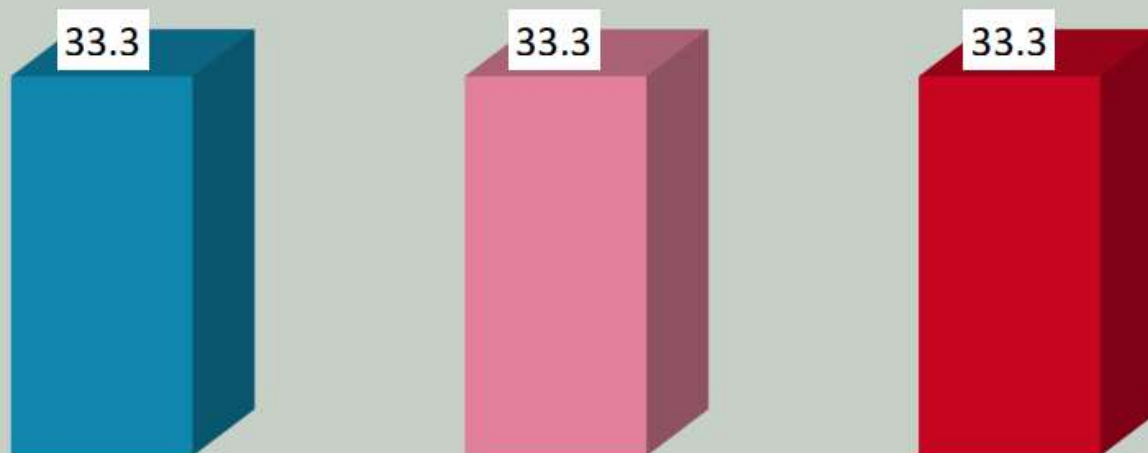
توزیع فراوانی علل مرگ مادران د.ع.پ اصفهان سال

۱۳۹۷-۱۴۰۳



سال ۱۴۰۳		سال ۱۴۰۲		سال ۱۴۰۱		سال ۱۴۰۰		سال ۱۳۹۹		سال ۱۳۹۸		سال ۱۳۹۷		علل مرگ
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰	۰	۱۴.۲۸	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴.۳	۱	گروه اول: بارداری منتهی به سقط
۰	۰	۲۸.۵۶	۲	۰	۰	۵.۵	۱	۰	۰	۱۱.۱	۱	۴۲.۸	۳	گروه دوم: اختلالات افزایش فشارخون در بارداری، زایمان و پس از زایمان
۳۳.۳۳	۱	۰	۰	۰	۰	۵.۵	۱	۶.۲۵	۱	۲۲.۲	۲	۰	۰	گروه سوم: خونریزی مامایی
۰	۰	۰	۰	۹.۰۹	۱	۰	۰	۰	۰	۱۱.۱	۱	۱۴.۳	۱	گروه چهارم: عفونت مرتبط با بارداری
۳۳.۳۳	۱	۰	۰	۱۸.۱۸	۲	۰	۰	۶.۲۵	۱	۱۱.۱	۱	۱۴.۳	۱	گروه پنجم: سایر عوارض مامایی
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	گروه ششم: عوارض غیر قابل انتظار از درمان (عوارض بیهوشی)
۳۳.۳۳	۱	۴۲.۸۵	۳	۶۳.۶۳	۷	۸۳.۳	۱۵	۸۷.۵	۱۴	۴۴.۴	۴	۱۴.۳	۱	گروه هفتم: عوارض غیر مامایی
۰	۰	۱۴.۲۸	۱	۰	۰	۵.۵	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	گروه هشتم: عوامل ناشناخته یا تعیین نشده
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	گروه نهم: عوامل همزمان
۰	۰	۰	۰	۹.۰۹	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	گروه ایکس: خودکشی
۱۰۰	۳	۱۰۰	۷	۱۰۰	۱۱	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۹	۱۰۰	۷	جمع

درصد علل موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان به تفکیک گروه بندی ICD- 10 در سال ۱۴۰۳



گروه سوم : خونریزی مامایی

گروه پنجم : سایر عوارض
مامایی

گروه هفتم : عوارض غیر
مامایی

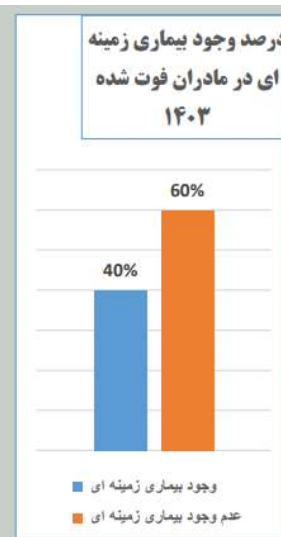
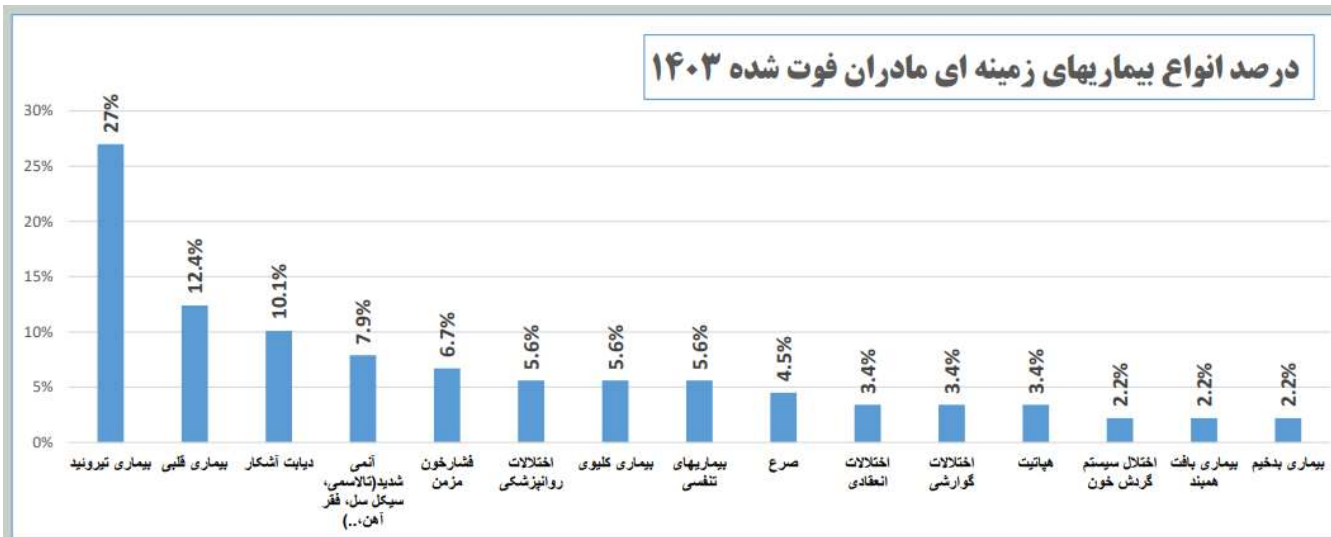


