



# آموزش برنامه های شیر مادر و بیمارستان های دوستدار کودک

مریم کاظمی

کارشناس برنامه های ترویج تغذیه با شیر مادر و بیمارستان های دوستدار کودک

# اجزای برنامه سلامت کودکان کشور

- مراقبت از کودک سالم
- مراقبت از کودک بیمار
- **ترویج تغذیه با شیر مادر**
- نوزادان
- نظام مراقبت مرگ کودکان

# ■ راهکارهای برنامه

- ◎ ارتقاء آگاهی گروه پزشکی و پیراپزشکی (متخصصین زنان ، کودکان ، تغذیه ، پرستاران و کلیه کارکنان بهداشتی و درمانی ) در زمینه اهمیت و روش های تغذیه با شیر مادر ، هم اتاقی مادر و نوزاد ، تغذیه تکمیلی و ....
- ◎ ارتقاء آگاهی گروه های ذیربط (معلمین ، دانش آموزان ، آموزشیاران نهضت سوادآموزی و مربیان مهد کودک)
- ◎ ارزیابی بیمارستان های دوستدار کودک
- ◎ برقراری خدمات حمایتی از مادران شیرده و اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر
- ◎ برقراری خدمات مشاوره ای برای مادران شیرده
- ◎ ارتقاء آگاهی جامعه
- ◎ ارتقاء کیفی خدمات و پایش و ارزشیابی برنامه

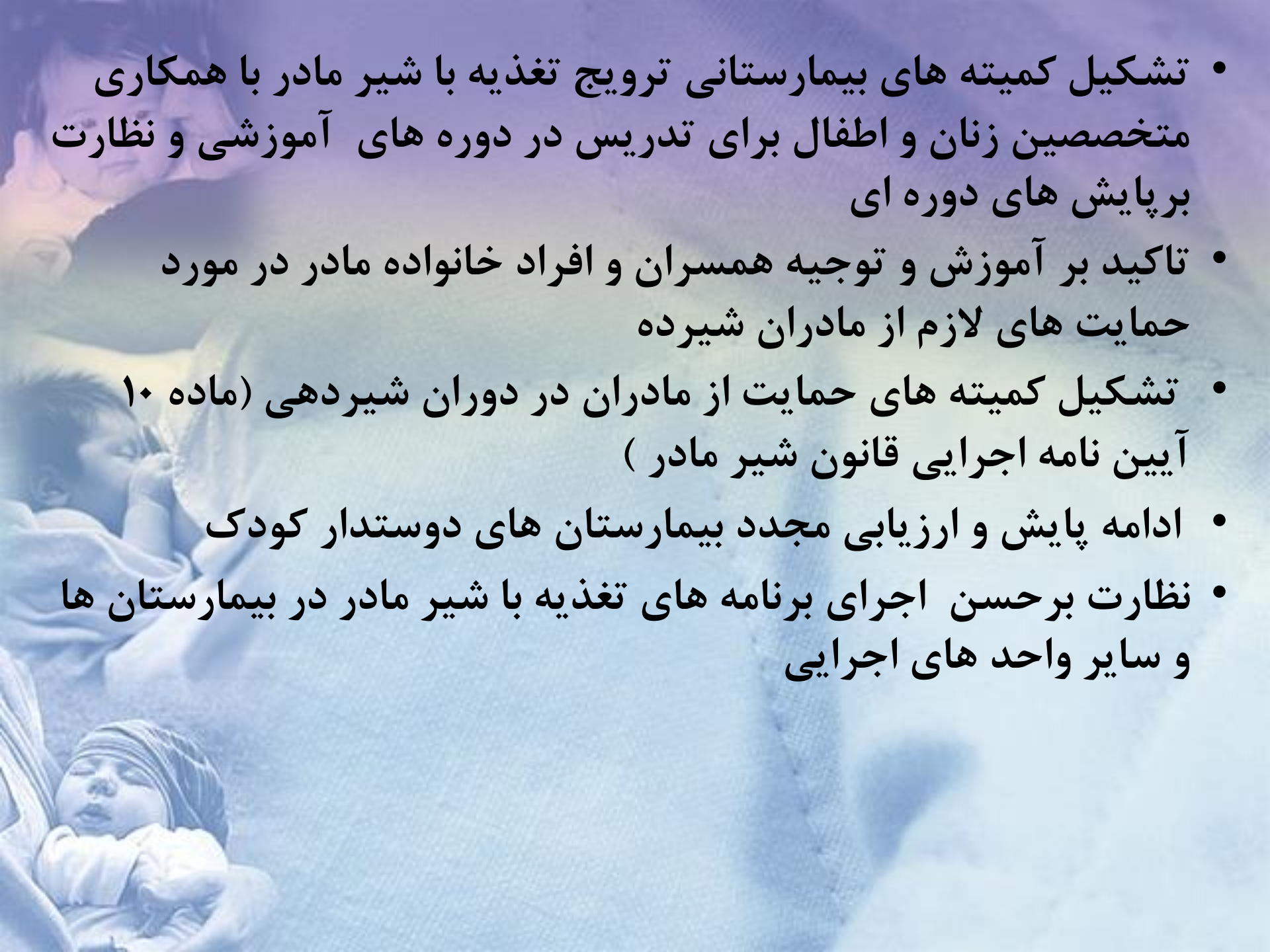


## فعالیت ها در برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

- برگزاری کارگاه های آموزشی شیر مادر برای کارکنان بهداشتی درمانی و پرسنل بیمارستان های مرتبط با مراقبت مادر و کودک

- برگزاری کارگاه های آموزشی مشاوره شیردهی جهت تقویت مهارت های مشاوره ای کارکنان و رفع مشکلات شیردهی مادران


- شرکت پزشکان عمومی ، دستیاران زنان و اطفال در دوره های آموزشی شیر مادر

- 
- تشکیل کمیته های بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر با همکاری متخصصین زنان و اطفال برای تدریس در دوره های آموزشی و نظارت برپایش های دوره ای
  - تاکید بر آموزش و توجیه همسران و افراد خانواده مادر در مورد حمایت های لازم از مادران شیرده
  - تشکیل کمیته های حمایت از مادران در دوران شیردهی (ماده ۱۰ آیین نامه اجرایی قانون شیر مادر )
  - ادامه پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک
  - نظارت بر حسن اجرای برنامه های تغذیه با شیر مادر در بیمارستان ها و سایر واحد های اجرایی



## سیاست های آینده برنامه شیر مادر


- .. ادامه کارگاه مشاوره شیردهی
- فرهنگ سازی و ارتقاء آگاهی های عمومی با همگامی رسانه های گروهی در ترویج تغذیه با شیر مادر
- همکاری بخش آموزش و پرورش برای احیاء و تداوم فرهنگ تغذیه با شیر مادر در نسل های بعدی
- تداوم امکان شیردهی مادران شاغل
- آموزش علمی ، عملی و کاربردی گروه پزشکی و پیراپزشکی در دوران تحصیل و ضمن خدمت برای کسب مهارت های لازم و مشاوره مفید با مادران
- . آموزش پدران



• ادامه سیستم پایش و ارزیابی ۱۰ اقدام در بیمارستانهای  
دوستدار کودک

• ادامه سیاست هایی جهت اجرای کد بین المللی  
بازاریابی جانشین شونده های شیرمادرو قانون ترویج  
تغذیه باشیرمادرو حمایت از مادران در دوران شیردهی  
در کلیه واحدهای تابعه و نظارت بر اجرای آن در جامعه

▪ تقویت ارتباطات و جلب همکاری کلیه سازمانهای  
دولتی ذیربط و حمایت از انجمنهای غیردولتی برای  
تشریک مساعی در پیشبرد اهداف



# وظایف ارائه دهندگان خدمات



1. پیگیری برگزاری کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر شهرستان و شرکت فعال

بعنوان دبیر کمیته

2. برگزاری کارگاههای آموزشی و بازآموزی جهت مشاورین شیر مادر و پرسنل

جدید الورود وسایر پرسنل درگیر

3. نظارت بر نحوه درخواست و توزیع شیر مصنوعی در شهر و روستا

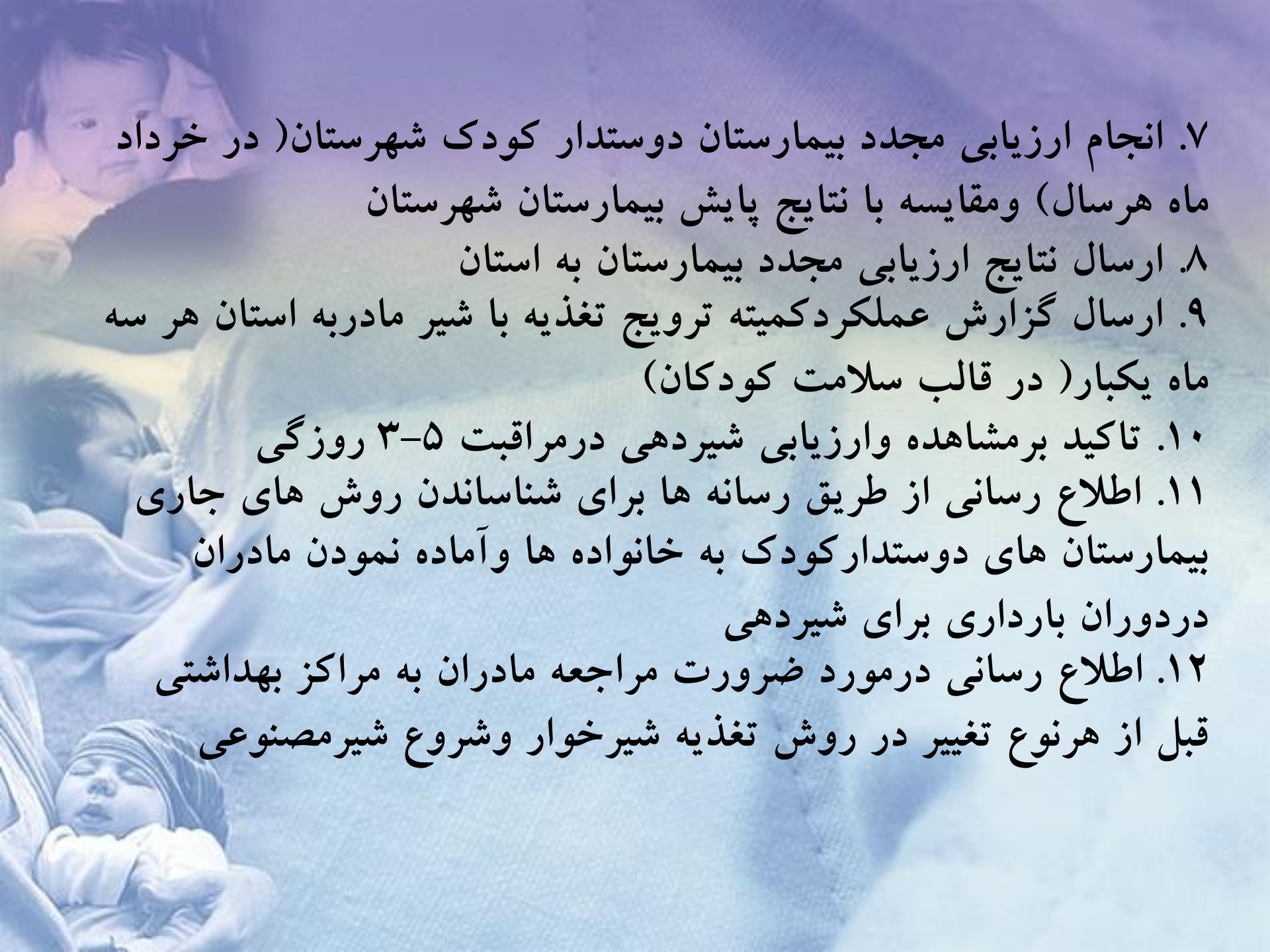
4. نظارت بر نحوه مصرف شیر مصنوعی در شهر و روستا و مطابقت با شاخص

کشوری

5. پیگیری برگزاری گرامیداشت هفته ترویج تغذیه با شیر مادر در شهرستان

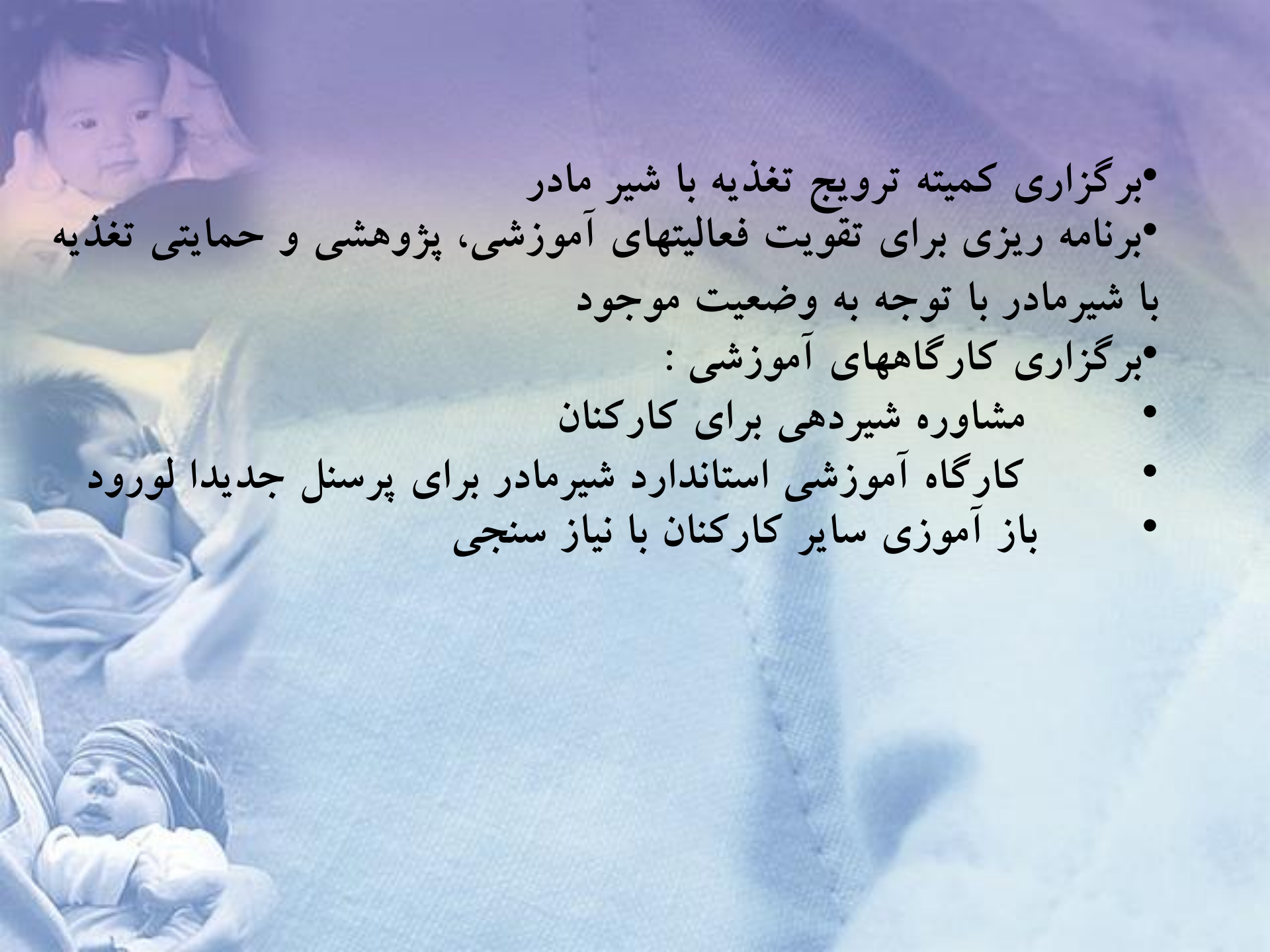
براساس شعار هر سال

6. شرکت فعال در کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر

- 
۷. انجام ارزیابی مجدد بیمارستان دوستدار کودک شهرستان (در خرداد ماه هر سال) و مقایسه با نتایج پایش بیمارستان شهرستان
  ۸. ارسال نتایج ارزیابی مجدد بیمارستان به استان
  ۹. ارسال گزارش عملکرد کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر به استان هر سه ماه یکبار (در قالب سلامت کودکان)
  ۱۰. تاکید بر مشاهده و ارزیابی شیردهی در مراقبت ۳-۵ روزگی
  ۱۱. اطلاع رسانی از طریق رسانه ها برای شناساندن روش های جاری بیمارستان های دوستدار کودک به خانواده ها و آماده نمودن مادران در دوران بارداری برای شیردهی
  ۱۲. اطلاع رسانی در مورد ضرورت مراجعه مادران به مراکز بهداشتی قبل از هر نوع تغییر در روش تغذیه شیرخوار و شروع شیر مصنوعی



•وظایف هسته آموزشی شهرستان در برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

A woman is holding a baby in her arms. The background is a soft, light blue color. The text is overlaid on the right side of the image.