توزیع فراوانی علل مرگ مادران کشور در سال ۱۴۰۳

درصد	تعداد	گروه بندی علل مرگ مادر
۲۷/۹%	۶۲	گروه هفتم : عوارض غیر مامایی
۲۰/۳%	۴۵	گروه سوم : خونریزی مامایی
۱۲/۶%	۲۸	گروه پنجم : سایر عوارض مامایی
		گروه دوم : اختلالات افزایش فشارخون در بارداری، زایمان و پس از زایمان
۱۰/۸%	۲۴	گروه دوم : اختلالات افزایش فشارخون در بارداری، زایمان و پس از زایمان
۹/۵%	۲۱	گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری
۶/۳%	۱۴	گروه هشتم : عوامل ناشناخته یا تعیین نشده
۵/۹%	۱۳	گروه اول : بارداری منتهی به سقط
۴/۱%	۹	گروه ایکس: خودکشی
۱/۸%	۴	گروه نهم : عوامل همزمان
		گروه ششم : عوارض غیر قابل انتظار از درمان (عوارض بیهوشی)
۰/۹%	۲	
۱۰۰%	۲۲۲	مجموع

بر اساس آمار استخراج شده از سامانه مرگ و میر و عوارض بارداری در مجموع ۶۳،۲ درصد از مرگ و میر مادران باردار تا ۶ هفته پس از زایمان در سال ۱۴۰۳ ناشی از علل مستقیم گروه ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و گروه X بوده است که عمدتاً در گروه مرگ های قابل پیشگیری قرار دارند، این در حالی است که در کشورهایی که موفق به کاهش MMR به میزان های تک رقمی شده اند، مرگ مادر عمدتاً ناشی از علل غیرمستقیم بوده و به میزان زیادی مرگ ناشی از علل مستقیم را کاهش داده اند.

درصد فراوانی وجود بیماری زمینه ای در مادران فوت شده کشور سال ۱۴۰۳



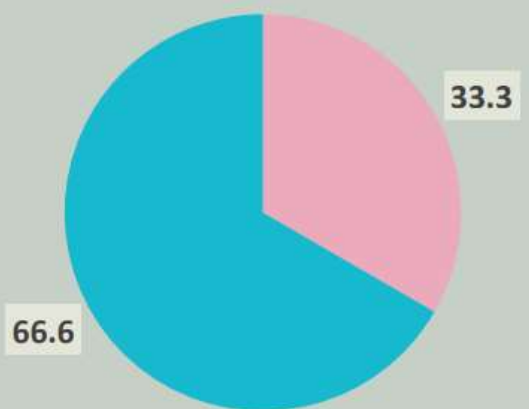
بیماری زمینه ای	تعداد	درصد
بله	۸۹	۴۰٪
خیر	۱۳۲	۶۰٪



درصد مراقبت پیش از بارداری و برنامه ریزی حاملگی ها در

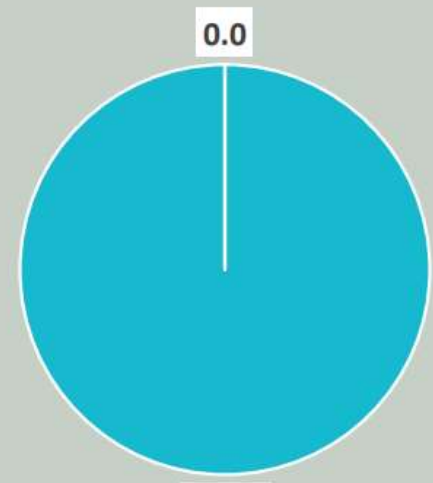
مرگ های مادری د.ع.پ اصفهان – سال ۱۴۰۳

درصد دریافت مراقبت پیش از بارداری در مرگ مادری
د.ع.پ اصفهان سال ۱۴۰۳



عدم دریافت مراقبت پیش از بارداری دریافت مراقبت پیش از بارداری

درصد حاملگی های برنامه ریزی شده / نشده در مرگ های
مادری د.ع.پ اصفهان سال ۱۴۰۳

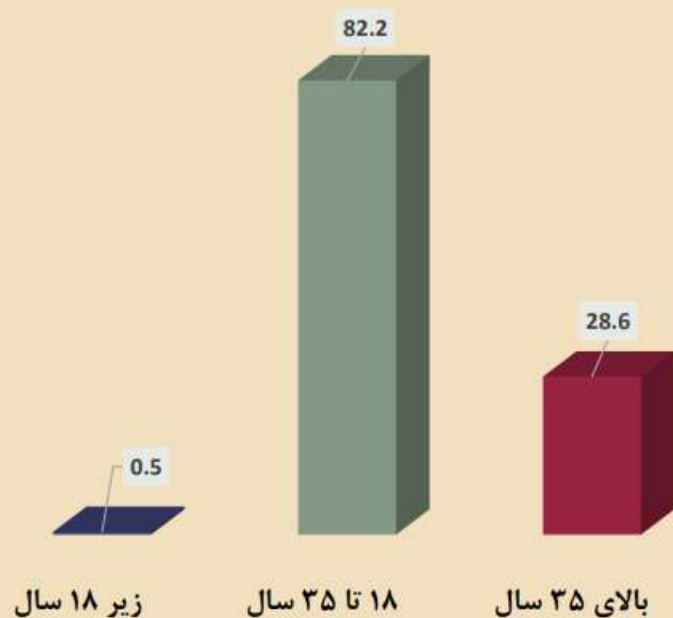


حاملگی برنامه ریزی شده حاملگی برنامه ریزی نشده

نسبت مرگ مادران در هر هزار تولد زنده در گروه های سنی مختلف در مادران فوت شده کشور سال ۱۴۰۳

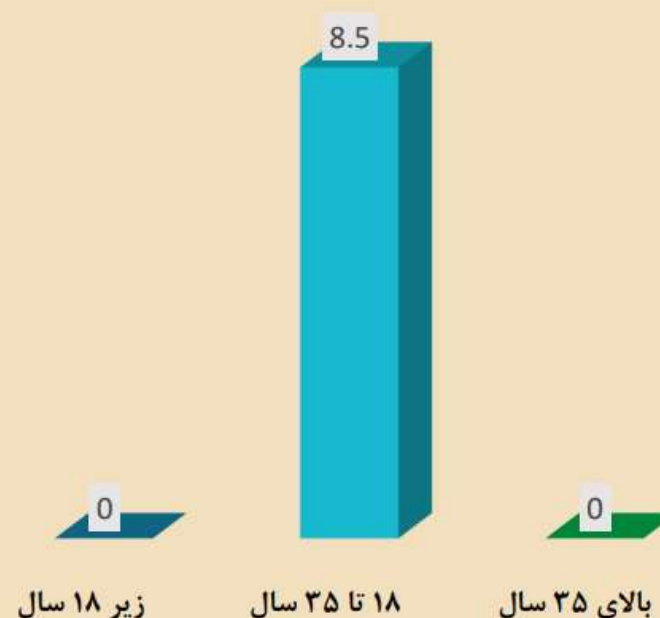


درصد موالید در گروه سنی



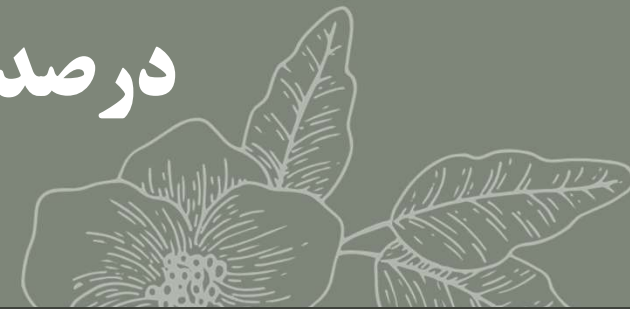
نسبت مرگ در گروه سنی

اصفهان



درصد فراوانی سن مادران فوت شده د.ع.پ اصفهان

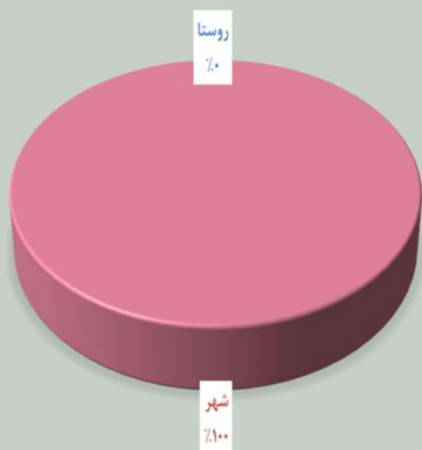
در سال ۱۴۰۳



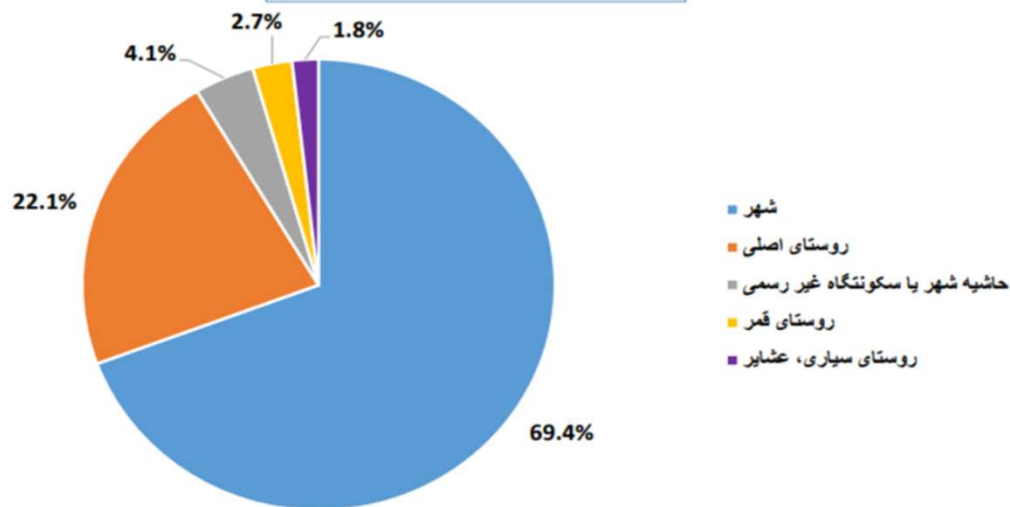
فراوانی مادران فوت شده به تفکیک محل سکونت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کشور - سال ۱۴۰۳



فراوانی مادران فوت شده به تفکیک منطقه سکونت مادر در مرگ های د.ع.پ اصفهان سال ۱۴۰۳



درصد فراوانی مرگ مادر بر اساس منطقه سکونت ۱۴۰۳

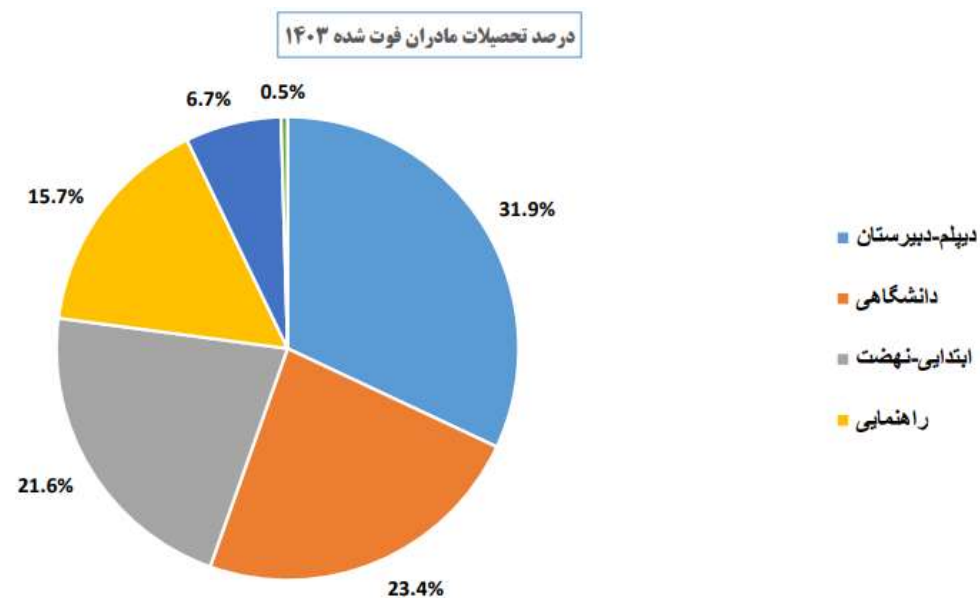
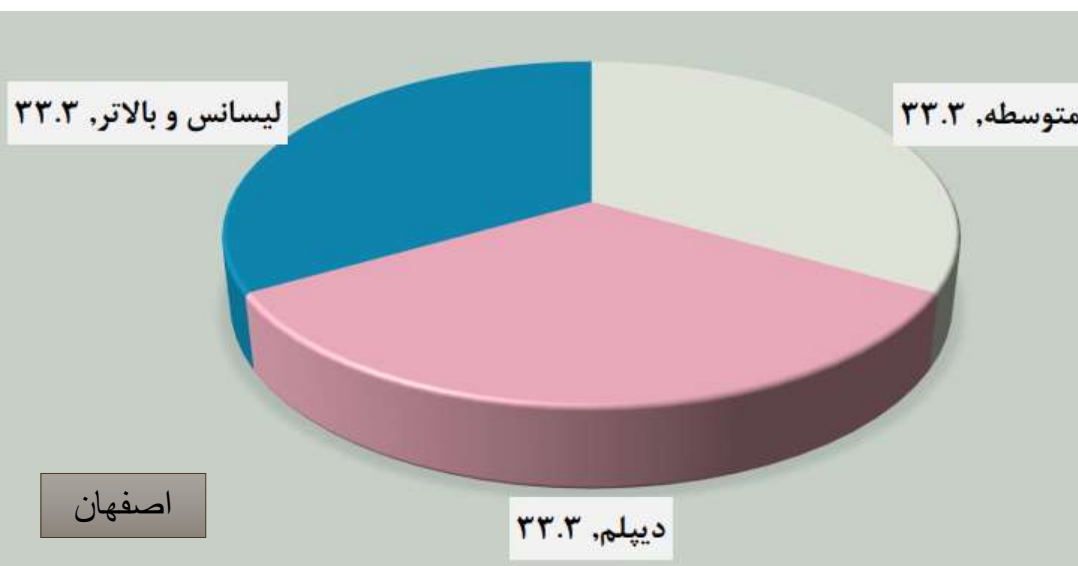