• برگزاری کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر  
• برنامه ریزی برای تقویت فعالیتهای آموزشی، پژوهشی و حمایتی تغذیه

با شیرمادر با توجه به وضعیت موجود


• برگزاری کارگاههای آموزشی :

• مشاوره شیردهی برای کارکنان


• کارگاه آموزشی استاندارد شیرمادر برای پرسنل جدیدا لورود

• بازآموزی سایر کارکنان با نیازسنجی






• پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانهای دوستدار کودک  
• نظارت بر عملکرد پرسنل، آموزش آنان و نظارت بر پایش بیمارستان  
• شناخت نوزادان **high risk** تغذیه مصنوعی پس از تولد به منظور مراقبت ویژه  
(نظیر: زایمان اول، بدون حامی، چندقلو، نارس و بیمار، تغذیه مصنوعی فرزند قبلی  
(...)



• پیگیری تکمیل فرم مشاهده شیردهی و شرح حال برای شیرخوارانی که توصیه به  
تغذیه مصنوعی می شوند  
• اطلاع رسانی از طریق رسانه های محلی و برنامه ریزی به منظور آماده سازی  
مادران در دوران بارداری برای شیردهی  
• اطلاع رسانی در مورد ضرورت مراجعه مادران به مراکز بهداشتی قبل از هر نوع  
تغییر در روش تغذیه شیر خوار و شروع شیر مصنوعی  
• نظارت بر توزیع شیر مصنوعی و ساماندهی آن



## اعضای کمیته شیر مادر

- مدیر شبکه
- معاون بهداشتی
- معاون درمان شبکه (رئیس بیمارستان)
- متخصص اطفال شهرستان
- متخصص زنان شهرستان
- مسئول بهداشت خانواده شهرستان
- کارشناس برنامه کودکان
- مسئول گسترش شهرستان
- مسئول آموزش بهورزی شهرستان
- کارشناس تغذیه



## وظایف رئیس کمیته :


- اداره جلسات کمیته
- تقسیم کار و تعیین وظایف اعضاء کمیته
- تشکیل کمیته های فرعی کارشناسی
- تایید صورت جلسه کمیته و ابلاغ آن
- تعیین دبیر کمیته

## نظارت بر بیمارستان های دوستدار کودک و شاخص های مربوط به آن

### دستورالعمل اجرائی ترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستانهای دوستدار کودک (بخشهای زنان و زایمان – بخش های اطفال)

- ۱- سیاست مدون ترویج تغذیه با شیرمادر در معرض دید کارکنان نصب شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، پایش شود.
- ۲- کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت‌های لازم برای اجرای این سیاست آموزش ببینند.
- ۳- مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر و چگونگی شیردهی آموزش دهند.
- ۴- به مادران کمک کنند تا ظرف نیم ساعت اول تولد تماس پوست با پوست و ظرف یک ساعت تغذیه نوزاد با شیرمادر را شروع کنند و در بخش های اطفال برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که کمترین اختلال را در تغذیه از پستان مادر ایجاد نماید.
- ۵- به مادران روش تغذیه با شیرمادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (حتی هنگام جداشدن از شیرخوار) آموزش دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.





۶- به شیرخواران سالم کمتر از ۶ ماه بجز شیرمادر، غذا یا مایعات دیگر (آب، آب قند...) ندهند.

۷- برنامه هم اتاقی مادر و نوزاد را در طول شبانه روز اجرا کنند و در بخش های اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی و نیازهای فیزیکی و عاطفی مادران را تامین نمایند.

۸- مادران را برای تغذیه با شیرمادر بر حسب میل و تقاضای شیرخوار تشویق کنند و امکان دوشیدن مکرر شیر و ذخیره آن وجود داشته باشد.


۹- مطلقاً از شیشه شیر و پستانک استفاده نکنند.

۱۰- تشکیل گروههای حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروههای حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

# انتظارات از مدیران و معاونین شبکه ها در برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر:

- نظارت بر اجرای دستورالعمل ده اقدام موثر شیردهی در بیمارستان و واحدهای محیطی
- همکاری در برگزاری کارگاه آموزشی استاندارد شیرمادر برای پرسنل جدیدا لورود
- همکاری بازآموزی سایر کارکنان ارائه دهنده خدمات به مادر و کودک با انجام نیازسنجی
- شرکت فعال در کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر شهرستان
- تقویت کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر و هسته آموزشی شهرستان با جلب مشارکت و استفاده از مدرسین فعال و علاقمند و معتقد به برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر
- اطلاع رسانی از طریق رسانه ها برای شناساندن روشهای جاری بیمارستانهای دوستدار کودک و ضرورت مراجعه به مراکز بهداشتی قبل از هر نوع تغییر در روش تغذیه شیر خوار و شروع شیر مصنوعی (والاسیستم بهداشتی هیچ وظیفه ای برای تامین شیر مصنوعی یارانه ای را نخواهد داشت)



- 
- نظارت بر توزیع شیر مصنوعی و ساماندهی آن
  - پیگیری فعال کردن کمیته های بیمارستانی و ارائه راهکار برای جلب متخصصین زنان و کودکان جهت حضور در جلسات کمیته و همکاری در آموزش نحوه پایش و ارزشیابی کمیته پرسنل و نظارت بر پایش بیمارستان
  - تاکید بر انجام پایش و ارزیابی بیمارستانهای دوستدار کودک توسط کمیته بیمارستانی (سالانه ۲ بار)
  - پیگیری اجرای اقدام مداخله‌ای براساس نتایج پایش و ارزشیابی بیمارستان
  - ترویج زایمان ایمن و پیشگیری از مداخلات غیر ضروری که ایجاد مشکل در تماس اولیه مادر و نوزاد می کند.

# ضوابط و معیارهای توزیع شیر مصنوعی (موضوع تبصره ۲ ماده یک قانون ترویج تغذیه با شیر مادر)

1. مطلوب نبودن رشد شیر خوار (پس از مشاوره و تایید کمیته ترویج تغذیه شهرستان)
2. چند قلویی (چنانچه علیرغم تغذیه چند قلوها با شیر مادر رشد آنها مطلوب نباشد و به تایید کمیته شیر نیز رسیده باشد.)
3. بیماریهای مزمن و صعب العلاج مادر (با تایید پزشک متخصص)
4. مصرف داروها و مواد رادیو اکتیو توسط مادر (تایید پزشک)
5. جدایی والدین (در صورتیکه نگهداری شیر خوار بر عهده پدر باشد)
6. فوت مادر
7. فرزند خواندگی
8. رحم استیجاری





# مقدار شیر مصنوعی مورد نیاز شیر خوار

• **الف: در صورتیکه شیر خوار به طور کامل از شیر مادر محروم باشد :**

• تا پایان ۶ ماهگی هر ماه ۸ قوطی ۴۸ قوطی

• ماه ۷ و ۸ هر ماه ۶ قوطی ۱۲ قوطی

• ماه ۹ تا پایان ۱۲ هر ماه ۳ قوطی ۱۲ قوطی

• **ب: اگر به عنوان کمکی تجویز شود:**

• تا پایان ۶ ماهگی هر ماه ۴ قوطی ۲۴ قوطی

• ماه ۷ و ۸ هر ماه ۳ قوطی ۶ قوطی

• ماه ۹ تا پایان ۱۲ هر ماه ۲ قوطی ۸ قوطی

## انتظارات کمیته دانشگاهی شیر مادر از بیمارستان های دوستدار کودک

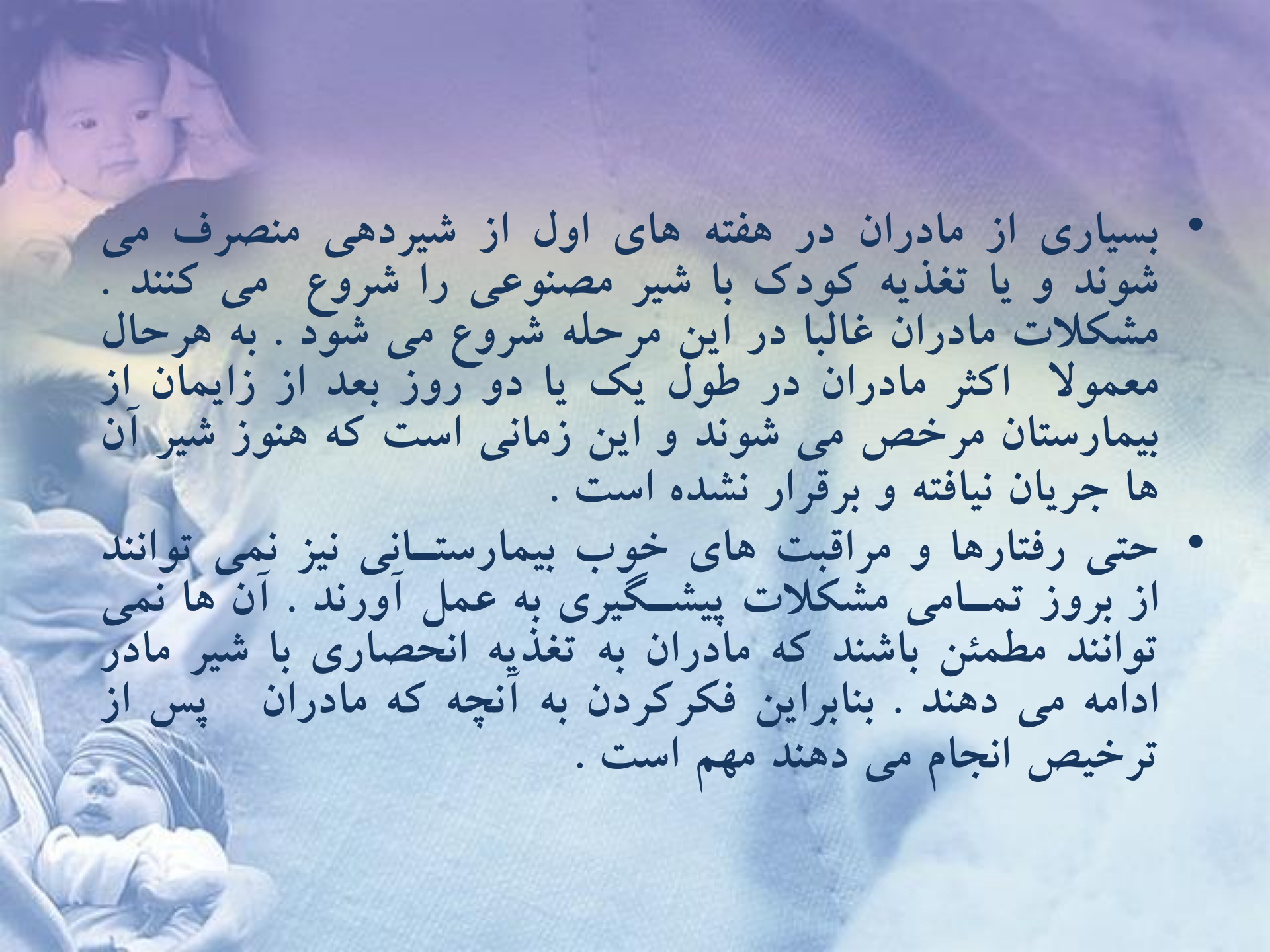
- تماس پوست با پوست مادر و شیرخوار در اولین لحظات تولد نوزاد و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول تولد در زایمان طبیعی و در زایمان سزارین به محض توانایی مادر در برقراری ارتباط با نوزاد ( حداکثر بیشتر از ۴ ساعت نشود )
- همکاری پرسنل ذیربط در اجرای ده اقدام موثر در شیردهی موفق
- مشاهده شیردهی مادر بر اساس فرم مربوطه
- تشخیص مشکل احتمالی در شیردهی
- ارزیابی اطلاعات مادر در زمینه تغذیه شیرخوار
- ارائه کمک عملی و اطلاعات مناسب به مادر بر اساس وضعیت و میزان آگاهی او
- آموزش همراهان به منظور جلب حمایت آنان از مادر شیرده
- آشنا سازی مادر و همراهان نسبت به مرکز مشاوره شیردهی
- معرفی فرد تازه زایمان کرده به واحد بهداشتی نزدیک محل سکونت



# تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده

- برای به ثمر رساندن اقدام دهم ، تشکیل گروه های حمایت از تغذیه با شیرمادر و معرفی مادران به آنان بعد از مرخصی از بیمارستان یا زایشگاه ، لازم و ضروری می باشد .

## چرا؟

A woman with dark hair is holding a baby in her arms. The baby is looking towards the camera. The background is a soft, out-of-focus light blue.

• بسیاری از مادران در هفته های اول از شیردهی منصرف می شوند و یا تغذیه کودک با شیر مصنوعی را شروع می کنند . مشکلات مادران غالباً در این مرحله شروع می شود . به هر حال معمولاً اکثر مادران در طول یک یا دو روز بعد از زایمان از بیمارستان مرخص می شوند و این زمانی است که هنوز شیر آن ها جریان نیافته و برقرار نشده است .

• حتی رفتارها و مراقبت های خوب بیمارستانی نیز نمی توانند از بروز تمامی مشکلات پیشگیری به عمل آورند . آن ها نمی توانند مطمئن باشند که مادران به تغذیه انحصاری با شیر مادر ادامه می دهند . بنابراین فکر کردن به آنچه که مادران پس از ترخیص انجام می دهند مهم است .

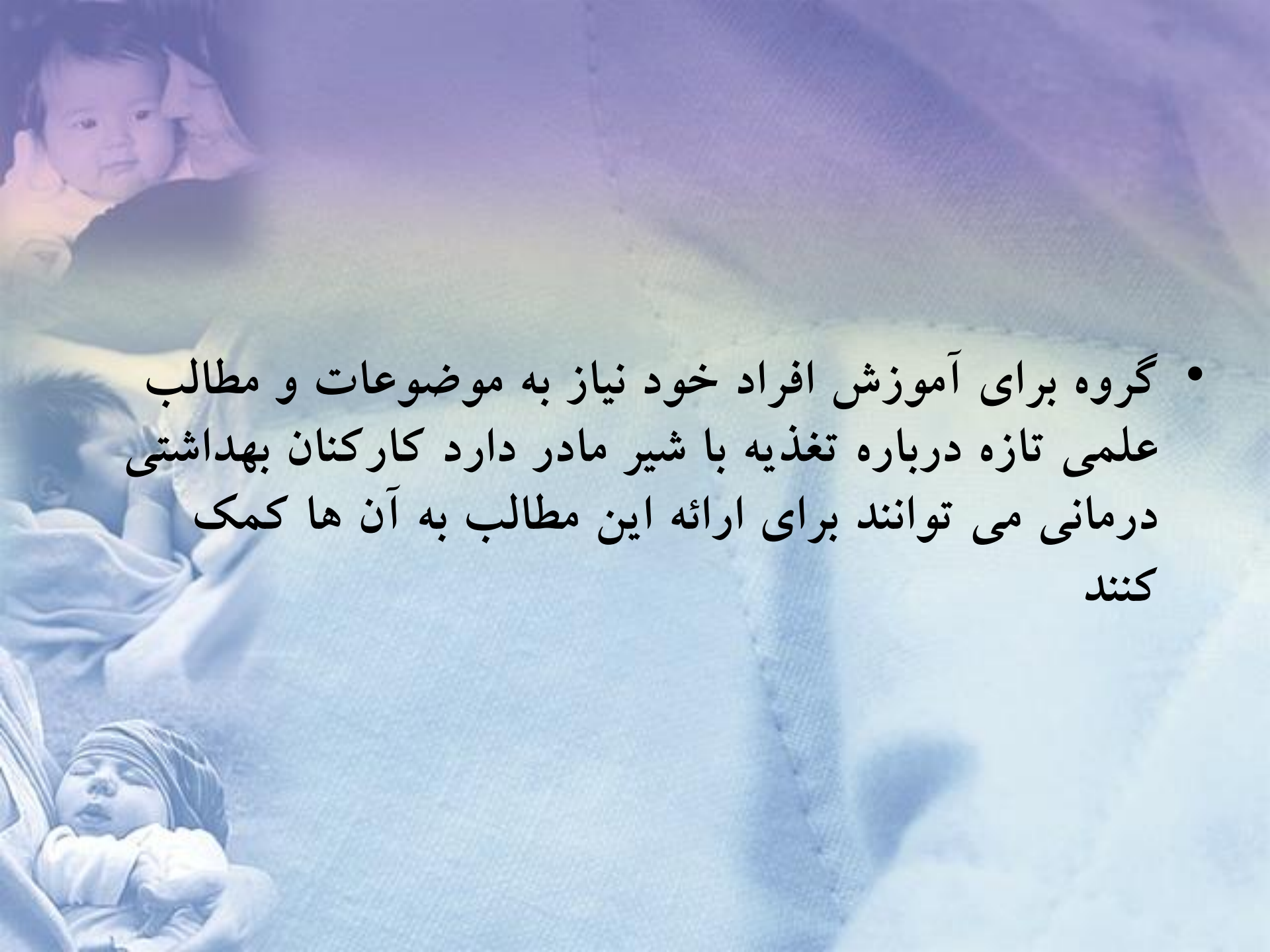


# شرح وظایف گروه های حمایت از مادران شیرده :

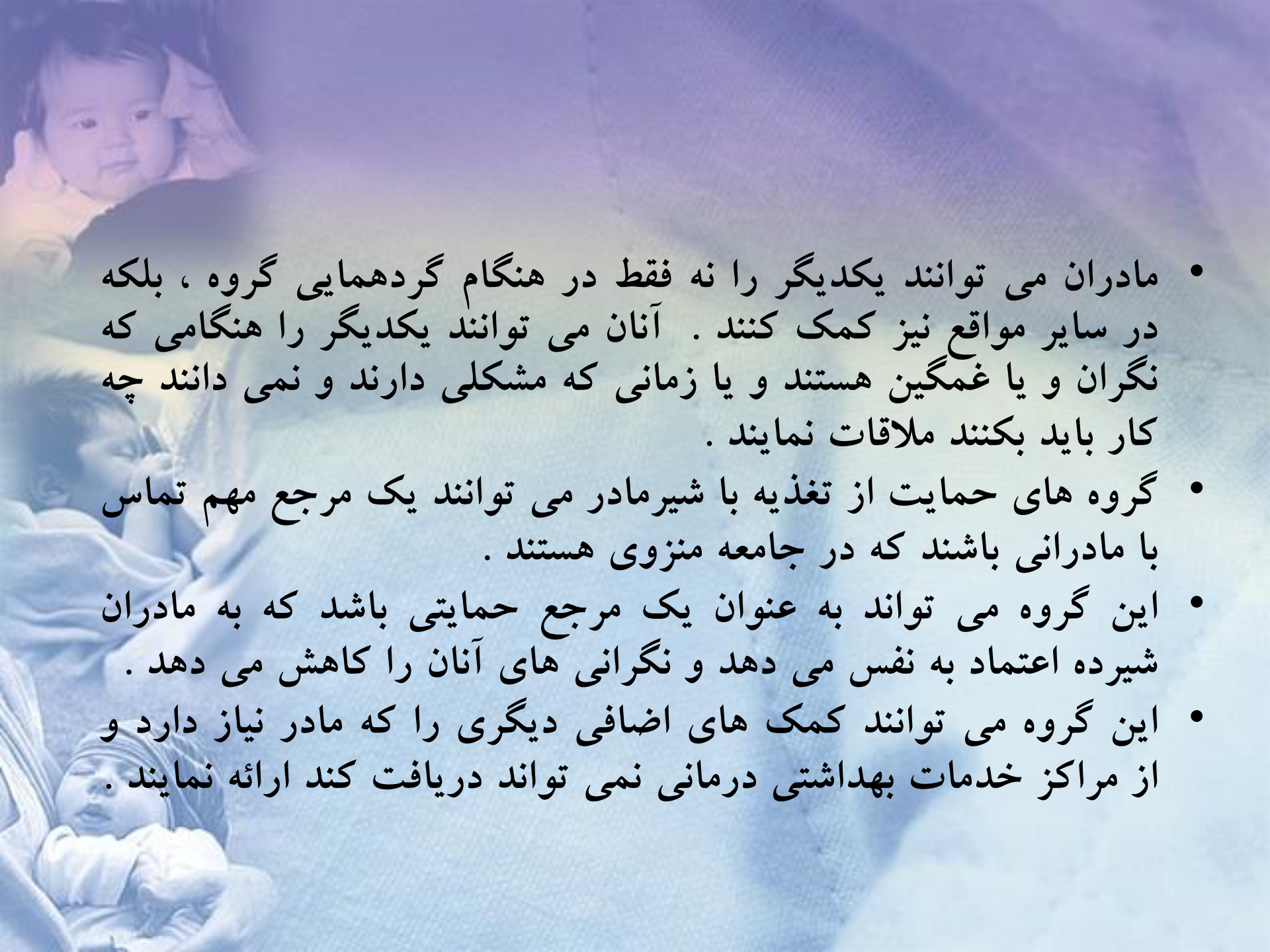
- \*گروه های حمایتی ممکن است به وسیله یک نفر از کارکنان بهداشتی درمانی با استفاده و به کارگیری از افراد ذیل تشکیل شود : یک گروه از مادران علاقه مندی که اهمیت تغذیه با شیرمادر را احساس می کنند یا به وسیله مادرانی که در مراکز بهداشتی یا زایشگاه ها آموزش دیده اند و یا مادرانی که داوطلب کمک به سایر مادران هستند .
- \*یک گروه از مادران شیرده که هر ۱ الی ۴ هفته ، در منزل یکی از مادران و یا مکان های دیگر با یکدیگر ملاقات می کنند . آنان می توانند هر بار موضوعی مثل ( مزایای تغذیه با شیرمادر ) و یا ( غلبه بر مشکلات شیردهی ) را با هم بحث کنند .
- \*آنان تجربیات خود را در اختیار یکدیگر می گذارند و با ایده های علمی و تشویق ، یکدیگر را برای غلبه بر مشکلات کمک می کنند آنان درباره چگونگی ساختمان بدن خود اطلاعات بیشتری به دست می آورند .

- \* گروه حامی نیاز به فردی دارد تا اطلاعات صحیح درباره تغذیه با شیرمادر را در اختیار آنان بگذارد . شخصی که بتواند هرگونه اندیشه اشتباه را تصحیح کند و راه حلی برای مشکلات ارائه دهد . این مساله کمک می کند تا خط مشی گروه صحیح باشد و شکایتی نیز نداشته باشند این فرد می تواند یکی از کارکنان بهداشتی درمانی و حتی یکی از افراد گروه باشد که به اندازه کافی درباره ایفای این نقش آموزش دیده است .



A woman is holding a baby in her arms, looking at the camera. In the foreground, another baby is lying down, wearing a headband. The background is a soft, out-of-focus light blue.

• گروه برای آموزش افراد خود نیاز به موضوعات و مطالب علمی تازه درباره تغذیه با شیر مادر دارد کارکنان بهداشتی درمانی می توانند برای ارائه این مطالب به آن ها کمک کنند

A woman with dark hair is holding a baby in her arms. The baby is looking towards the camera. The background is a soft, out-of-focus light blue.

• مادران می توانند یکدیگر را نه فقط در هنگام گردهمایی گروه ، بلکه در سایر مواقع نیز کمک کنند . آنان می توانند یکدیگر را هنگامی که نگران و یا غمگین هستند و یا زمانی که مشکلی دارند و نمی دانند چه کار باید بکنند ملاقات نمایند .

• گروه های حمایت از تغذیه با شیرمادر می توانند یک مرجع مهم تماس با مادرانی باشند که در جامعه منزوی هستند .


• این گروه می تواند به عنوان یک مرجع حمایتی باشد که به مادران شیرده اعتماد به نفس می دهد و نگرانی های آنان را کاهش می دهد .

• این گروه می تواند کمک های اضافی دیگری را که مادر نیاز دارد و از مراکز خدمات بهداشتی درمانی نمی تواند دریافت کند ارائه نمایند .



# قبل از ترخیص مادر از بیمارستان چه باید انجام داد :

- جویا شوید که چه کسی در خانه مادر را حمایت و کمک می کند و از چه حمایت هایی برخوردار است .
- - اگر امکان دارد با اعضای خانواده درباره نیازهای مادر گفتگو کنید.
- - ترتیب ملاقات مادر را در هفته اول پس از زایمان بدهید . این ملاقات باید شامل ارزیابی و مشاهده شیردهی بر اساس فرم مربوطه باشد . ( به علاوه کنترل معمول مادر را ۶ هفته پس از زایمان انجام دهید . )
- - مطمئن شوید که مادر می داند چگونه با کارکنان بهداشتی درمانی برای گرفتن کمک تماس حاصل نماید . اگر گروه های حمایت از تغذیه با شیرمادر در نزدیکی محل زندگی او وجود دارد ، او را به آنان ارجاع دهید . (نکته : پدر می تواند مرجع مهم حمایت از تغذیه با شیرمادر باشد . )

- 
- در رابطه با بیمارستان های دوستدار کودک کدام جمله صحیح است ؟
- الف) سیاست ترویج تغذیه با شیرمادر سالیانه دوبار پایش و یکبار ارزیابی می گردد .
  - ب) سیاست ترویج تغذیه با شیرمادر سالیانه دوبار ارزیابی و یکبار پایش می گردد .
  - ج) سیاست ترویج تغذیه با شیرمادر سالیانه چهاربار پایش و دوبار ارزیابی می گردد .
  - د) سیاست ترویج تغذیه با شیرمادر سالیانه چهاربار ارزیابی و دوبار پایش می گردد .

کدامیک از اهداف بیمارستان های دوستدار کودک نمی باشد ؟

- الف) اجرای ده اقدام موفق شیردهی
- ب) تاسیس مراکز آموزش مشاوره شیردهی در شبکه ها و تسریع در واحدهای ارائه خدمات
- ج) افزایش تعداد مادران شیرده و طول مدت شیردهی انحصاری تا پایان ۶ ماهگی
- د) ادامه تغذیه با شیرمادر همراه با غذای کمکی تا حداقل ۱ سالگی

کدامیک از ضوابط و معیارهای توزیع شیرمصنوعی نمی باشد ؟

- الف) دیابت مادر
- ب) هیپاتیت C
- ج) فرزند خواندگی
- د) مادری که در ماه ششم بارداری به سر می برد .





حداقل امتیاز ممکن در ارزشیابی بیمارستان های دوستدار کودک چقدر است ؟

الف ( ۶۰ امتیاز از ۶۵ امتیاز

ب) ۵۰ امتیاز از ۵۵ امتیاز

ج) ۴۰ امتیاز از ۴۵ امتیاز

د) ۳۰ امتیاز از ۳۵ امتیاز

در تعریف پایش و ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک ، کدام جمله غلط است ؟

الف ( پایش سیستمی برای جمع آوری اطلاعات مربوط به شاخص های اصلی اجرای ۱۰ اقدام در بیمارستان های دوستدار کودک می باشد.

ب) به کمک ارزیابی مجدد می توان به نقاط ضعف بیمارستان پی برده و برنامه ریزی لازم جهت رفع آن ها را تدوین نمود .

ج) در پایش میزان حمایت از مادران شیرده پس از زایمان و تغذیه شیرخوار مورد بررسی قرار میگیرد .

د) ارزیابی مجدد ، بررسی بیمارستان ها از نظر دستیابی به اهداف و میزان انطباق عملکرد آن ها با معیارهای اصلی دوستدار کودک می باشد .

## برنامه های ارتقا سلامت نوزادان





# برنامه بهبود کیفیت مبتنی بر شواهد EPIQ Evidence - based Practice for Improvements in Quality

دوره نوزادی یکی از حساسترین مراحل زندگی محسوب می شود و نوزادان در این مرحله بسیار آسیب پذیر بوده است کاهش مرگ نوزادی از شاخصهای مهم توسعه بهداشتی محسوب می گردد.

از آنجایی که علل مرگ نوزادی به ترتیب شامل دیسترس تنفسی، نارسی و ناهنجاری بدو تولد می باشد. لذا بررسی علل مرگ هر منطقه و ارایه مداخلات اجرایی جهت کاهش مورتالیتی و موربیدیتی در هر منطقه ضروری می باشد بررسی اطلاعات مراکز درمانی مجهز به بخش NICU در شهرهای مختلف و به کارگیری تجهیزات پیشرفته و در دسترس بودن متون مرجع و آموزشی در زمینه مراقبت های نوزادان، میزان کاهش مرگ و میر نوزادان از میزان قابل انتظار کمتر می باشد. این موضوع ضرورت وجود یک رویکرد سیستمیک و پایدار برای بهبود کیفیت برنامه ها، فرایندها و خدمات مراقبتی نوزادان برای دستیابی به سطح بالایی از کارایی، اثربخشی، بهبود پیامدها (کاهش مورتالیتی و موربیدیتی) و رضایت گیرندگان خدمت را نشان می دهد تجارب جهانی به ویژه در کشور کانادا نشان داده است که استفاده از روش بهبود کیفیت مبتنی بر شواهد EPIQ در کاهش مرگ و میر نوزادان بسیار موثر می باشد.

## بیان انتظارات

- ▶ با توجه به این که گروه هدف برنامه اپیک در مراکز خدمات جامع سلامت، ارائه دهندگان خدمت (پزشک / پزشک خانواده ، مراقب سلامت ماما، ماماهاى شاغل در مراکز تسهیلات زایمانی، مراقبین سلامت و بهورز) می باشد، لازم است پزشکانی که در دوره آموزشی شیوه نامه اپیک در تاریخ ۹۹/۱۰/۲۹ و ۱۴۰۰/۷/۲۹ شرکت نموده اند ضمن آموزش پرسنل مرکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش خود، نسبت به اصلاح برنامه تدوین شده با همکاری شرکت کنندگان در جلسه اقدام نموده و جهت بررسی و ابلاغ اجرای آن به ستاد شهرستان ارسال گردد.
- ▶ کارشناس سلامت کودکان برنامه های بهبود کیفیت تدوین شده یا اصلاح شده توسط مراکز و واحد های تابعه را از نظر تطابق با شیوه نامه بهبود کیفیت و قابل اجرا بودن مداخلات پیشنهادی در حوزه بهداشت بررسی نموده و ضمن ارسال پسخوراند، اجرای برنامه ابلاغ گردد.



## بیان انتظارات

- ▶ در برنامه پایش های محیطی، از تدوین و اجرا بهبود کیفیت آن مرکز نظارت به عمل آید.
- ▶ کارشناس سلامت نوزادان و کودکان ملزم می باشد با توجه به ابلاغ اجرای برنامه، شاخص های پیامد برنامه تدوین شده هر مرکز را، به صورت ۶ ماهه بررسی و نتیجه پیشرفت را به مرکز مربوطه ارسال نمایند.

## برنامه توانمند سازی والدین در مراقبت از نوزادان

► یکی از برنامه های اداره سلامت نوزادان، برنامه توانمند سازی والدین و مراقبین نوزاد می باشد . در این برنامه با استفاده از منابع آموزشی، آموزش های لازم به والدین و مراقبین کودک توسط اعضاء تیم سلامت در راستای دستیابی به اهداف برنامه ارائه می شود.

## محتوی آموزشی در خصوص توانمند سازی والدین

- ▶ قدم نورسیده مبارک
- ▶ ماساژ نوزادان و شیرخواران
- ▶ مراقبت آغوشی
- ▶ مراقبت و نگهداری از نوزادان نارس





## جدول گزارش آموزش های برنامه ریزی شده جهت مهارت آموزی کارکنان ( مراقب ماما- مراقب سلامت - بهورز ) در مراقبت از نوزاد در سه ماهه چهارم سال ۱۴۰۲

نام شهرستان	گروه هدف	عنوان آموزش برنامه ریزی شده در سه ماهه چهارم ۱۴۰۲	علت برگزاری آموزش		زمان پیش بینی شده جهت برگزاری آموزش
			نیاز سنجی بر اساس چک لیست	نیاز سنجی پایان سال ۱۴۰۱	

## رتینوپاتی ناری

- ▶ رتینوپاتی زودرس، یک بیماری پیشرونده عروق شبکیه است که از پیشرفت طبیعی عروق شبکیه تازه تشکیل شده جلوگیری می کند.
- ▶ رتینوپاتی نوزادی یک بیماری چند عاملی است که با کاهش سن حاملگی نسبت معکوس دارد . یعنی هرچه سن حاملگی پایین تر باشد احتمال ابتلا بیشتر است .
- ▶ موارد دیگر مانند آسفکسی شیرخواران با وضعیت بی ثبات، هیپوکسی و... هم در بروز بیماری تاثیر گذار ، است



## فرآیند و دستورالعمل اجرایی برنامه غربالگری رتینوپاتی

- بر اساس آخرین شواهد ملی، نوزادان با سن حاملگی از ۳۴ ( ۳۳ هفته و ۶ روز ) و کمتر یا وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر می بایست از نظر رتینوپاتی نارسا بررسی گردند .
- از این رو لازم است مراقبین سلامت در مراکز خدمات جامع سلامت، خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت، مطب ها و ..... در اولین مراجعه نوزاد از والدین درخصوص انجام معاینه چشم توسط چشم پزشک سوال شود و در صورت انجام نشدن معاینه به پزشک فوکال پوینت رتینوپاتی نارسا ارجاع شوند.

## فرآیند و دستورالعمل اجرایی برنامه غربالگری رتینوپاتی

- ▶ نوزادانی با سن حاملگی ۳۴ تا ۳۷ هفته جهت بررسی نیاز به انجام غربالگری رتینوپاتی، به فوق تخصص نوزادان ارجاع گردند. که لازم است مطابق با دستورالعمل استانی نحوه غربالگری نوزادان ۳۴-۳۷ هفته، نامه شماره ۱۲۳۳۶ اقدام شود.
- ▶ نوزادان با سن حاملگی بالای ۳۷ هفته و بیشتر و یا با وزن تولد بالای ۲۰۰۰ گرم و بیشتر نیازها هر شرایطی به غربالگری ندارند.