- شهر
- روستای اصلی
- حاشیه شهر یا سکونتگاه غیر رسمی
- روستای قمر
- روستای سیاری، عشایر

درصد رتبه بارداری در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان در سال ۱۴۰۳



درصد سطح تحصیلی مادران فوت شده در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان سال ۱۴۰۳

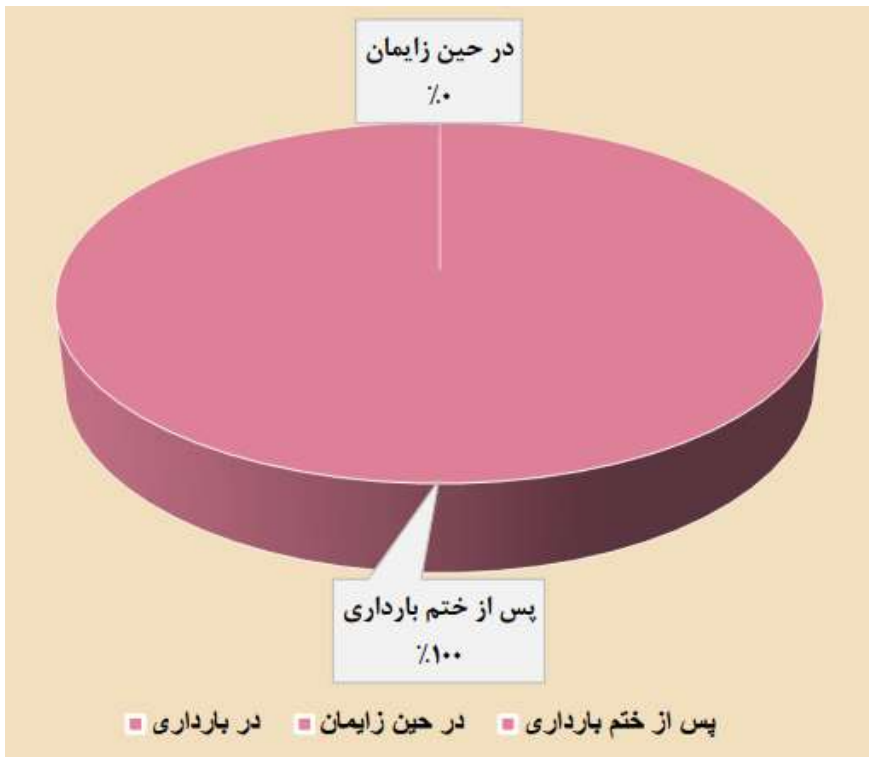


درصد اشتغال مادران فوت شده در د.ع.پ اصفهان

سال ۱۴۰۳



درصد مقطع فوت در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان در سال ۱۴۰۳

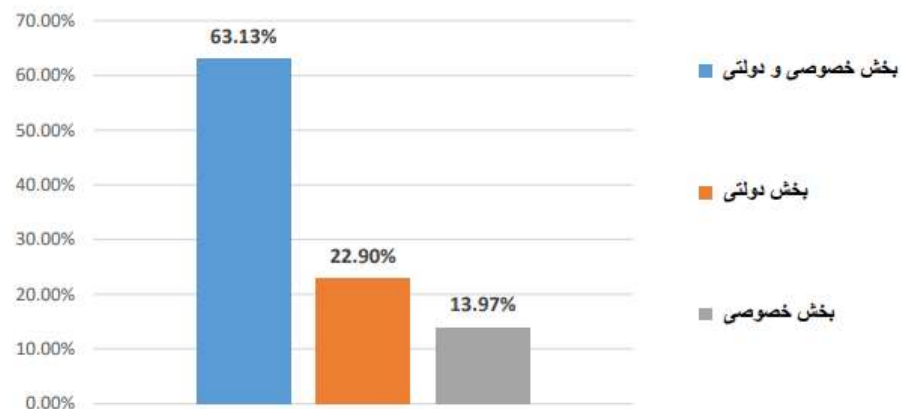
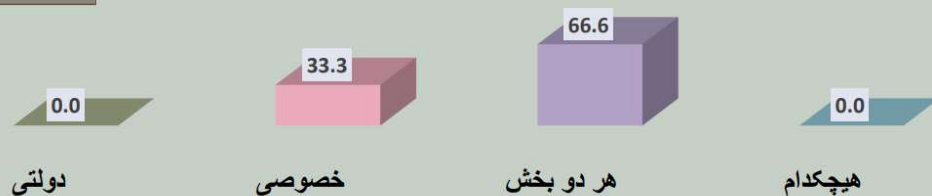


درصد محل دریافت مراقبت بارداری در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان در سال ۱۴۰۳