# مراکز معین جهت انجام غربالگری رتینوپاتی

- درمانگاه ROP دانشگاه: اصفهان- میدان قدس- ابتدای خیابان مدرس- مرکز آموزشی درمانی فیض- طبقه دوم- درمانگاه ROP- تلفن: ۰۳۱۳۴۴۵۲۰۳۱-۶- داخلی ۲۵۰ (روزهای شنبه و چهارشنبه از ساعت ۸:۰۰ الی ۱۲:۰۰)
  - مطب آقای دکتر غلامعلی نادریان: اصفهان- دروازه شیراز- خیابان چهارباغ بالا- خیابان بهار آزادی- ساختمان آزادی- طبقه ۳- تلفن: ۰۳۱۳۶۲۰۶۷۰۶ (صبح روزهای سه شنبه)
  - مطب خانم دکتر الهه شریفیان: اصفهان- میدان آزادی- خیابان دانشگاه- روبروی درب شمالی دانشگاه- کوچه ۱۱- مجتمع پردیس ۲- تلفن: ۰۹۹۰۱۸۵۱۴۳۳
- ▶ لازم است به والدین تأکید گردد قبل از مراجعه حضوری، از طریق تماس تلفنی جهت اخذ نوبت اقدام نمایند.



## شرایط ارجاع غربالگری رتینوپاتی ناری

شماره : .....۰۶/۱۱۱۹۰  
تاریخ : .....۱۳۹۹/۱۱/۰۶  
ساعت : .....۰۸:۱۴  
پیوست : .....ندارد



مرکز بهداشت استان اصفهان

رئیس محترم مرکز بهداشت شماره یک و دو اصفهان

مدیر / سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان.....

با سلام و احترام

باتوجه به گزارشات واصله از سوی معاونت محترم درمان مبنی بر عدم رعایت پروتکل پیگیری رتینوپاتی نوزادان نارس به کلینیک ROP بیمارستان فیض توسط برخی از شهرستان ها، شایسته است دستور فرمایید موارد زیر در پیگیری ها مورد توجه قرار گیرد:

- ۱- همراه داشتن برگه ترخیص یا معرفی نامه از بیمارستان محل بستری جهت (نوزادان با سن تولد ۳۴ هفته و کمتر) یا (وزن تولد ۲۰۰۰ گرم و کمتر)
- ۲- همراه داشتن معرفی نامه از فوق تخصص نوزادان جهت (نوزادان با سن تولد ۳۷-۳۴ هفته با وزن بالاتر از ۲۰۰۰ گرم)

دکتر کمال حدیری  
معاون بهداشتی و رئیس







## پایش مراقبت کودک پسر\*

در هر مراجعه به واحد بهداشتی درمانی / مطب / مرکز غربالگری کارت مراقبت کودک را به همراه داشته باشید.



نام و نام خانوادگی کودک: .....

تاریخ تولد: روز: ..... ماه: ..... سال: .....

کد ملی کودک: .....

کد ملی سرپرست کودک: .....

مشخصات زمان تولد: وزن: ..... قد: ..... دور سر: .....

هفته بارداری هنگام زایمان: .....

تلفن تماس: .....

تاریخ مراجعه بعدی: روز: ..... ماه: ..... سال: .....

- غربالگری پس از تولد، روز سوم تا پنجم انجام می شود و تکرار آن در ۶، ۲ و ۱۰ هفتگی پس از تولد انجام می شود.
- در صورت ترخیص، نوزادان تا رسیدن به وزن ۲۰۰۰ گرم، هفتگی مراقبت شوند و پس از آن در ۲، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸ ماهگی و سپس در ۲، ۵، ۲، ۳، ۴ و ۵ سالگی برای مراقبت کودک مراجعه کنید.
- در سنین ۲، ۴، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهگی و ۶ سالگی برای واکسیناسیون کودک خود مراجعه کنید.

**غربالگری های کودک**

نام یا مهر غربالگر	نیازمند ارجاع	نتیجه غربالگری	تاریخ انجام غربالگری	آزمون غربالگر
				هیپوتیروئیدی
				فتیل کتونوری
				شنوایی
				بینایی معاینه چشم (رتینوپاتی نوزادی / ROP)

# اطلاع رسانی در خصوص الزام به ثبت اطلاعات غربالگری در دفترچه نوزادان نارس

پیرو نامه شماره ۸۸۷۸ مورخ ۱۴۰۰/۱۰/۴، پیرامون درخواست تکمیل اطلاعات غربالگری رتینوپاتی نرسی در دفترچه مراقبت کودک (ویژه نوزادان نارس) توسط مراکز درمانی، شایسته است دستور فرمایید کارشناسان سلامت نوزادان و کودکان آن شهرستان ضمن نظارت بر حسن اجرای پیگیری و ارجاع نوزادان نیازمند به غربالگری، در صورت مشاهده عدم ثبت موارد پیشگفت توسط مراکز درمانی، مراتب را جهت پیگیری از طریق معاونت درمان به گروه سلامت نوزادان و کودکان این حوزه اعلام نمایند.



## بیان انتظارات

- ▶ ارائه دهندگان خدمت اطلاعات دقیق نوزادان را در فرم مربوطه ثبت و به صورت ماهیانه برای ستاد شهرستان ارسال نمایند.
- ▶ کارشناس سلامت نوزادان و کودکان ضمن بررسی فرم و مقایسه آن با سامانه سیب موارد تکراری یا اشتباه را حذف و امار اصلاح شده را طبق فرم جدول گزارش غربالگری رتینوپاتی نوزاد نارس ویژه ستاد شهرستان تکمیل و به صورت ۶ ماهه به ستاد استان ارسال نمایند.
- ▶ به منظور پوشش حداکثری غربالگری رتینوپاتی نوزادان نارس، لازم است موارد عدم مراجعه به پزشک ROP و عدم انجام غربالگری توسط پزشک ROP در هر شهرستان مورد بررسی قرار گیرد و نسبت به جهت طراحی و اجرای اقدامات مداخله ای برنامه ریزی شود

## بیان انتظارات

- ▶ در هنگام پایش برنامه سلامت نوزادان و کودکان به صورت حضوری و غیر حضوری ، لازم است کارشناسان سلامت نوزادان و کودکان ضمن نظارت بر پیگیری و شناسایی نوزادان نارس و ارجاعات انجام شده به کلینیک های ROP ، آگاهی خانواده ها را در خصوص اهمیت غربالگری رتینوپاتی مورد ارزیابی قرار دهند.
- ▶ نظر به این که از دیگر مشکلات مطرح شده در عدم مراجعه والدین به پزشک ROP ، مشکلات اقتصادی خانواده ها می باشد از این رو مطابق با نامه شماره ۱۰۲۳۵ مورخ ۲۳/۱۰/۱۴۰۰ ، لازم است به محض شناسایی نوزادان نیازمند غربالگری که خانواده آنان از نظر اقتصادی توانایی پرداخت ویزیت پزشک و یا هزینه ایاب و ذهاب را ندارند در اولین فرصتی که هنوز زمان طلایی انجام غربالگری وجود دارد به ستاد معاونت معرفی شوند.
- ▶ نظر به اهمیت طراحی و اجرای مداخلات کارشناس سلامت نوزادان و کودکان موظف می باشد نتایج غربالگری رتینوپاتی را به صورت سالیانه تحلیل و به واحد های محیطی تابعه ارسال نمایند.

## برنامه کمک به تنفس نوزاد HBB Helping Babies Breathe

- ▶ کمک به تنفس نوزاد به عامل زایمان نوزاد، آموزش می دهد که چگونه از نوزاد در زمان تولد مراقبت کند.
- ▶ کمک به تنفس نوزاد طراحی شده تا بخشی از برنامه مراقبت های اساسی نوزاد باشد.
- ▶ برنامه مراقبت های اساسی نوزاد، فعالیت های مهم مراقبت از نوزاد در روزهای اول تولد را پوشش می دهد. با این همه، آموزش تنها اولین گام برای دستیابی به هدف بهبود سلامت نوزادان است.
- ▶ با برنامه ریزی و انجام مهارت های کمک به تنفس نوزاد، شما اطمینان می یابید که هر نوزادی امکان و توانایی تنفس کردن در زمان تولد را خواهد یافت.



## بانک شیر مادران

- ▶ برنامه ریزی جهت برگزاری جلسات آموزشی در زمینه معرفی بانک شیر مادر به منظور افزایش سطح آگاهی و اطلاعات کلیه پرسنل در واحد های تابعه با اهداف آموزشی: آشنایی با اهداف راه اندازی بانک شیر مادر، روند فعالیت بانک شیرمادر، شرایط مادران اهدا کننده شیر، دریافت کنندگان شیر مادر و آگاهی از مسائل شرعی مرتبط با اهدای شیر
- ▶ برگزاری جلسات آموزشی بین بخشی برای سایر سازمان ها و ادارات مطابق با اهداف آموزشی بند یک به منظور افزایش سطح آگاهی عموم جامعه در زمینه بانک شیر مادر
- ▶ هماهنگی و نظارت بر برگزاری جلسات آموزشی در زمینه معرفی بانک شیر مادر و اهمیت راه اندازی آن جهت کلیه زنان تازه زایمان کرده، مادران شیرده و سفیران سلامت در مراکز، پایگاه ها و خانه های بهداشت مطابق با اهداف آموزشی

## بانک شیر مادران

▶ با توجه به این که آموزش مداوم و تشویق مادران به تغذیه نوزاد با شیر خودشان و ارائه مشاوره های صحیح در جهت رفع مشکلات پستان و شیردهی و پاسخ به سئوالات مادران، موجب کاهش نگرانی آنان و افزایش جذب اهداکنندگان می شود لازم است در تمامی مراقبت های شیرخواران زیر ۶ ماه ، تغذیه با شیرمادر توسط ارائه دهنده خدمت مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورت وجود مشکلات شیردهی و پستان نسبت به مداخلات آموزشی و پیگیری های لازم، اقدام شود.

▶ لازم است ترغیب و جذب مادران جهت اهدا شیر مادر به بانک شیر، در کلیه واحدهای محیطی تابعه ، و به طور ویژه در واحدهای مشاورشیر مادر صورت گیرد و در صورت جذب مادران اهدا کننده شیر مادر در واحدهای تابعه به غیر از واحدهای مشاوره شیردهی، مراتب جهت بررسی بیشتر و تعیین صلاحیت اهدا اولیه، به واحدهای مشاوره شیردهی شهرستان معرفی گردند.



## شاخص های مرگ نوزادان





▶ نظر به افزایش تولد نوزادان نارس در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در طی سال های اخیر و با توجه به افزایش میزان مرگ نوزادان در سال ۱۴۰۰ ، اولویت بندی مداخلات در جهت کاهش میزان مرگ نوزادان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حوزه بهداشت عباتند از:

1. برنامه ریزی و طراحی مداخلات به منظورافزایش پوشش مراقبت پیش از بارداری
2. برنامه ریزی و طراحی مداخلات به منظور شناسایی زنان نیازمند مراقبت ویژه از نظر بیماری های زمینه ای و نشاندار کردن آنان
3. برنامه ریزی و طراحی مداخلات به منظور ارتقاء سلامت زنان ۱۰-۵۴ ساله
4. برنامه ریزی و طراحی مداخلات به منظور بررسی کیفیت مراقبت های حین بارداری
5. برنامه ریزی و طراحی مداخلات جهت شناسایی مادران نیازمند مراقبت ویژه از نظر زایمان زودرس و اجرای اقدامات لازم
6. رعایت سطح بندی خدمات مادرو نوزاد با آموزش علایم خطر و زایمان در مادران در معرض زایمان زودرس و معرفی بیمارستان های سطح ۳ به این گروه از مادران جهت انجام زایمان

# کودک بیمار



مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال مانا

Medical Care Monitoring Center

برنامه MCMC

■ برنامه مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال (مانا) که بر پایه بسته خدمت استاندارد IMCI و نظرات کمیته علمی کشوری تدوین شده است ، با بهبود عملکردهای مراقبت کودک بیمار در سطوح مختلف ارائه خدمت، می تواند در کاهش مرگ و میر، عوارض بیماری ها، بهبود وضعیت تغذیه و اصلاح اختلال رشد در کودکان همراه با مدیریت هزینه و منابع موفق شود . همچنین خانواده ها را در درمان کودک در منزل درگیر می سازد تا زمینه های بیمار شدن کودک و یا غفلت از نشانه های خطر در جریان بیماری را به حداقل برساند.



## اهداف اختصاصی

■ ارتقای مهارت ها و اصلاح عملکرد کارکنان ارائه دهنده خدمات

■ بهبود سیستم های بهداشتی (دارو، ارجاع، نظارت، MIS)

■ بهبود رفتار و عملکرد خانواده و جامعه



# گروه هدف

کودکان زیر ۵ سال

## در دو گروه

- ❖ شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه
- ❖ کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله





## فرایند ارائه خدمت

### • ارائه خدمت ویزیت پزشک :

در صورت حضور پزشک ویزیت کودکان بیمار در مرکز/خانه/پایگاه بهداشتی توسط پزشک و بر اساس محتوای بوکت پزشک انجام می شود . در این فرایند مراقبین سلامت موظف به همکاری با پزشک در زمینه انجام برخی خدمات همراه از قبیل انجام پایش رشد، واکسیناسیون، مشاوره ها و پیگیری ها می باشند .

### • ارائه خدمت مراقبت غیر پزشک :

در صورت مراجعه کودک بیمار به پایگاه یا خانه بهداشت ، مراقب سلامت/ بهورز ، مراقبت کودک بیمار را بر اساس بوکت غیرپزشک مانا انجام می دهد و همچنین اگر در مرکز خدمات جامع سلامت ، به دلایل مختلف پزشک حضور ندارد مراقب سلامت موظف است در بدو ورود بیمار علائم خطر در کودک را کنترل کرده و سپس سایر ارزیابی ها را تکمیل نموده و اقدامات مربوط به هر طبقه بندی را انجام داده و ثبت کند .



## کدهای ثبت خدمات مراقبت ادغام یافته ناخوشی اطفال ویژه پزشک و غیر پزشک در سامانه سیب

کد خدمت پزشک	کد خدمت غیر پزشک	نام خدمت
۸۱۴۵	۸۱۵۶	ارزیابی کودک بیمار زیر دو ماه
۸۲۵۶	۸۲۵۹	پیگیری کودک بیمار زیر دو ماه
۸۱۴۱	۸۱۵۵	ارزیابی کودک بیمار بالای دو ماه
۸۲۵۵	۸۲۵۸	پیگیری کودک بیمار بالای دو ماه

## مسیر ثبت خدمات مانا در سامانه سیب توسط غیر پزشک

انتخاب خدمت گیرنده / ارائه خدمت / فهرست مراقبت ها / مراجعه با شکایت / مراقبت ناخوشی اطفال

• خدمت ارزیابی کودک بیمار تکمیل و پیگیری مطابق با بوکلت در زمان مقرر انجام و در سامانه با تکمیل "پیگیری کودک بیمار" ثبت گردد.

## مسیر ثبت خدمات مانا در سامانه سیب توسط پزشک

انتخاب خدمت گیرنده / ارائه خدمت /فهرست مراقبت ها / مراجعه با شکایت / کودکان پایلوت مانا

• خدمت ارزیابی کودک بیمار تکمیل و گزینه پیگیری برای دیگران جهت انجام پیگیری توسط بهورز / مراقب سلامت ثبت گردد.



## تامین و توزیع دارو های مانا

- تامین اقلام دارویی ضروری مانا (جدول ۱) در همه مراکز، پایگاه های بهداشتی حاشیه شهر ها و همه خانه های بهداشت ضروری است و تامین دارو های اورژانس مانا (جدول ۲) در خانه های بهداشت منتخب بر مبنای پیش بینی نیاز در شرایط خاص، موقعیت و دسترسی مناطق مختلف، بر اساس تصمیم معاونت بهداشت لازم است.
- خانه های بهداشت سطح استان که دسترسی به پزشک در آن ها بیش از یک ساعت می باشد :
- کلوسه و دورک از فریدونشهر در بهترین حالت ( دره بادام در شرایط آب و هوایی نامناسب بیشتر از یک ساعت )
- مصر از خورو بیابانک ۴۵ دقیقه
- باقر آباد از اردستان ۵۰ دقیقه



## جدول (۱) – دارو های ضروری مانا

ردیف	نام دارو
۱	شربت سولفات روی
۲	ORS
۳	شربت آموکسی سیلین ۲۵۰ میلی گرم
۴	شربت پنی سیلین V
۵	اسپری سالبوتامول
۶	قطره و شربت استامینوفن
۷	قطره نیستاتین
۸	پماد تتراسیکلین
۹	پماد سولفوستامید چشمی ۱۰٪
۱۰	قطره کلرورسدیم



## جدول (۲) - دارو های اورژانس مانا در پایگاه ها و خانه های بهداشت منتخب

ردیف	نام دارو
۱	آمپول سفتریاکسون
۲	آمپول آمپی سیلین ۲۵۰ میلی گرم
۳	آمپول جنتا مایسین ۲۰ میلی گرم
۴	آمپول دیازپام (مصرف رکتال)
۵	سرم قندی ۵٪
۶	سرم نرمال سالین



## بر آورد داروها

- **نکته:** در هر دانشگاه بر اساس وضعیت توزیع نیروها، سطح برخورداری از امکانات، تعداد داروخانه های منطقه، پراکندگی و شرایط جغرافیایی مراکز، وضعیت اجتماعی فرهنگی و میزان مراجعات به خانه ها و پایگاههای سلامت هر منطقه داروها بر اساس اصول تهیه و توزیع و نگهداری داروها تامین شود.
- ذخیره 10 تا 30 درصد + (تعداد داروی مصرفی سه ماهه مشابه سال قبل - تعداد موجودی دارو) = تعداد داروی درخواستی
- ذخیره ۳۰ درصد برای داروهایی که مصرف بیشتری دارد استفاده شود مثل استامینوفن
- **نکته:** با توجه به کم بودن موارد مصرف برخی داروها بخصوص داروهای تزریقی و آنتی بیوتیک ها لازم است به کنترل منظم تاریخ مصرف این داروها و مدیریت مصرف آن توجه شود.





- استخراج نتایج خدمات انجام شده در برنامه مانا به منظور بررسی وضعیت ثبت اطلاعات و بهبود کیفی ثبت خدمات در سامانه
- تاکید بر ارائه خدمات کودک بیمار توسط پزشک و در صورت عدم حضور پزشک به هر دلیلی ارائه خدمات توسط غیر پزشک و ثبت دقیق در سامانه سیب
- انجام پیگیری ها مطابق با دستورالعمل و اطمینان از بهبود شیر خوار و کودک و ثبت نتایج در سامانه سیب
- نظارت بر حسن اجرای فرایندهای خدمت
- برگزاری جلسات بازآموزی با توجه به نیاز ارائه دهندگان خدمت
- آموزش والدین در خصوص علایم خطر فوری ، نشانه های خطر و نحوه درمان خانگی و توصیه های تغذیه ای در بیماری و ....
- راستی آزمایی اطلاعات و در صورت صحت ورود اطلاعات ، ارائه مداخلات با توجه به مشکلات شایع و پیگیری تا حصول نتیجه

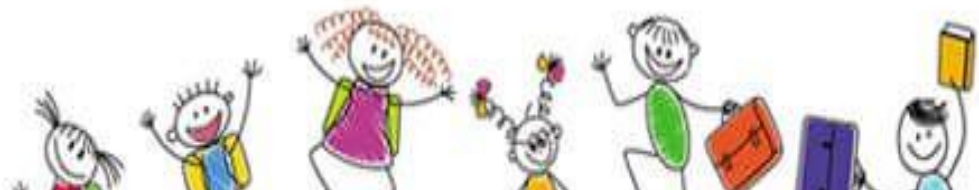
## پیگیری کودکان پرخطر با سامانه mcmc

- اداره سلامت کودکان با هماهنگی و همکاری سازمان اورژانس کشور، دسترسی معاونت های بهداشتی دانشگاهها به سامانه مرکز هدایت و پایش داده های مراقبت های درمانی "MCMC" را فراهم آورده است؛ تا از این طریق از داده های مربوط به کودکان بیمار بستری شده در بیمارستان ها برای پیگیری وضعیت این کودکان استفاده شود .
- قطعا این اقدام در افزایش سهولت و دقت در پیگیری کودکان بیماری که به بیمارستان ها ارجاع یا انتقال داده شده اند تاثیر گذار خواهد بود .
- در فاز اول این برنامه، تاکید بر پیگیری موارد پرخطر می باشد .



## تعریف واژه ها

- **کودک پرخطر:** کودکان بیماری که با حداقل یکی از علائم خطر (تنفس منقطع یا غیر موثر، سیانوز مرکزی، اختلال هوشیاری، تشنج در زمان مراجعه، تنفس خیلی تند، تو کشیدگی قفسه سینه و ...) و یا با اعزام و انتقال در بیمارستان بستری می شوند.
- **مداخله:** هر گونه اقدام یا تصمیم تشخیصی و درمانی یا اجتماعی که بر اساس داده های فرم ثبت اطلاعات برای بهبود بیماری کودک انجام می شود.
- **پیگیری:** پیگیری فعال و مستمر وضعیت کودک بیمار در حین و پس از بستری که به منظور ادامه درمان، تسریع در روند بهبودی، پیشگیری از عوارض بیماری، توانبخشی و بستری مجدد توسط کارشناس مرگ داخل بیمارستانی (در طول مدت بستری در بیمارستان) و کارشناس بهداشت شهرستان انجام می شود و نتایج آن باید در سامانه mcmc و پرونده الکترونیک کودک ثبت شود.



## شرح وظایف کارشناس کودکان

- کنترل روزانه سامانه و بررسی موارد ثبت شده به عنوان پرخطر
- بررسی محتوای فرم تکمیل شده و کنترل ثبت همه موارد ضروری (اطلاعات فردی، آدرس، شکایت و علائم بالینی مهم بیمار، تشخیص اولیه و مداخلت نهایی)
- نظارت، کنترل و تعامل با مسئول ثبت فرم در بیمارستان برای بررسی تعداد فرم های ثبت شده، خوانده شده، مداخله ها و پیگیری های ثبت شده
- پیگیری همه موارد پرخطر (انجام این پیگیری بر حسب نوع مداخله می تواند به مراقب سلامت سپرده شود)
- ثبت مداخلت و پیگیری های الزم در سامانه MCMC با همکاری کارشناس مرگ داخل بیمارستان (در مواردی مثل بستری های بیش از ۵ روز یا موارد ترخیص قبل از بهبودی، ترخیص با رضایت شخصی و هر گونه اختلالی که در روند درمان بیمار پیش آمده است)
- ثبت نتایج پیگیری ها به عنوان پسخوراند در فرم های مانا در سامانه پرونده الکترونیک (توسط مراقبین سلامت)
- نظارت بر ارائه خدمات مورد نیاز مراقبتی و آموزشی پس از ترخیص بر اساس بسته های خدمت کودک سالم و مانا (توسط مراقبین سلامت مربوطه)
- انجام پیگیری های لازم در صورت نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر تخصصی
- انجام اقدامات مداخله ای و ثبت در نظام مراقبت مرگ در صورت وقوع مرگ و طرح در کمیته بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه





## فرآیند ثبت کودکان پرخطر در سامانه mcmc در بیمارستان

- فرآیند ثبت فرم کودک پرخطر از اولین بخشی که کودک پذیرش و بستری میشود آغاز میشود. مسئول ثبت کودک پرخطر بر اساس شرایط بیمارستان و برنامه کاری خود ظرف ۲۴ ساعت کودک را در بخش های بستری یا اورژانس شناسایی و اطلاعات فرم با استفاده از پرونده بیمار تکمیل می شود.
- در طول مدت بستری اگر اتفاق خاصی در روند تشخیص یا درمان برای بیمار رخ میدهد به عنوان مداخله ثبت شود. و در صورت لزوم در کمیته های بیمارستانی مرتبط مطرح شود.
- در صورت فوت کودک ضمن ثبت اطلاعات در سامانه مرگ و میر وزارت بهداشت، پرسشنامه های د- ب- ج و... تکمیل و در اولین فرصت کمیته مرگ و میر برگزار شود.
- در صورت اعزام کودک، اطلاعات لازم (دلایل اعزام و دستورات حین انتقال) در قسمت تعیین تکلیف وارد شده و با کارشناسان مقصد هماهنگی شود
- در صورت ترخیص با رضایت شخصی چنانچه مداخله ایی برای پیشگیری انجام شده است، ثبت مداخله شده و در نهایت اطلاعات لازم ( دلایل ترخیص و دستورات پس از ترخیص) در قسمت تعیین تکلیف وارد شود.
- در صورت بهبودی کودک دستورات پس از ترخیص در قسمت تعیین تکلیف ثبت شود.



- به منظور ثبت اطلاعات کودکان پرخطر بستری شده در سامانه MCMC با بیمارستان های تحت پوشش هماهنگی لازم به عمل آید.
- در فاز اول این برنامه تاکید بر پیگیری موارد با خطر شدید ( آیکون قرمز) بوده و لازم است تمام موارد با خطر شدید ثبت شده در هر بیمارستان توسط کارشناس کودکان آن شهرستان پیگیری و نتیجه پیگیری در سامانه MCMC قسمت پیگیری کارشناس کودکان ثبت گردد. لازم به ذکر است کارشناس کودکان از ثبت جملات تکراری برای اکثر کودکان مانند حال عمومی خوب می باشد / آموزش داده شد مشکل ندارد / مشکل ندارد / جواب نداد / با دستور دارویی مرخص شد خوداری نمایند و نتیجه پیگیری و اقدامات به صورت کامل ثبت شود .
- از آنجایی که ۱۸.۰۳ درصد از کودکان با خطر شدید تعیین تکلیف نشده اند ، به منظور ثبت دقیق اطلاعات در سامانه با رابطین بیمارستان هماهنگی به عمل آید .
- علل ترخیص با رضایت شخصی در کودکانی که با خطر شدید بوده اند بررسی و نسبت به رفع مشکلات ، مداخله طراحی و اجرا گردد.
- بررسی علت مراجعه کودکان با خطر شدید نشان دهنده آن است که بیشترین عامل مراجعه کودکان به بیمارستان، بیماری های قابل اجتناب از جمله بیماری های سیستم تنفسی، اسهال ، سوانح و حوادث به ویژه مسمومیت می باشد لذا لازم است مورد فوق در کمیته های کودکان شهرستان مطرح و نسبت به آموزش و حساس سازی پرسنل ارائه دهنده خدمت و تدوین راهکارهای مداخله ای به منظور پیشگیری از بروز موارد مشابه اقدام منطقه ای صورت پذیرد .
- بررسی مشکلات و نواقص موجود در ثبتیات سامانه MCMC در کمیته های مرگ شهرستان و ارائه راهکارهایی جهت رفع نواقص و پیگیری راهکار تا حصول نتیجه

## ضرورت برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان

- این شاخص تابعی از وضعیت کودکان، شبکه راه های روستایی، دسترسی به فوریت های پزشکی، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانواده و ... می باشد.
- کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی فقط بخش کوچکی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر کودکان را به خود اختصاص می دهد و همکاری سایر ارگان ها نیز الزامی است.

## تاریخچه

در سال ۱۳۸۵ اداره سلامت کودکان اقدام به تهیه و اجرای دستورالعمل نظام کشوری مراقبت از مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه نمود و در چهار دانشگاه پایلوت شد، سپس در سال ۱۳۸۶ در کل کشور به اجرا درآمد.

**هدف کلی :** کاهش مرگ و میر کودکان از طریق بررسی تاریخچه هر مورد مرگ از زمان بروز اولین علامت خطر تا فوت، با شناخت عوامل مساعد کننده و قابل مداخله مرگ و تهیه اقدامات مداخله ای به منظور پیشگیری از موارد مشابه

### چرا مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه

حدود ۹۵ درصد مرگ ها در بیمارستان روی می دهد لذا بیشتر مداخلات بیمارستانی خواهدبود لیکن از سال ۱۳۹۳ بحث مرگ نوزادان به معاونت بهداشتی نیز واگذار گردید.

## اهداف اختصاصی

- بهبود کمی و کیفی شاخص های مرگ کودکان در گروه های سنی مختلف ( نوزادان، زیر یکسال، ۱-۵۹ ماهه و زیر ۵ سال )
- بهبود کمی و کیفی در طراحی مداخلات بر اساس شاخص های محاسبه شده
- افزایش هماهنگی های بین بخشی با سازمان های مرتبط (نظام پزشکی، بهزیستی، هلال احمر، نظام مهندسی، آتش نشانی، شهرداری و ...) و جلب مشارکت آنان
- افزایش هماهنگی بین معاونت های مختلف دانشگاه علوم پزشکی به منظور دسترسی به اهداف



## سطوح برگزاری کمیته مرگ و میر کودکان ۵۹-۱ ماهه

### • سطح شهرستان

در غالب کمیته های شهرستانی و کمیته های بیمارستانی است که کمیته های بیمارستانی به صورت **ماه‌هیانه** و کمیته های شهرستانی به صورت **سه ماه** یکبار

### • سطح معاونت

کمیته ها در دو سطح معاونت درمان و معاونت بهداشتی به صورت **شش ماه** یکبار و مداخلات در سطوح مربوطه طراحی می شود

### • سطح دانشگاه

کمیته در سطح دانشگاهی به صورت **شش ماه** یکبار و مداخلات بین بخشی و مشکلات کمیته های دو سطح دیگر در این کمیته مطرح و در صورت لزوم تصویب می گردد.



## جدول مقایسه درصد علل مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه به تفکیک شهرستان ها در سال ۱۴۰۱

شهرستان نام	تاسلی	بیماری سیستم اداری	بیماری تنفسی	بیماری سیستم عصبی	بیماری سیستم عروقی	بیماری قلبی	بیماری سیستم قلبی عروقی	گوارشی	بیماری سیستم گوارشی	انگلی	بیماری های عفونی و انگلی	بیماری های متابولیک	غدد تغذیه و خونساز	بیماری ایمنی و سیستم	بیماری با منشأ تولد	حالات معین حوادث	سوانح و حوادث	سرطان	استفراغ اسهال و مادرزادی	ناهنجاری های مادرزادی	نامعلوم	اختصاصی	علل	تعداد کل مرگ ثبت شده
اردستان	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲	
اصفهان ۱	۰.۰	۰.۰	۲۰.۶	۱.۶	۱.۶	۱.۶	۱.۶	۷.۹	۰.۰	۹.۵	۰.۰	۴.۸	۳.۲	۴.۸	۱۷.۵	۶.۳	۶.۳	۰.۰	۹.۵	۰.۰	۱۲.۷	۰.۰	۶۳	
اصفهان ۲	۳.۶	۳.۶	۱۴.۳	۳.۶	۳.۶	۳.۶	۳.۶	۷.۱	۰.۰	۱۶.۱	۰.۰	۷.۱	۱.۸	۷.۱	۸.۹	۸.۹	۸.۹	۰.۰	۱۹.۶	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۵۶	
بویین و میاندشت	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
برخور	۰.۰	۰.۰	۱۲.۵	۶.۳	۶.۳	۶.۳	۶.۳	۱۲.۵	۰.۰	۱۸.۸	۰.۰	۶.۳	۰.۰	۶.۳	۱۸.۸	۱۸.۸	۶.۳	۰.۰	۱۲.۵	۰.۰	۶.۳	۰.۰	۱۶	
تیران و کرون	۰.۰	۰.۰	۲۸.۶	۱۴.۳	۱۴.۳	۱۴.۳	۱۴.۳	۰.۰	۰.۰	۱۴.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۴.۳	۰.۰	۱۴.۳	۰.۰	۱۴.۳	۰.۰	۷	
جرقویه	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲	
چادگان	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲	
خمینی شهر	۳.۳	۳.۳	۱۳.۳	۳.۳	۳.۳	۳.۳	۳.۳	۰.۰	۰.۰	۶.۷	۰.۰	۱۳.۳	۰.۰	۱۳.۳	۳.۳	۳.۳	۶.۷	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۶.۷	۰.۰	۳۰	
خور و بیابانک	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۰۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۳	
خوانسار	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۰۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱	
دهاقان	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۰۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱	
سمیرم	۰.۰	۰.۰	۲۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲۰.۰	۰.۰	۰.۰	۴۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۵	
شاهین شهر ومیمه	۰.۰	۰.۰	۵۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۴.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۴	
شهرضا	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۱.۱	۰.۰	۱۱.۱	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۴۴.۴	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۹	
فریدونشهر	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۵۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲	
فریدن	۰.۰	۰.۰	۶۶.۷	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲	
فلاورجان	۰.۰	۰.۰	۷.۱	۳.۶	۳.۶	۳.۶	۳.۶	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۰.۷	۰.۰	۱۰.۷	۱۷.۹	۱۰.۷	۱۰.۷	۰.۰	۱۷.۹	۰.۰	۳.۶	۰.۰	۲۸	
کوهپایه	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۶۶.۷	۰.۰	۳۳.۳	۰.۰	۳	
گلپایگان	۰.۰	۰.۰	۲۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۴۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۵	
لنجان	۰.۰	۰.۰	۳۵.۷	۱۴.۳	۱۴.۳	۱۴.۳	۱۴.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۴	
مبارکه	۷.۱	۷.۱	۳۵.۷	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۴.۳	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۴	
نابین	۰.۰	۰.۰	۵۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۵۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۴	
نجف آباد	۰.۰	۰.۰	۲۵.۶	۷.۷	۷.۷	۷.۷	۷.۷	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۱۵.۴	۰.۰	۲.۶	۰.۰	۳۸	
نطنز	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲	
ورزنه	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲۰.۰	۲۰.۰	۲۰.۰	۲۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۴۰.۰	۰.۰	۰.۰	۲۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۵	
هرند	۶۶.۷	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۰.۰	۳	
تعداد دانشگاه	۶	۷۰	۱۳	۱۹	۱۹	۱۹	۱۹	۳۳	۱۹	۳۳	۳۳	۱۹	۴	۱۹	۴۹	۱۹	۱۹	۷	۵۷	۴	۱۸	۰.۰	۳۳۶	
درصد دانشگاه	۱.۸	۲۰.۸	۳.۹	۵.۷	۵.۷	۵.۷	۵.۷	۹.۸	۵.۷	۹.۸	۹.۸	۵.۷	۱.۲	۵.۷	۱۴.۶	۵.۷	۵.۷	۲.۱	۱۷.۰	۱.۲	۵.۴	۰.۰	۱۰۰	