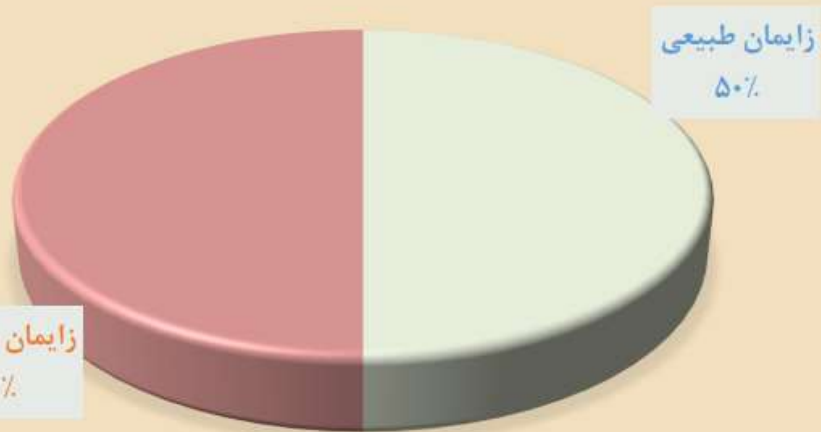
درصد فراوانی مادران فوت شده به تفکیک محل دریافت مراقبت در سال ۱۴۰۳

اصفهان

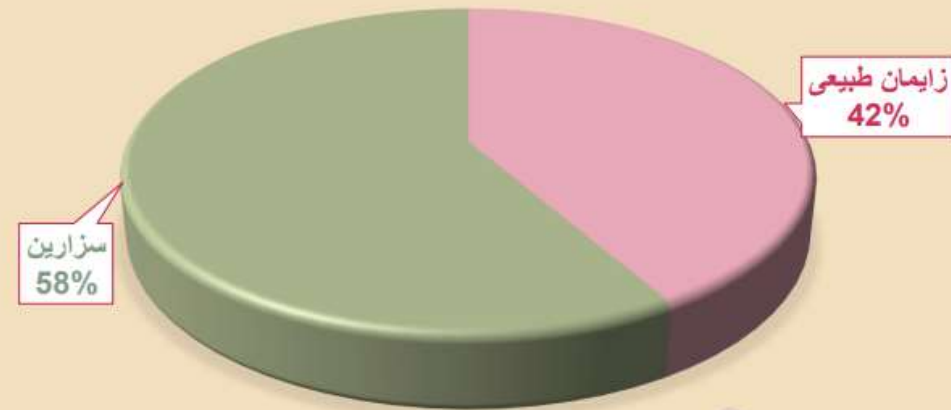


درصد نوع زایمان در موارد مرگ مادری د.ع.پ اصفهان سال ۱۴۰۳

د.ع.پ. اصفهان



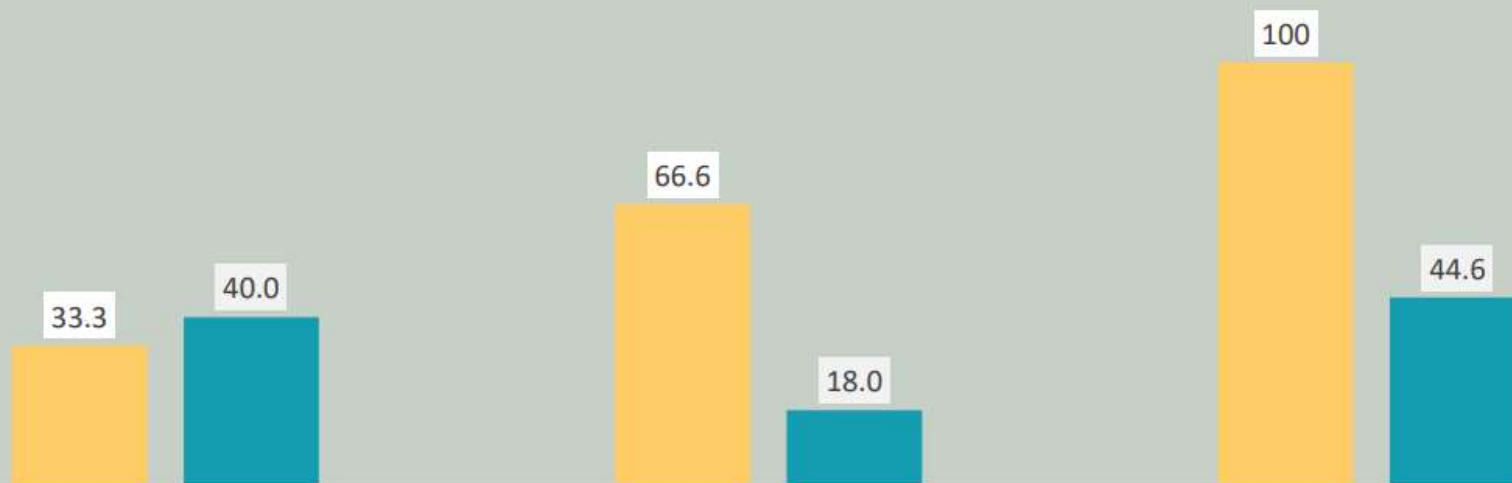
کشور



توزیع فراوانی انواع تاخیر در مرگ های مادری د. ع پ اصفهان سال ۱۴۰۳

درصد	نوع تاخیر
۳۳.۳	تاخیر در تصمیم گیری توسط خانواده: تشکیل دیر هنگام یا عدم تشکیل پرونده مراقبت بارداری از طرف مادر، عدم دریافت مراقبت های دوران بارداری به طور کامل، عدم بیان علائم و سوابق بیماری زمینه ای توسط مادر در زمان تشکیل پرونده مراقبت بارداری، عدم پیگیری اقدامات مورد نیاز در موارد لزوم، حساس نبودن مادر و خانواده به علائم نیازمند مراقبت ویژه دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های کارکنان بهداشتی درمانی
۶۶.۶	تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر: عدم رعایت دستورالعمل های مربوط به اعزام مادران، عدم ارایه پسخوراند توسط متخصص زنان به موارد ارجاع شده از واحدهای بهداشتی، عدم بهره برداری از برنامه استاد معین، عدم ثبت کامل اطلاعات بیمار هنگام ارجاع مادر به بیمارستان از بخش خصوصی
۱۰۰	تاخیر در درمان: عدم ویزیت مادر نیازمند مراقبت ویژه در زایشگاه توسط پزشک متخصص زنان، از دست دادن زمان طلایی برای درمان مادر به علت اقدام پزشک متخصص جهت اخذ پذیرش از بیمارستان ریفرال فوق تخصصی، غفلت و عدم حساسیت پزشک متخصص در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب به مادر (انجام زایمان با تاخیر)، نواقص تکنیکی مرتبط با انجام فرایندهای درمانی توسط پزشکان متخصص، استاندارد نبودن تعداد نیروی انسانی در زایشگاه، عدم رعایت دستورالعمل مربوط به اطلاع دادن وضعیت مادران زایمان کرده به متخصص زنان آنکال در صورت مراجعه به پزشکان اورژانس، مقیم نبودن متخصص زنان در بیمارستان و ترک بیمارستان قبل از بررسی کامل مادر زایمان کرده پرخطر مشکوک به ایجاد عوارض، تشکیل نشدن شورای پزشکی با توجه به نیاز و انجام مشاوره ها با تاخیر یا تلفنی و یا توسط دستیاران، عدم انجام مراقبت های لازم و کامل توسط پزشک متخصص و پزشکان اورژانس و تشخیص و درمان نامناسب و ناصحیح مادر، ارائه دستورات تلفنی توسط متخصص و عدم حضور بر بالین بیمار علی رغم نیاز