**نمونه فرم های آماری، پرسشنامه ها و چک لیست های**

**بررسی مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه**







## نحوه انطباق داده های مرگ نوزادان و کودکان

- آمار دریافتی از شهرستان ها ( نوزادان به صورت فصلی - مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه به صورت ماهیانه)
- سامانه ایمان - نوزادان - سالیانه یکبار در فروردین و اردیبهشت
- سامانه نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه - به صورت فصلی
- سامانه نظام ثبت و طبقه بندی علل مرگ - واحد آمار - فصلی

## اطلاعات اولیه مرگ کودکان

<input type="text"/>	دانشگاه محل فوت:
<input type="text"/>	شهرستان محل فوت:
<input type="text"/>	بیمارستان محل فوت:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	کد متوفی:	<input type="text"/>	نام متوفی:
<input type="text"/>	نام خانوادگی متوفی:	<input type="text"/>	کدملی متوفی:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ساعت فوت:	<input type="text"/>	تاریخ فوت:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ساعت تولد:	<input type="text"/>	تاریخ تولد:	<input type="text"/>
<input type="radio"/> پسر	<input type="radio"/> دختر	جنس متوفی:	<input type="text"/>	سن متوفی (ماه):
<input type="radio"/> غیر ایرانی	<input type="radio"/> ایرانی	ملیت متوفی:	<input type="text"/>	مکان وقوع فوت:
<input type="radio"/> سایر/غیر ساکن	<input type="radio"/> روستا	<input type="radio"/> شهر	محل سکونت:	نام دانشگاه محل سکونت:
<input type="text"/>	شهرستان محل سکونت:	<input type="text"/>	علت مرگ گروه بندی اصلی:	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	علت مرگ زیرگروه اصلی:	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	علت مرگ زیرگروه زیرگروه:	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	سایر	<input type="text"/>

کد متوفی: [ ]

دانشگاه محل فوت:  
 شهرستان محل فوت:  
 بیمارستان محل فوت:  
 کد ملی متوفی:

۱- نام متوفی: [ ] نام خانوادگی متوفی: [ ]  
 ۲- سن متوفی هنگام فوت (برحسب ماه): [ ]  
 ۳- تاریخ تولد متوفی: [ ]  
 ۴- تاریخ کفوف فوت: [ ] ساعت وقوع فوت: [ ]  
 ۵- جنس متوفی:  دختر  پسر  عیلت متوفی:  زنی  مردی  دیگری  
 ۶- منطقه سکونت:  شهری  روستایی  عشقار  
 ۷- وضعیت حضور متوفی در خانواده: [ ]  
 ۸- میزان تحصیلات مادر/ مراقب متوفی: [ ]  
 ۹- آیا مرگ کودک در اثر حادثه بوده است؟  پلی  خیر  
 ۱۰- تاریخ وقوع حادثه: [ ] ساعت وقوع حادثه: [ ]  
 ۱۱- محل وقوع حادثه: [ ]  
 ۱۲- کودک کدامیک از علائم زیر را [ ] (قبل از مراجعه) داشت؟  
 زمان مشاهده اولین علامت: [ ] تاریخ: [ ] ساعت: [ ]  
 مشکل بودن تنفس  عدم توانایی نوشیدن (شیر یا مایعات)  تشنج در این بیماری  
 استفراغ بیش از حد هر چیزی  خواب آلودگی یا کاهش هوشیاری  خورتیزی  
 سایر  
 ۱۳- برای دردمان کودک (نوسان بار) قبل از وقوع حادثه، بابت چه کسی، اجتناب مرهمه کرد؟ [ ] در خانه بطلب هرگز نه تکلیفی تر با مرهمه را ثبت نماد  
 مراکز بهداشتی  مراکز بهداشتی  مرهمه و مراکز خصوصی  
 خانه بهداشت  درمانگرهای سنتی  به هیچکدام  
 ۲۱- محل فوت: [ ]  
 ۲۲- آیا تاکنون فرزندان دیگری در سن کمتر از ۵ سال در خانواده فوت کرده است؟  پلی  خیر  نمی دانم  
 ۲۳- داستان مرگ از زبان عاقل یا سرپرست کودک: (توضیحات اضافه تر)

## پرسشنامه ب

- ۱- پرسشنامه مربوط به بررسی سوابق خانوادگی است و از طریق پرسشگری از اعضا خانواده تکمیل می گردد.
- ۲- اطلاعات این پرسشنامه به منظور آگاهی از سن، جنس، ملیت، محل فوت، سوابق دریافت خدمات درمانی و ... مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۳- بخش اعظمی از اطلاعات محاسبه شاخص های مرگ و میر کودکان از طریق این پرسشنامه به دست می آید.
- ۴- حداکثر مدت زمان تکمیل این پرسشنامه ۱۴ روز پس از فوت کودک است که با مراجعه تیم پرسشگری شهرستان به درب منزل انجام خواهد شد.

### توجه:

**اعضای تیم پرسشگری شامل یک نفر پزشک و کارشناس سلامت کودکان**

**شهرستان می باشد.**

## پرسشنامه ج

- ۱- پرسشنامه مربوط به بررسی سابقه دریافت خدمات سرپایی در مراکز بهداشتی درمانی، کلینیک ها، مطب پزشکان و اورژانس های بیمارستان می باشد
- ۲- اطلاعات این پرسشنامه به منظور آگاهی از کیفیت ارائه خدمات در مراکز فوق الذکر و طراحی مداخلات ضروری می باشد.
- ۳- حداکثر مدت زمان تکمیل این پرسشنامه ۱۴ روز پس از فوت کودک است که با مراجعه تیم پرسشگری شهرستان به محل دریافت خدمت انجام خواهد شد.

پرسشنامه ج: مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی (اقدامات پزشکی) سرپایی به بیماری متوفی (۱-۵۹ ماهه)

کد متوفی: ۲۰۱۶۰۱۰۹۲۰۱۵۵۲۸۱۱۰۷۲۰۰۴۱۲۴۰۱

نام متوفی: \_\_\_\_\_ مدر: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی متوفی: \_\_\_\_\_ جدمان: \_\_\_\_\_

آخرین مرکز مراجعه شده: \_\_\_\_\_

نحوه پذیرش کودک: \_\_\_\_\_

آیا انتقال کودک توسط آیولانس صورت گرفت؟

۱- زمان ورود کودک به مرکز درمانی / اورژانس تاریخ: \_\_\_\_\_ ساعت: \_\_\_\_\_

۲- زمان خروج / فوت کودک از مرکز درمانی / اورژانس تاریخ: \_\_\_\_\_ ساعت: \_\_\_\_\_

۳- آیا کودک بیش از ۲ ساعت در مرکز یا اورژانس بوده است؟

۴-۱ کدام علامت خطر ثوری را داشته است؟  تنفس آهسته مرکزی ایسترس تنفسی شدید  تشنج  شوک  خنجر  معما

۴-۲ آیا تپا تا ز به خون و قرا آورده های خوبی بود؟  بلی  خیر

۴-۳ آیا اقدامات اولیه اجیا (CABD) انجام شد؟  بلی  خیر

۴-۵ آیا بعد از انجام اقدامات اجیا، کودک به بخش مراقبت های ویژه منتقل شده بود؟  بلی  خیر

۵- آیا علایم حیاتی بدو ورود در برهه شرح حال پرروده ثبت شده است؟  بلی  خیر

۶- آیا در بدو ورود تشاهات های خطر داشته است؟  بلی  خیر

۷- آیا ارجاع کودک به مرکز دیگری درخواست (توصیه) شده است؟  بلی  خیر

۸- آیا ارجاع به مرکز دیگری انجام شده است؟  بلی  خیر

۱۰- وضعیت خروج کودک از این مرکز سرپایی (اورژانس، مرکز درمانی، مطب و...) چگونه بود؟  \_\_\_\_\_

۱۱- در صورت فوت در مرکز، تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD۱۰ وزیر گروه های آن بنویسید: \_\_\_\_\_

علت مرگ گروه بندی اصلی: \_\_\_\_\_

علت مرگ زیرگروه اصلی: \_\_\_\_\_

علت مرگ زیرگروه ثانویه: \_\_\_\_\_

شماره تلفن تماس: \_\_\_\_\_ سمت: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی پرسشگر: \_\_\_\_\_

ثبت اطلاعات



# پرسشنامه د □ مخصوص بررسی کلی سوابق رسیدگی ( اقدامات پزشکی ) در بخش بیمارستان

متوفی □-۱- ۵۹ ماهه

## پرسشنامه د

- ۱- پرسشنامه مربوط به بررسی سوابق دریافت خدمات بستری قبل از فوت کودک می باشد.
- ۲- اطلاعات این پرسشنامه به منظور آگاهی از کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی و طراحی مداخلات به منظور پیشگیری از مرگ های مشابه ضروری می باشد.
- ۳- حداکثر مدت زمان تکمیل این پرسشنامه ۱۴ روز پس از فوت کودک است که در موارد مرگ خارج بیمارستانی با دریافت پرونده بیمارستانی و بررسی آن توسط پزشک تیم پرستگری شهرستان انجام خواهد شد.

کد متوفی: [۰۰۷۰۹۱۲۰۱۵۰۱۰۱۰۰۲۰۹۱۲۷۷۷]

نحوه پذیرش کودک: ...Select

۱- تاریخ ورود کودک به بخش: [ ] زمان ورود کودک به بخش: [ ]

۲- تاریخ خروج یا فوت کودک: [ ] زمان خروج یا فوت کودک: [ ]

۳- تاریخ اولین دستوریزشک: [ ] ساعت اولین دستوریزشک: [ ]

۴- تاریخ اولین اجرای دستور □: [ ] ساعت اولین اجرای دستور □: [ ]

۵- وضعیت بیمار دریندو ورود به بخش در گزارش یرستاری چگونه ثبت شده است? ...Select

۶- علائم حیاتی کودک دریدو ورودبه بخش: [ ]  تعداد تنفس: [ ] تعداد نبض: [ ] درجه حرارت: [ ] BP ماکزیمم: [ ] BP مینیمم: [ ]

۷- آیا تشخیص اولیه احتمالی در پرونده نوشته شده است?  ایلی  خیر

۸- آیا برگ شرح حال به صورت کامل نوشته شده است?  ایلی  خیر (سابقه بیماری، شرح کامل مدهله)

۹- آیا سابقه بیماری مزمن وجود داشته است?  ایلی  خیر

۱۰- آیا طی مدت بستری در بخش، وزن کودک طبق روتین بخش یا دستور پزشک ثبت شده است?  ایلی  خیر

۱۱- چگونه ثبت سیربیماری (بزشک) از نظر حال عمومی، علائم حیاتی و معاینه کودک □: ...Select

۱۲- آیا گزارش یرستاری در هر اجرای دستور از نظر اقدامات انجام شده، ثبت شده است? ...Select

۱۳- سیر بیماری کودک در طی بستری در بخش چگونه بوده است? ...Select

۱۳-۱ آیا برای کودک، اقدامات درمانی درخواست نشده است?  ایلی  خیر

۱۳-۲ آیا برای کودک، اقدامات تشخیصی خاصی درخواست نشده است?  ایلی  خیر

۱۴- آیا ارجاع کودک به مرکز/ بخش دیگری درخواست (توصیه) شده است?  ایلی  خیر

۱۵- آیا کودک قبل از فوت یا خروج از بخش علائم خطر فوری داشته است?  ایلی  خیر

۱۷-۱ آیا نیاز به خون و پلازما آورده های خونی بود?  ایلی  خیر

۱۷-۲ آیا برای کودک اقدامات احیا به موفق انجام شد?  ایلی  خیر

۱۷-۳ آیا دسترسی به وسایل اولیه احیا (کسیژن، مسکن، آمپولک مناسب داروهای احیا) مطلوب بود?  ایلی  خیر

۱۷-۴ آیا نیاز به دستگاه الکتروشوک بود?  ایلی  خیر

۱۷-۵ آیا تمامی پرسنل احیای کارگاه استاندارد احیای را طی □ سال گذشته گذرانده اند?  ایلی  خیر

## پرسشنامه ه : چک لیست تخصصی بررسی علت مرگ کودک ۱-۵۹ ماه در خارج بیمارستان

نام متوفی:	نام و نام خانوادگی متوفی:	سن:	کد متوفی:
		سن:	۲۰۱۵-۱۲-۰۱۳۱۰۰۰۰۰
<p>۱- آیا زمان مراجعه به بیمارستان مناسب بود؟</p> <p>۲- آیا اجرای اقدامات احیای کودک ( CPR ) مناسب و کامل بوده است؟</p> <p>۳- آیا اجرای اقدامات احیای کودک ( CPR ) به موقع بوده است؟</p> <p>۴- آیا دستورات پزشک (با توجه به علامه و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات تشخیصی مناسب و کامل بوده است؟</p> <p>۵- آیا دستورات پزشک (با توجه به علامه و تشخیص بیماری متوفی) برای اقدامات درمانی مناسب و کامل بوده است؟</p> <p>۶- آیا اجرای اقدامات تشخیصی به موقع بوده است؟</p> <p>۷- آیا اجرای اقدامات درمانی به موقع بوده است؟</p> <p>۸- آیا امکان اقدام تشخیصی دیگری برای بیمار وجود داشت؟</p> <p>۹- آیا این اقدام تشخیصی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟</p> <p>۱۰- آیا امکان اقدام درمانی دیگری برای بیمار وجود داشت؟</p> <p>۱۱- آیا این اقدام درمانی در بیمارستان محل وقوع فوت امکان پذیر یا در دسترس بود؟</p> <p>۱۲- آیا درخواست ارجاع بیمار به مرکز درمانی دارای امکانات بیشتر ضرورت داشته است؟</p> <p>۱۳- آیا کودک، نیاز به مراقبت خاصی داشته است؟</p> <p>۱۴- آیا تشخیص نهایی با توجه به علامه و یافته های بالینی و آزمایشگاهی صحیح بوده است؟</p> <p>تشخیص نهایی را براساس گروه بندی ICD10 و زیر گروه های آن بنویسید:</p> <p>علت مرگ گروه بندی اصلی:</p> <p>علت مرگ زیرگروه اصلی:</p> <p>علت مرگ زیرگروه زیرگروه:</p> <p>چه توصیه هایی برای پیشگیری از موارد مشابه مرگ دارند؟</p>			
		سن:	
		سن:	
		سن:	
نام خانوادگی تکمیل کننده پرسشنامه :		شماره تلفن تماس :	
		شماره نظام پزشکی:	

## پرسشنامه ه

- ۱- پرسشنامه تخصصی به منظور تعیین علت زمینه ای و اصلی مرگ کودک می باشد.
- ۲- اطلاعات این پرسشنامه به منظور آگاهی از مراجعه به موقع به مراکز درمانی جهت دریافت خدمات و تعیین علت مرگ می باشد.
- ۳- این پرسشنامه توسط پزشک متخصص عضو کمیته شهرستانی قبل از برگزاری کمیته از طریق بررسی مستندات پرونده ها ( خانوار و بیمارستانی ) و پرسشنامه های تکمیل شده توسط تیم پرسشگری شهرستان تکمیل و مهر و امضا می گردد.
- ۴- با توجه به اهمیت تعیین علت مرگ به منظور محاسبه شاخص ها، عدم تکمیل دقیق این پرسشنامه، طراحی مداخلات را در سطوح شهرستان، دانشگاه و کشور با مشکل مواجه خواهد کرد.

# چک لیست جمع آوری اطلاعات مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه ناشی از حوادث ترافیکی

ب- راننده دو چرخه یا موتور		سقوط از روی دوچرخه یا موتور به طول مشکلات وسیله، شکل جاده یا عدم نکت راننده (وسيله در حال حرکت باشد)		برخورد با نیرو یا وسیله ثابت در مقابل		برخورد با یک وسیله متحرک	
نمی‌تواند		سقوط یا برخورد در زمان انجام عملیات نمایشی		وسيله ثابت بوده ولی یک وسیله متحرک دیگر با آن تصادف کرده		سایر (شرح داده شود)	
ج- مسافر (سه چرخ، چهارچرخ و بالاتر)		خروج از جاده به علت عیب وسیله یا جاده یا عدم نکت / سرعت غیرمجاز		برخورد با نیرو یا وسیله ثابت در مقابل		برخورد با یک وسیله متحرک از روبرو	
سایر حالات		قتادن از درون وسیله متحرک به بیرون		جستجوی، وارپونگی یا جیبی کردن در درون جاده		وسيله ثابت بوده ولی یک وسیله متحرک دیگر با آن برخورد کرده	
				نمی‌تواند			
۷) مکان فوت را مشخص نمایید:							
الف) احکام حلقه		ب) تر راه انتقال		ج) تر مراکز درمانی		د) سایر (با ذکر نام)	
۸) چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود.							
۹) در صورتی که کودک عابر بوده آیا هنگام بروز حادثه کسی همراه او بوده است؟							
الف) ایلی		ب) خیر		الف) ایلی		ب) خیر	
۱۰) در صورت یلی این فرد بزرگسال بوده است؟							
۱۱) در صورتی که پاسخ سوال قبل یلی است فرد بزرگسال چه نسبتی با کودک داشته است؟							
الف) مادر		ب) پدر		ج) خواهر یا برادر		د) سرخاب کودک	
۱۲) نحوه خروج فرد مصدوم از موضع بروز حادثه:							
الف) توسط گروه آموزشی تپه امداد نجات		ب) سرانشین سایر خودریها		ج) خود فرد (خلیقه)		د) سایر (با ذکر نام)	
۱۳) مدت زمان طی شده برای انتقال فرد به اولین مرکز درمانی (از زمان وقوع حادثه تا رسیدن به اولین واحد درمانی به ساعت و دقیقه)							
الف) مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه پیشگیری از سوانح و حوادث ترافیکی در کودکان آموزش دیده اند؟		ب) ایلی		الف) ایلی		ب) خیر	
۱۴) آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه پیشگیری از سوانح و حوادث ترافیکی در کودکان آموزش دیده اند؟							
الف) سدا و سبما		ب) ایپیز		ج) کاربرد بهداشتی بجز ایپیز		د) جریده، مجله و...	
۱۵) در صورت دریافت، آموزش از چه طریقیتی بوده است؟							
الف) آیا این کودک قبلاً نیز دچار حادثه ای (ترافیکی یا غیرترافیکی) شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شده یا تداوم ذکر نام حادثه؟ (در صورتی که کودک سابقه مشکلات رفتاری داشته که در بروز حادثه موثر بوده است در این سوال عنوان شود)		ب) ایپیز		ج) کاربرد بهداشتی بجز ایپیز		د) جریده، مجله و...	
۱۶) آیا این کودک قبلاً نیز دچار حادثه ای (ترافیکی یا غیرترافیکی) شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شده یا تداوم ذکر نام حادثه؟ (در صورتی که کودک سابقه مشکلات رفتاری و پسر و مادر که در بروز حادثه برنی کودکانشان موثر بوده است در این سوال عنوان شود)							
۱۷) آیا در این خانوار تا کنون به جز این کودک، کودک دیگری نیز دچار حادثه (ترافیکی یا غیرترافیکی) شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شده یا تداوم ذکر نام حادثه؟ (در صورت وجود سابقه مشکلات رفتاری پسر و مادر که در بروز حادثه برنی کودکانشان موثر بوده است در این سوال عنوان شود)							

## باسمه تعالی

## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## سناریوی مرگ کودکان زیر ۵ سال ناشی از حوادث ترافیکی

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		نام مادر:	
تاریخ تولد:		تاریخ فوت:		سن کودک به ماه:	
سن پدر:		تحصیلات پدر:		تحصیلات مادر:	
تهرستان محل سکونت:		منطقه (تهیر / روستا):		تلفن تماس:	
آدرس محل سکونت:		تلفن تماس:			
وضعیت زندگی یا والدین:					
لقب زندگی یا پدر و مادر:		سایر زندگی یا مادر:		چ زندگی یا پدر:	
دا زندگی یا سایر فرقه خلیقه و بستگان:		دا مراکز نگهداری و حمایتی:		دا سایر (با ذکر نام):	
تاریخ وقوع حادثه:		۲) ساعت وقوع:			
مکان وقوع حادثه:					
الف) خیابان و مسیر نقل شهر:		ب) بزرگراه نقل شهری:			
ج) جاده بین شهری:		د) بزرگراه خارج شهر:			
ز) سایر نقل روستا:		ر) جاده روستایی:			
ز) سایر (با ذکر نام):					
وضعیت فرد در زمان وقوع حادثه:					
ج) اعبریانه:		ب) سرانشین مستلی جلوسین همراه:			
د) سرانشین مستلی جلو در آفوش مادر یا فرد بزرگسال:		د) سرانشین مستلی جلو یا بستن کمربند ایمنی یا فرار گرفتن در مستلی ایمن:			
ز) سرانشین مستلی پشت بدون همراه:		ر) سرانشین مستلی عقب در آفوش مادر یا فرد بزرگسال:			
ز) سرانشین مستلی عقب یا بستن کمربند ایمنی یا فرار گرفتن در مستلی ایمن:		ژ) سرانشین در پشت کلهون-سولت:			
س) سرانشین موتورسیکلت:		ش) سایر (با ذکر نام):			
د) نوع وسیله نقلیه:					
الف) دوچرخه:		ب) موتورسیکلت:		ج) سوری (با ذکر نام):	
د) ولت:		ذ) کلهون:		ر) تراکتور:	
ز) آمی بیوس:		ژ) فوجوس:		س) سایر (با ذکر نام):	
نوع حادثه:					
تصادف در سوزن روی بزرگراه یا جاده خارج شهر:		تصادف در سوزن روی خیابانهای معمولی:		تصادف در پیاده روی یا حاشیه خیابان یا جاده	
سایر (شرح داده شود):				نمی‌تواند	

# چک لیست جمع آوری اطلاعات مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه ناشی از حوادث غیر ترافیکی

۱۴) آیا در این خانوار تاکنون به جز این کودک، کودک دیگری نیز دچار حادثه (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) شده که منجر به دریافت اقدامات در مرکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شود؟ ذکر نام حادثه؟ (در صورت وجود سوابق مشکلات رفتاری پدر و مادر که در بروز حادثه برتری کودکان نشان موثر بوده است در این سوال عنوان شود)		
۱۵) از نظر شما عامل بروز حادثه چه بوده است؟		
الف) عدم وجود یعنی فضای داخل منزل	ب) عدم وجود یعنی فضای اطراف منزل	ج) عدم وجود یعنی در محیط تفریحی
د) ابی توجیهی مرگ کودک (ه) سایر (با ذکر نام)		
۱۶) آیا اقدامات اولیه انجام شده در موضع بروز حادثه کامل بوده است؟ (منظور رفتار خانواده و اطرافیان از نظر زمانی و نیز از نظر نوع اقدام است برای مثال اقدام در مورد مسمومیتها یا غرق شدگی)		
بله		خیر (با ذکر توضیح)
۱۷) نواقص محل زندگی، بازی، محیط آموزشی و... کودک در رابطه با این حادثه چه بوده است؟ (فیزیکی و ایمن ساختن محل نگهداری، ایمنی و بازی کودک)		

نام و نام خانوادگی تکمیل سمت تاریخ تکمیل کننده :

در تکمیل پرسشنامه فوق توجه به نکات ذیل ضروری است :

۱) سوالات به نحوی تدوین شده است که پاسخ سوالات ۱۴-۱ بر اساس نظرات مصاحبه شونده و سوالات ۱۷-۱۵ بر اساس نظرات مصاحبه کننده تکمیل می شود.

۲) پرسشگر در پاسخ به سوالات ۱۴ و ۱۳ ضمن ثبت نظرات مصاحبه شونده، بر اساس اطلاعات کسب کرده می تواند به وجود مشکلات رفتاری خاص در

باسمه تعالی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سناریوی مرگ کودکان زیر ۵ سال ناشی از حوادث غیر ترافیکی

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	نام مادر:
تاریخ تولد:	سن کودک به ماه:	کد ملی کودک:
تپهستان محل سکونت:	منطقه (شهر / روستا):	
آدرس محل سکونت:	تلفن تماس:	
وضعیت زندگی با والدین:		
۱) نوع حادثه: <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> مسمومیت <input type="checkbox"/> غرق شدگی <input type="checkbox"/> خفگی <input type="checkbox"/> سایر یا ذکر نام <input type="checkbox"/>		
۲) تاریخ وقوع حادثه:		
۳) مکان وقوع حادثه:		
الف) داخل محل سکونی محل زندگی کودک		
ب) در محیط تفریحی (پارک، رستوران، باشگاه، سینما، استخر و...)		
ج) محیط آموزشی یا نگهداری محبت کودک (سایر مکان...)		
د) در روزه و دریا یا در محل وقوع... ه) در سایر محیط ها یا ذکر نام مکان...		
۴) در هنگام بروز حادثه کودک چه فعالیتی داشته است؟		
الف) ایستادن		
ب) ایستادن		
ج) ایستادن		
د) ایستادن		
ه) ایستادن		
۵) در هنگام بروز حادثه چه کسی حضور داشته است؟		
الف) سایر		
ب) سایر		
ج) سایر		
د) سایر		
ه) سایر		
۶) چگونگی بروز حادثه بطور مختصر شرح داده شود؟		
۷) اقدامات انجام شده برای کودک حادثه دیده چه بوده است؟		
۸) نحوه خروج فرد مصدوم از محل بروز حادثه:		
الف) توسط گروه آموش دیده نجات		
ب) افراد عادی		
ج) خود فرد یا خانواده		
د) سایر (با ذکر نام)		
۹) در صورت خروج مصدوم توسط گروه امداد و نجات، حضور آنان در محل چند دقیقه پس از کسب خبر بوده است؟		
۱۰) مکان فوت را مشخص نمایید:		
الف) در محل حادثه		
ب) در راه نجات		
ج) در مرکز درمانی		
د) منزل		
ه) سایر (با ذکر نام)		
۱۱) آیا مادر یا مراقب اصلی در خصوص نحوه پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان آموزشی دیده اند؟		
بله		
خیر		
۱۲) در صورت دریافت آموزش، از چه طریق بوده است؟		
الف) صدا و سیما		
ب) تپهیز		
ج) کارنامه بهداشتی بچه بیز		
د) جرد، مطه و...		
ه) سایر (با ذکر نام)		
۱۳) آیا این کودک قبلاً نیز دچار حادثه ای (سقوط، سوختگی، مسمومیت و...) شده که منجر به دریافت اقدامات در مراکز بهداشتی درمانی یا بیمارستانی شده باشد؟ ذکر نام حادثه (در صورتی که کودک سوابق مشکلات رفتاری داشته که در بروز حادثه موثر بوده است در این سوال عنوان شود)		

## طبقه بندی علل مرگ

برخورد با اجسام یرتاب شده	برخورد بانبروهای مکانیکی بیجان	
برخورد با اشیاء تیز		
قرار گرفتن بین دوشی گازگرفتنگی		
فشار جمعیت یا کله		
لگد، شاخ و ضربه حیوانات		
غرق شدگی در حوض یا استخر	غرق شدن	
غرق شدگی دروان		
غرق شدگی در منابع آب طبیعی		
حلق آویز		
آسپیره محتویات معده/مواد غذایی	سایر حوادث انسداد تنفسی	
خفگی در بستر		
برخورد با جریان برق-اشعه و فشار هوای مصنوعی	برخورد با جریان برق-اشعه و فشار هوای مصنوعی	
دود	در معرض دود و شعله آتش	
آتش سوزی ساختمان و غیره		
سوختگی با مواد اشتعال زا		
تماس با آب جوشیده روی اجاق	تماس با آب داغ و حرارت	
تماس با آب شیر داغ		
تماس با مواد خوراکی داغ		

گروه اصلی	زیر گروه	زیر گروه زیر گروه	
حوادث و سوانح (علل خارجی مرگ و میر)	حوادث حمل و نقل	تصادف وسیله نقلیه با عابر	
		تصادف با وسیله نقلیه سنگین	
		تصادف دوچرخه و موتور با وسیله نقلیه	
	تماس با حیوانات و گیاهان سمی	گیاهان سمی	نیش مار
		نیش هزارپا	نیش عقرب
		نیش عنکبوت زهر دار	سپل
		طوفان	سایر
	در معرض بلایا و نبروهای طبیعت	صاعقه	زلزله
		مواد نفتی	داروها
		مسمومیت	حشره کش
	مسمومیت	مونوکسید کربن	بی آبی
		بی غذایی	سایر اشکال محرومیت
	محرومیت یا افزایش نیاز	سایر فاکتورهای حوادث	سایر فاکتورهای حوادث
		صدمه عمدی به خود	تجاوز-خشونت
	سایر فاکتورهای حوادث	تجاوز-خشونت	مداخلات قانونی و جنگ
مداخلات قانونی و جنگ		عوارض داروها	
صدمه عمدی به خود	عوارض داروها	عوارض ابزار تشخیصی	
	تجاوز-خشونت	عوارض جراحی	
مداخلات قانونی و جنگ	عوارض ابزار تشخیصی	سقوط از روی تخت	
	عوارض جراحی	سقوط از روی سطح یخی	
عوارض درمان طبی و جراحی	سقوط از روی تخت	سقوط از روی بام	
	سقوط از روی سطح یخی	سقوط از روی ولیچر	
	سقوط از روی بام	سقوط از روی داربست	
	سقوط از روی سطح یخی	سقوط از روی صخره	
	سقوط از روی ولیچر	شجره زدن	
	سقوط از روی داربست	سایر	
	سقوط از روی صخره	سقوط از روی نردبان	
	شجره زدن	سقوط از روی سطح لغزنده	
	سایر	سقوط از روی صندلی	
	سقوط از روی نردبان	سقوط از روی درخت	



آناسفال	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم عصبی	ناهنجاریهای مادرزادی و کروموزومی
میکروسفال	ناهنجاری های مادرزادی قلبی عروقی	
آنسفالوسل		
هیدروسفال		
آنومالی دیواره قلبی		
آنومالی دریچه قلبی	ناهنجاری های مادرزادی سیستم تنفسی	
آنومالی عروقی		
آنومالی برونش		
آنومالی لارنکس		
آنومالی ریه	لب شکری و شکاف کام	
لب شکری و شکاف کام		
آنومالی دستگاه گوارش و کبد	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم گوارشی	
نقص انسدادی	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اداری	
آزتری کلیه		
کلیه پلی کستیک		
CDH	ناهنجاریهای مادرزادی سیستم اسکلتی عضلانی	
سایرناهنجاریهای مادرزادی	سایرناهنجاریهای مادرزادی	
چشم، گوش، صورت و گردن	چشم، گوش، صورت و گردن	
آنومالی کروموزومی طبقه بندی نشده	کروموزومی	