توزیع فراوانی انواع تاخیر در مرگ های مادری کشور و د.ع.پ اصفهان سال ۱۴۰۳



تأخیر در تصمیم گیری توسط خانواده

تأخیر در ارجاع به سطح بالاتر

تأخیر در درمان

د.ع.پ اصفهان کشور



درصد	عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ مادر د.ع.پ. اصفهان در سال ۱۴۰۳
۱۰۰	نواقص مربوط به ارائه یا ثبت خدمات توسط متخصصین زنان و زایمان در مراکز پزشکی (خدمات بستری نظیر عدم ویزیت بیمار و صدور دستورات تلفنی، تشخیص یا درمان نامناسب)
۱۰۰	مشکلات مربوط به نحوه ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت
۱۰۰	مشکلات مربوط به پی گیری مادران نیازمند مراقبت ویژه در واحدهای بهداشتی و مراکز درمانی (عدم و یا نقص در پیگیری به موقع، ...)
۱۰۰	عدم حساسیت و بی توجهی پزشکان و سایر کارکنان به وضعیت مادر و تاخیر در ارائه خدمات مورد نیاز به مادر در مراکز پزشکی
۶۶.۶	مشکلات مرتبط با ارزیابی روند وزن گیری مادر باردار در مراقبت های واحدهای بهداشتی
۶۶.۶	فقدان یا نقص کارت مراقبتی مادر باردار در بخش خصوصی
۶۶.۶	عدم رعایت ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (نقص در ارائه مراقبت های ویژه مربوط به خدمات باروری سالم)
۶۶.۶	عدم تشکیل شورای پزشکی در مراکز پزشکی در موارد نیاز
۶۶.۶	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری در گروه هدف
۶۶.۶	عدم ارائه مراقبت ها براساس دستورالعمل ها و بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در واحدهای بهداشتی
۳۳.۳	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
۳۳.۳	ضعف عملکرد دستیاران زنان و زایمان در مراکز آموزشی درمانی
۳۳.۳	مشکلات و نواقص مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار (اعم از نواقص مربوط به ارائه و ثبت خدمات مرکز فوریت های پزشکی یا شرایط اعزام مادر)
۳۳.۳	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب
۳۳.۳	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر دوران بارداری و عدم توجه به توصیه های پرسنل بهداشتی درمانی
۳۳.۳	تشخیص غلط یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری توسط متخصصین زنان و زایمان در بخش خصوصی (خدمات سرپایی)
۳۳.۳	تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی توجهی مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان
۰	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری
۰	تشخیص یا درمان نامناسب عوارض دوران بارداری در واحدهای بهداشتی

نکات قابل توجه

در نظام پیشگیری و

کاهش

مرگ مادر در کشور

□ بیش از ۸۰ درصد مرگ‌ها در بیمارستان رخ داده‌اند، این یعنی دسترسی به بیمارستان فراهم است اما تاخیر در مراجعه به بیمارستان، عدم اقدام به موقع برای تشخیص و درمان و پایین بودن کیفیت مراقبت‌ها همچنان چالش است.

□ بر اساس آمار استخراج شده از سامانه مرگ و میر و عوارض بارداری در مجموع ۶۳.۲ درصد از مرگ و میر مادران باردار تا ۶ هفته پس از زایمان در سال ۱۴۰۳ ناشی از علل مستقیم بوده است که عمدتاً در گروه مرگ‌های قابل پیشگیری قرار دارند. این در حالی است که در کشورهای موفق به کاهش MMR به میزان‌های تک رقمی شده‌اند، مرگ مادر عمدتاً ناشی از علل غیرمستقیم بوده و به میزان زیادی مرگ ناشی از علل مستقیم را کاهش داده‌اند

نکات قابل توجه

در نظام پیشگیری و

کاهش

مرگ مادر در کشور

□ در بین علل مستقیم و قابل پیشگیری، مرگ مادر ناشی از خونریزی‌های مامایی با میزان ۲۰/۳ درصد **شایع‌ترین** علت مرگ مادر در سال ۱۴۰۳ بوده است.

سایر عوارض مامایی ۱۲/۶ درصد و

اختلالات فشار خون بارداری ۱۰.۸

عفونت مرتبط با بارداری ۹.۵٪ و

بارداری منتهی به سقط به ۵.۹٪ در رتبه‌های بعدی قراردارند.

□ شایان ذکر است که در طی ۵ ساله گذشته نیز از بین علل مستقیم مرگ مادر، خونریزی، اختلالات فشار خون و عفونت سه علت شایع مرگ مادران باردار بوده است.

چالش های کلیدی

۱. عدم کیفیت مراقبت های بارداری با وجود پوشش بالا:

مادران بسیاری با وجود دریافت مراقبت های بهداشتی، جان خود را از دست داده اند. بنابراین تمرکز باید بر آموزش مادران و ارائه دهندگان خدمت، کیفیت مراقبت، پیگیری صحیح، ارجاع به موقع و درمان بر مبنای راهنماهای کشوری و یا بین المللی باشد.

۲. ارتباط ناکافی حوزه های بهداشت و درمان:

مراقبت ها در حوزه بهداشت و درمان (بخش خصوصی و دولتی) به صورت موازی و با ارتباط حداقلی با یکدیگر در حال انجام است (عدم وجود پرونده پزشکی منسجم، عدم ارجاع و اعزام به موقع) که سبب کاهش کیفیت مراقبت ها و اقدامات درمانی بخصوص در موارد پرخطر خواهد شد.

۳. بالا بودن میزان مرگ های قابل اجتناب و مشابه:

با وجود کاهش مرگ مادر در سال های اخیر، شیب کاهش مطلوب نبوده و بخش قابل توجهی از مرگ ها به موارد مشابه و قابل اجتناب اختصاص دارد.



مداخلات در خصوص اصلاح روند ارائه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر

نواقص خدماتی مراقبت قبل از بارداری:	فعالیت مورد نیاز در انجام مراقبت قبل از بارداری:
<ul style="list-style-type: none"> - با توجه به مراجعه مادر جهت دریافت مراقبت پیش از بارداری، علی رغم ارجاع، مادر به پزشک مرکز مراجعه نکرده و پیگیری عدم مراجعه مادر جهت دریافت این مراقبت انجام نشده است. 	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر رعایت منشور کرامت مادری و نظام نوبت دهی در ارائه خدمات برنامه مادران و قراردادن مادر در اولویت ویزیت پزشک و پیگیری کلیه ی ارجاعات مادران بویژه ارجاع ویزیت اولیه پزشک
<ul style="list-style-type: none"> - به دلیل اضافه وزن مادر نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه بوده که صورت نگرفته است. 	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر ارجاع مادران نیازمند مشاوره تغذیه به کارشناس مربوطه جهت دریافت خدمات لازم
<ul style="list-style-type: none"> - با توجه به نتیجه آزمایش TSH پیش از بارداری، مادر نیاز به ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی داشته، که با توجه به عدم مراجعه به پزشک اقدامی در این خصوص انجام نشده است. همچنین در قسمت توضیحات علت ارجاع ثبت نشده است. 	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر پیگیری ارجاعات مادران به خصوص در موارد نیازمند مراقبت ویژه و ثبت علت ارجاع در قسمت توضیحات خدمت مربوطه در سامانه سبب در موارد ارجاع به پزشک مرکز
نواقص خدماتی مراقبت های دوران بارداری:	فعالیت های مورد نیاز در انجام مراقبت های دوران بارداری:
<ul style="list-style-type: none"> - نظر به تشکیل دیر هنگام پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی و دریافت مراقبت ها از بخش خصوصی با توجه به فقدان نسخه کارت مراقبتی بخش خصوصی- ویژه مادر، ارائه و بررسی کارت مراقبت بخش خصوصی در واحد بهداشتی امکانپذیر نبوده است. 	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر ضرورت تشکیل منظم کمیته ارتقا سلامت مادران شهرستان و طرح چالش های ارائه خدمات مراقبتی مادران باردار و پیگیری رفع نواقص مرتبط با بخش خصوصی، از جمله فقدان یا نقص در کارت مراقبتی بخش خصوصی، تاکید بر ارجاع مادران باردار تحت مراقبت بخش خصوصی در اولین مراجعه به حوزه بهداشت و هماهنگی با متخصصین زنان شهرستان در این رابطه - تاکید بر لزوم ثبت خدمات بخش خصوصی در کارت مراقبتی - تاکید بر بررسی سوابق و نتایج مراقبتی مراقبت های مادران در بخش خصوصی در هر بار مراجعه مادر بر اساس کارت مراقبتی بخش خصوصی - تاکید بر تشکیل پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی به محض اطلاع از بارداری در آموزش های پیش از بارداری
<ul style="list-style-type: none"> - عدم توجه مادر به مراجعه به متخصص داخلی با توجه به ارجاع صورت گرفته توسط واحد بهداشتی (با توجه تحت نظر بودن توسط متخصص زنان بخش خصوصی) 	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر ارائه و پیگیری خدمات مراقبتی استاندارد به کلیه ی مادران باردار از جمله مادرانی که تحت مراقبت همزمان در بخش خصوصی و دولتی می باشند
<ul style="list-style-type: none"> - در غربالگری تغذیه مادر باردار با توجه به اضافه وزن مادر، تعیین مراجعه دو هفته بعد جهت کنترل مجدد وزن صورت نگرفته است. 	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید بر ضرورت ارائه خدمات مراقبتی تغذیه بر اساس بوکلت سلامت مادران و بسته خدمتی تغذیه

<p>- تاکید بر انجام ویزیت اولیه پزشک حداکثر تا یک هفته پس از تشکیل پرونده مراقبتی</p>	<p>- ویزیت اولیه پزشک دو هفته بعد از زمان تشکیل پرونده انجام شده است.</p>
<p>- لزوم انجام خدمت ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای کلیه مادران باردار</p>	<p>- ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای مادر انجام نشده است.</p>
<p>- تاکید بر ضرورت ثبت کلیه اقدامات پاراکلینیکی در پرونده الکترونیک مادر</p>	<p>- نتایج غیر طبیعی آزمایش ادرار در سامانه ثبت نشده است.</p>
<p>- لزوم ثبت دقیق اطلاعات از سونوگرافی در سامانه و محاسبه سن حاملگی بر اساس LMP</p>	<p>- در ثبت سونوگرافی (هفته ۱۶ تا ۱۸)، تاریخ انجام سونوگرافی ۱۸/۱۰/۱۴۰۲ ثبت شده در صورتی که تاریخ انجام سونوگرافی ۲۸/۱۰/۱۴۰۲ بوده و سن حاملگی با اختلاف ۱۰ روز محاسبه و ثبت گردیده است.</p>
<p>- لزوم دقت در سنجش و ثبت موارد وزن در سامانه سیب و تأکید بر ارائه خدمات بر اساس بوکلت مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران و بسته خدمتی تغذیه</p>	<p>- در خصوص ارزیابی روند وزن گیری اقدامات لازم انجام نشده و مراقبت ویژه به فاصله یک هفته انجام شده است. (به جای دو هفته)</p>
<p>- تاکید بر دقت در ارایه و ثبت خدمات براساس بوکلت سلامت مادران - تاکید بر لزوم ثبت خدمات بخش خصوصی در کارت مراقبتی ویژه مادر باردار به منظور دسترسی حوزه بهداشت و سایر حوزه ها به نتایج مراقبت مادر در بخش خصوصی - آموزش به مادران باردار در خصوص ارایه سوابق مراقبت سرپایی و بستری در فواصل مراجعات به واحدهای بهداشتی</p>	<p>- عدم هم خوانی نتایج مراقبت های حوزه بهداشت و بخش خصوصی در برخی از موارد (از جمله مراقبت مورخ ۱۷/۱۲/۱۴۰۲ و ۲۰/۱۲/۱۴۰۲ که گزارش مراقبت واحد بهداشتی کامل نبوده و موارد نیازمند مراقبت ویژه را در بر نمی گیرد).</p>
<p>- لزوم دقت در ثبت موارد بیماری و داروی مصرفی مادر در سامانه سیب</p>	<p>- با توجه به نتیجه غیرطبیعی TSH، بیماری هیپوتیروئید و داروی مصرفی مادر در سامانه سیب ثبت نگردیده است.</p>
<p>- تأکید بر ثبت خدمات بر اساس راهنمای سامانه سیب سلامت مادران و ثبت هر خدمت در محل مناسب آن</p>	<p>- ثبت تکراری خدمات به طور همزمان در خدمت ویزیت، اقدام و ثبت تماس سامانه سیب</p>

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارائه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر

فعالیت مورد نیاز در انجام مراقبت قبل از بارداری:	نواقص خدماتی مراقبت قبل از بارداری:
<p>- پیگیری کلیه زنان واجد شرایط ۵۴-۱۰ ساله همسر دار باید طبق دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری (نسخه ۰۲) که طی مکاتبه شماره ۱۲۵۹۴/۶/د مورخ ۰۴/۱۰/۱۴۰۲ به کلیه شبکه ها ابلاغ گردیده، انجام و از مسیر ارائه خدمت آموزش/ مشاوره فرزندآوری مراقبت جهت این گروه انجام و در صورت بررسی LMP و احتمال بارداری جهت دریافت خدمات سلامت مادران به پزشک/ ماما ارجاع گردند.</p> <p>- به منظور دسترسی به سوابق مراقبتی لازم است خدمات مشاوره فرزندآوری و پیگیری های مربوطه، طبق دستورالعمل در سامانه سیب ثبت گردد.</p>	<p>- با توجه به ارائه خدمت "مشاوره باروری سالم و فرزندآوری" در تاریخ ۱۹/۱۱/۱۴۰۰، پیگیری جهت تکمیل سالیانه "مشاوره فرزندآوری" در سه سال اخیر در سامانه سیب ثبت نگردیده است.</p>
<p>- ضمن تاکید بر لزوم فراخوان و ارائه خدمات مراقبتی استاندارد به کلیه ی افراد تحت پوشش، ثبت کلیه ی خدمات از جمله پیگیری در سامانه سیب الزامی است.</p>	<p>- با توجه به تغییر محل سکونت مادر به منزل پدری و شناسایی و پیگیری ایشان توسط پایگاه سلامت حسن حافظ، پیگیری در سامانه سیب ثبت نگردیده است.</p>
<p>- مطابق بررسی انجام شده چیدمان نیروها در پایگاه های سلامت گوگد و حسن حافظ مطابق استاندارد بوده، لذا انتظار می رود کارکنان واحدهای مذکور کلیه فعالیت های مربوطه مطابق با شرح وظیفه خود را به صورت کامل به جمعیت تحت پوشش ارائه و ثبت نمایند.</p> <p>- با توجه به استاندارد بودن تعداد مراقبین سلامت پایگاه گوگد ضروری است تقسیم کار به گونه ای انجام گیرد که پرسنل به صورت متناسب ارائه خدمت نموده و بار کاری بر تعداد محدودی متمرکز نگردد، تاکید می گردد پیگیری تمام افراد تحت پوشش از وظایف پرسنل این پایگاه بوده و این مهم می بایست در پایش ها بررسی و کنترل گردد.</p>	<p>- پیرو تشکیل جلسه تحلیل ریشه ای علل مرگ در معاونت بهداشت پرسنل محیطی عنوان نمودند که دلیل عدم ثبت پیگیری مادر کمبود نیرو بوده است.</p>

مداخلات در خصوص اصلاح روند ارایه خدمات بهداشتی درمانی مرگ مادر

نواقص خدماتی مراقبت های دوران بارداری:	فعالیت های مورد نیاز در انجام مراقبت های دوران بارداری:
- نظر به عدم اطلاع دقیق مادر از LMP در زمان تشکیل پرونده مراقبت بارداری در واحد بهداشتی LMP در تاریخ ۱۴/۱۱/۱۴۰۳ همزمان با مراقبت ۳۵-۳۷ هفته و براساس نتیجه سونوگرافی سه ماهه سوم ویرایش شده است.	- در صورت عدم اطلاع دقیق مادر از LMP، سونوگرافی در اولین مراجعه درخواست و مبنای محاسبه سن بارداری قرار گیرد. (بدیهی است سونوگرافی سه ماهه اول در این مورد از دقت بیشتری برخوردار است)
- جهت محاسبه BMI وزن پیش از بارداری گفته شده توسط مادر که اختلاف قابل توجه با وزن زمان مراجعه داشته، مبنا قرار گرفته است.	- بر اساس کتاب راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده در موارد عدم هم خوانی فاحش وزن قبل از بارداری با وزن زمان مراجعه، وزن اولین مراجعه مادر تا قبل از هفته ۱۳ بارداری می بایست، برای محاسبه BMI ملاک قرار گیرد.
- در مراقبت شرح حال اولیه پزشک پوسیدگی دندان مادر و ارجاع به دندانپزشک ثبت شده است ولی در شرح حال اولیه ماما نتیجه معاینات طبیعی ثبت گردیده است. در ملاقات سوم بارداری التهاب و پوسیدگی دندان خیر ثبت شده است.	- بر ضرورت دقت در شرح حال اخذ شده و مطابقت شرح حال اولیه اخذ شده توسط پزشک و ماما تاکید گردد.
- بنا به اظهار خانواده متوفی در هنگام پرسشگری، مادر سابقه آمبولی در بستگان درجه یک داشته است ولی در ارزیابی خطر ترومبوآمبولی بدون سابقه خانوادگی ثبت شده است.	- بر اخذ دقیق شرح حال مادر تاکید می گردد.
- ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای مادر انجام نشده است.	- لازم است خدمت ویزیت اولیه روانپزشکی پزشک در اولین مراقبت برای کلیه مادران باردار انجام شود.
- مادر چهار نوبت سونوگرافی انجام داده که یک نوبت از آن در سامانه سیب ثبت گردیده است.	- نسبت به توجیه و آموزش مراجعین در خصوص اهمیت ارایه کلیه سوابق پاراکلینیک تاکید و پیگیری دریافت آن توسط مراقبین مادر انجام گردد.
- در تاریخ ۱۴/۱۱/۱۴۰۳ همزمان با سن بارداری ۳۵ هفته، مراقبت شرح حال اولیه پزشک جهت ارجاع به دندانپزشک انجام شده است.	- جهت ارجاع به دندانپزشک ضرورتی به انجام مراقبت شرح حال اولیه بارداری پزشک نمی باشد و این ارجاع از مسیر ویزیت نیز میسر است.
- با توجه به ظاهر مادر (کوتاهی قد) و احتمال وجود مشکل اسکلتی عضلانی براساس گزارش زمان پذیرش مادر در بیمارستان جهت انجام زایمان و پزشکی قانونی، در معاینات فیزیکی مادر در واحد بهداشتی و مطب زنان بخش خصوصی به این مورد اشاره نشده و اقدامات لازم انجام نگردیده است.	- پیگیری تدوین و ابلاغ دستورعمل دانشگاهی اقدامات مورد نیاز در خصوص موارد کوتاهی قد شدید و احتمال وجود مشکلات اسکلتی عضلانی در مادر باردار توسط گروه زنان و زایمان از سوی معاونت بهداشت صورت گیرد.

Thank you



مریم جمشیدی

کارشناس واحد سلامت مادران

ستاد شبکه بهداشت و درمان شهرستان جرقویه