## چک لیست پایش برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان ۵۹- ۱ ماهه خارج بیمارستانی

ردیف	عنوان فعالیت	امتیاز کسب شده	امتیاز مطلوب	نحوه امتیاز دهی	ملاحظات
۱	ابلاغ اعضای کمیته کاهش مرگ و میر کودکان ۵۹ تا ۱ ماهه موجود و برای اعضای جدید ابلاغ صادر شده است؟		۲	کامل= ۲ ناقص= ۱ عدم صدور ابلاغ=۰	
۲	اطلاعات اعضای کمیته مرگ شهرستان تکمیل و به سامانه انتقال داده شده است؟		۲	کامل: ۲ ناقص یا عدم انتقال: ۰	
۳	مسئول بررسی مرگ و میر کودکان ۵۹ تا ۱ ماهه به تلفن مستقیم، رایانه و اینترنت دسترسی دارد؟		۳	هر ۳ مورد= ۳ دو مورد= ۲ یک مورد= ۱ عدم دسترسی= ۰	
۴	تعداد مرگ های ۵۹ تا ۱ ماهه اتفاق افتاده با تعداد مرگ های ارسالی به واحد آمار هماهنگی دارد؟		۳	هماهنگی تمام موارد: ۳ عدم هماهنگی: ۰	
۵	کلیه اطلاعات اولیه مربوط به مرگ کودکان ۵۹ تا ۱ ماهه در کمتر از ۴۸ ساعت پس از اطلاع از وقوع به سامانه منتقل شده است؟		۵	انتقال کمتر از ۴۸ ساعت: ۴ بیشتر ۴۸ ساعت: ۰	
۶	اطلاعات پرسشنامه های برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان بطور صحیح تکمیل شده است؟		۹	هر پرسشنامه کامل: ۳ ناقص: ۰	
۷	اطلاعات پرسشنامه های مرگ کودکان خارج بیمارستانی حداکثر دو هفته پس از اطلاع از وقوع مرگ تکمیل و به سامانه انتقال داده شده است؟		۵	انتقال کمتر از دو هفته: ۳ انتقال بیشتر از دو هفته: ۰	
۸	چک لیست پایش بیمارستان توسط مسئول بررسی مرگ خارج بیمارستانی تکمیل شده و گزارش آن به بیمارستان ارسال شده است؟		۵	تکمیل چک لیست پایش هر شش ماه = ۳ گزارش کمتر از ۱ هفته = ۲ تکمیل چک لیست پایش سالانه= ۱ گزارش بیشتر از ۱ هفته = ۱ عدم تکمیل و گزارش= ۰	
۹	مداخلات پیشنهادی از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت کودکان ، پرونده و...) قبل از برگزاری کمیته استخراج شده است؟		۵	مشاهده لیست مداخلات: ۵ عدم مشاهده: ۰	
۱۰	کمیته شهرستانی بررسی مرگ و میر کودکان ۵۹ تا ۱ ماهه با حضور دو سوم اعضای اصلی هر سه ماه یکبار و به موقع برگزاری شود؟ (مشاهده صورتجلسات)		۵	کامل بودن اعضا= ۲ هر سه ماه و به موقع = ۳ کامل نبودن اعضا و عدم تشکیل = ۰	
۱۱	مداخلات استخراج شده از (پرسشنامه ها، پایش و ارزشیابی و ...) در کمیته های مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه بررسی و مصوبه مرتبط موجود می باشد؟		۳	وجود مصوبه= ۲ عدم وجود مصوبه = ۰	
۱۲	لیست فعالیت های مربوط به هر کدام از مداخلات مرتبط تعیین شده است؟ (مشاهده لیست فعالیت های تفضیلی در سامانه)		۳	کامل: ۳ ناقص یا عدم تعیین مداخله: ۰	
۱۳	صورتجلسات (مداخلات، فعالیت ها) کمیته های بررسی مرگ کودکان به سطوح مسئول و اعضای کمیته تا یک هفته پس از برگزاری کمیته ابلاغ شده است؟		۶	کامل= ۶ عدم ابلاغ= ۰	
۱۴	اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته ها توسط مسئول بررسی مرگ کودکان ۵۹ تا ۱ ماهه پیگیری شده است؟		۵	کتابی و کامل: ۵ کتابی و ناقص: ۳ شفاهی: ۱ عدم پیگیری: ۰	
۱۵	مداخلاتی در سطح سازمان های خارج از شبکه بهداشت شهرستان طراحی / اجرا / و پیگیری شده است؟		۷	طراحی= ۲ اجرا و پیگیری= ۵ عدم طراحی /عدم پیگیری= ۰	
۱۶	علت عدم انجام مداخلات مشخص و جمع بندی شده است؟		۵	کتابی= ۵ شفاهی= ۳ عدم جمع بندی= ۰	
۱۷	گزارش اجرای مداخلات تصویب شده کمیته بررسی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه قبلی در کمیته حاضر ارائه شده است؟		۵	کتابی= ۵ عدم ارائه= ۰	
۱۸	گزارش کمیته شهرستانی طی مدت حداکثر دو ماه به سامانه ارسال شده است؟		۵	هر دو ماه: ۵ تا ۳ ماه: ۳ ۶ ماه بیشتر= ۰	
۱۹	پرسشنامه های ناهنجاری وارد سامانه شده است؟		۴	کامل: ۴ عدم انجام: ۰	
۲۰	سناریوهای مرگ کودکان به معاونت بهداشتی ارسال شده است؟		۶	کامل: ۶ ناقص: ۳ عدم انجام: ۰	
۲۱	شاخص ها و تحلیل نتایج اطلاعات مربوط به مرگ و میر کودکان شهرستان در پایان هر سال و استفاده از نتایج فوق در بهبود برنامه ها استخراج شده است؟		۷	کامل = ۷ عدم استخراج= ۰	
	جمع امتیاز	۱۰۰			

## پس خوراند بررسی کمیته های شهرستانی مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه در سال ۱۴۰۰

کمیته های برگزار شده		کامل بودن کمیته از نظر اعضا		مصوبات		مصوبات انجام شده		مصوبات در حال اجرا		مصوبات انجام نشده	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۴	۱۰۰	۱	۲۵	۲۷	۱۷	۸۹.۵	-	-	۲	۱۰.۵	

### مشکلات موجود در کمیته ها

- مجدداً تأکید می شود حضور مدیر شبکه و بهره گیری از نظرات ایشان در طراحی و پیشرفت مداخلات به ویژه مداخلات بین بخشی موثر خواهد بود.
- با توجه به بررسی مرگ نوزادان در کمیته ها بر حضور کارشناس مادران در جلسه مجدداً تأکید می شود.
- مجدداً تأکید می شود شرح مختصری از تحلیل های انجام شده از مرگ شهرستان و مقایسه با استان در صورت جلسه عنوان گردد.
- مجدداً تأکید می شود بر اساس مشکلات مراقبت های بهداشتی مطرح شده در کمیته ها، علل مرگ نوزادان و کودکان و ... ، مداخلاتی به منظور پیشگیری از موارد مشابه طراحی و اجرا گردد.
- مجدداً تأکید می شود مشکلات مراقبت های پزشکی (در صورت وجود) در بخش نتایج بررسی پرونده (اعلام نظر پزشک) ثبت شود.
- مجدداً تأکید می شود در بخش مداخلات مربوط به پرونده، راهکارهای مرتبط با خانواری که مرگ در آن اتفاق افتاده است ثبت شود و مداخلات مرتبط با پیشگیری از موارد مشابه در بخش مصوبات کمیته درج شود.
- مجدداً تأکید می شود هدف از برگزاری کمیته بررسی عوامل به منظور پیشگیری از وقوع مرگ در جمعیت تحت پوشش می باشد لذا در طراحی مداخلات شهرستانی این مورد مد نظر قرار گیرد.
- بر اساس نتایج بررسی های انجام شده مداخلات پیشنهادی کارشناس کودکان در بخش مداخلات پیشنهادی صورت جلسه ثبت، در کمیته مطرح و در صورت تأیید توسط اعضا در بخش مصوبات صورت جلسه وارد گردد (لازم به ذکر است موارد فوق جز آیتم های چک لیست نظام مراقبت مرگ خارج بیمارستانی می باشد).
- علت عدم انجام مداخلات در صورت جلسه ثبت شود.
- پیگیری مصوبات تا حصول نتیجه ادامه یابد.
- تدوین مداخلات برای مواردی که نیاز به اجرا در واحدهای محیطی دارد به نحوی انجام شود که قابل ارزشیابی از سوی ستاد باشد.
- مجدداً تأکید می شود تحلیل حوادث ترافیکی ارسالی از سوی استان در کمیته مطرح و به منظور پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان مداخلاتی طراحی و از طریق کمیته جامعه ایمن شهرستان پیگیری و اجرا گردد.
- مجدداً تأکید می شود جهت حساس سازی بیشتر، در تعدادی از کمیته های مرگ از مسئولین سایر ارگان ها که مرتبط با مشکلات برنامه های کودکان می باشند دعوت به عمل آید.

## مداخلات مشکل دار از دیدگاه فرد تکمیل کننده:

شماره کمیته	مصوبه	مسئول پیگیری و اجرا	نوع مشکل مصوبه
۱	تشکیل جلسه کمیته مرگ در مراکز که مرگ کودک و نوزاد دارند و ارسال صورتجلسات کمیته مرگ به واحد کودکان	کارشناس کودکان	جز فعالیت های روتین برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان می باشد
۱	ارسال پس خوراند از طرف متخصص زنان به بهداشت	متخصصین زنان	نامفهوم است
۱	مطرح کردن تحلیل سوانح و حوادث ترافیکی استان و شهرستان در کمیته جامعه ایمن	کارشناس کودکان	جز مصوبات در حال اجرای سال ۱۳۹۹ بوده است.
۲	کلیه کودکانی که برای باردوم در روز و یا در شیفیت شب مراجعه می کنند و علائم خطر از جمله (بیقراری، گودافتادگی چشم، فرو رفتن فوتانل، عدم دفع ادرار و افزایش دفعات و ...) را دارند و پدر و مادر آگاهی کافی ندارند بستری گردند	پزشکان	فعالیت زمان بر است چگونه طی مدت سه ماه اجرا شده است و اینکه نحوه پایش این مصوبه از طرف ستاد به چه صورت می باشد؟
۳	ارائه راهکار و مداخله مراکز تحت پوشش در رابطه با بیشترین مشکلات مرتبط با تولد نوزاد نارس و مرگ به علت نارسی	کارشناس کودکان/کارشناس مادران/کارشناس باروری	وظیفه اعضا کمیته طراحی مداخله می باشد، مداخلات پیشنهادی کارشناسان واحدهای فنی در کمیته مطرح و بعد از تأیید اعضای کمیته مصوبات اجرایی گردد.
۳	تقویت مراقبت های قبل از بارداری در مراکز و مداخله در خصوص افزایش پوشش مراقبت های پیش از بارداری و شناسایی به موقع مادران پرخطر به منظور پیشگیری از تولد نوزاد نارس	کارشناس کودکان/کارشناس مادران/کارشناس باروری	فرآیند تقویت مراقبت های قبل از بارداری به چه صورت خواهد بود، راهکار تقویت در کمیته یا جلسات EPIQ بایستی مشخص گردد.
۴	آموزش زنان هنگام ازدواج	پرستل مراکز/واحد باروری سالم/کارشناس کودکان	آموزش زنان در چه موردی انجام شود؟ مصوبه نامفهوم است
۴	افزایش کیفیت مراقبت های قبل از بارداری و بارداری از نظر غربالگری جنینی و آزمایشات ژنتیک و ... ویژه گروه های پرخطر از نظر ناهنجاری	پرستل مراکز/کارشناس کودکان/کارشناس مادران	افزایش کیفیت به چه نحوی انجام پذیرد؟
۴	برگزاری جلسات آموزشی درخصوص پیشگیری از ناهنجاری های جنینی	کارشناس کودکان/کارشناس مادران	گروه هدف مشخص نشده است؟
۴	برگزاری جلسات برای پرستل تحت پوشش در خصوص نحوه پیشگیری از مرگ و میر کودکان	کارشناس کودکان	هدف کلی برنامه نظام مراقبت مرگ به عنوان مصوبه تعیین شده است!

صورتجلسه کمیته سلامت خانواده و جمعیت مرکز بهداشت شهرستان با انضای کمیته مرکز و میر

عنوان جلسه: کمیته مرکز و میر کودکان

نوع جلسه: ترویجی و آموزشی

محل تشکیل:

ساعت جلسه:

ساعت شروع:

تاریخ:

حاضرین: ...

غایبین: ...

دستور کار جلسه:

شرح موارد مطرح شده در کمیته:

نتایج بررسی پرونده ها:

نام و نام خانوادگی کودک / نوزاد	شرح بررسی پرونده ها
	بررسی پرونده بهداشتی کودک
	مشکلات پرونده
	بررسی پرونده پزشکی توسط معالج دیگر

نام و نام خانوادگی کودک / نوزاد	مرکز	سن متولد	تاریخ تولد	تاریخ ثبت	نوع بیماری	تاریخ مراجعه	مداخلات مربوطه پرونده	مسئول نظارتی و اجرا

وضعیت مصوبات کمیته قبل:

ردیف	مصوبات کمیته مرکز و میر کودکان مورخ:	مصوبات انجام شده	مصوبات در حال اجرا	مصوبات انجام نشده

ردیف	مصوبات اجرا شده از جلسات قبل:	درصد اجرا

ردیف	پیشنهادهای به استان
۱	
۲	
۳	

مداخلات استخراج شده به شرح ذیل می باشد:

ردیف	مداخلات پیشنهادی
۱	
۲	
۳	
۴	

ردیف	مصوبات کمیته مرکز و میر کودکان	مسئول نظارتی و اجرا	زمان اجرا
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			





**نمونه سناریو مرگ کودکان**

## مرگ کودکان زیر ۵ سال به علت حوادث ترافیکی

• ( سجاد - ۶ ماهه )

طبق گفته والدین ساعت ۱۲ بیست و ششم شهریور ماه شیرخوار به همراه مادرش پشت موتورسیکلت سوار شده و در خیابان داخل شهر در حرکت بوده اند، ناگهان درب خودرویی که کنار خیابان پارک بوده باز می شود و بر اثر برخورد موتورسیکلت با اتومبیل سجاد و مادرش بر روی زمین پرت می شوند، مصدومین توسط سرنشین سایر خودروها به بیمارستان انتقال داده می شوند ولی متأسفانه سجاد در بیمارستان فوت می کند.

• (محمد امین - ۴۴ ماهه)

به گفته پدر ساعت ۱۲ ظهر نهمین روز فروردین ماه محمد امین به همراه پدرش با اتومبیل شخصی در یکی از خیابان های درون شهری در حال حرکت بوده اند، محمد امین که صندلی عقب بوده سر خود را از پنجره بیرون می برد در همین حین یک ماشین سنگین که کنار خیابان پارک شده بوده درب را باز می کند و سر محمد امین به آن برخورد می کند. با اورژانس تماس گرفته می شود ولی متأسفانه به دلیل شدت جراحات، محمد امین در محل حادثه فوت می کند.

• ( امیرعباس - ۳۵ ماهه )

ساعت ۱۱ صبح بیست و یکم شهریورماه کودک سرنشین صندلی جلو وانت در آغوش مادرش بوده است؛ بر اثر برخورد اتومبیلشان با یک دستگاه پراید وانت آنها چپ شده و امیرعباس به بیرون از ماشین پرت می شود، کودک توسط خانواده به بیمارستان انتقال داده می شود ولی متأسفانه به علت جراحات وارد شده در محل حادثه فوت کرده است.

مرگ کودکان زیر ۵ سال به علت سقوط از  
ارتفاع ( طبقه ۵ و ۶ )



• ( دانیال - ۴.۵ ساله )

طبق گفته اطرافیان و پدر کودک، روز عید قربان ساعت ۲ بعد از ظهر زنگ منزل به صدا در می آید زمانی که به حیاط می آید متوجه می شود، کودکش در حیاط منزل درحال جان دادن است، علی رغم تماس با اورژانس کودک در محل حادثه فوت می کند.

بعضی از ساکنین بیان می کنند که قبل از حادثه پدر برای درست کردن آنتن به پشت بام رفته و کودک بدون اطلاع والدین به پشت بام می رود، از آنجایی که پدر متوجه حضور کودک نمی شود، پس از اتمام کار درب را بسته و پایین می آید و بعد از مدتی این حادثه رخ می دهد.



## سناریوی مرگ شیرخوار ۱۰ ماهه به علت اسهال و استفراغ

• کودک عسل نوری در تاریخ ۹۶/۹/۱۷ توسط والدین به علت دو بار استفراغ نزد پزشک عمومی برده می شود و تحت درمان سرپایی قطره متوکلوپرامید و شربت سفیکسیم قرار می گیرد. پس از گذشت یک روز و عدم استفراغ، کودک دچار اسهال، تنفس سریع و ناله می شود که با مراجعه به پزشک متخصص، با تشخیص دهیدراتاسیون به بیمارستان جهت بستری ارجاع داده می شود.

### • بررسی پرونده بیمارستانی و اقدامات انجام شده در بیمارستان:

کودک در آغوش مادر در ساعت ۱۸:۳۵ مورخ ۹۶/۹/۱۹ از مطب پزشک متخصص به علت اسهال، استفراغ و دهیدراتاسیون به بیمارستان ارجاع داده می شود. کودک پذیرش شده و بلافاصله توسط پزشک اورژانس ویزیت می شود. در بررسی اولیه کودک به شدت دهیدره، بیحال، اندام ها سیانوز و سرد می باشد. Iv Line برقرار شده - VBG اورژانسی ارسال می گردد و کودک تحت مانیتورینگ قلبی قرار می گیرد. علائم حیاتی در بدو ورود T: 36/5 - RR : 65 - PR : 148 . پس از بستری کودک دچار دیستشن شکمی، تاکی پنه، دیسترس تنفسی و افت O2sat می شود که به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود. هماهنگی های لازم جهت اعزام به بیمارستان امام حسین (ع) انجام می شود که به علت نداشتن تخت خالی پذیرش انجام نشده است.

## سناریوی مرگ شیرخوار ۷ ماهه به علت اسهال و استفراغ

• طبق گفته پدر:

کودک با علائم سرماخوردگی نزد پزشک بخش خصوصی مراجعه می کند پزشک شربت آموکسی سیلین، دایمتیکون و سیتیزین تجویز می کند بعد از مصرف ۲ تا ۳ نوبت آموکسی سیلین کودک دچار اسهال می شود با دکتر تماس تلفنی گرفته می شود و ایشان برای کودک اوآراس و شربت مترونیدازول تجویز می کنند، پدر خانواده به خانه بهداشت مراجعه و درخواست داروهای تجویز شده را می کند و بهور بعد از دستور تلفنی پزشک بخش خصوصی داروهای فوق را به او می دهد. صبح فردا حال کودک بدتر می شود و شیر خورده شده را دفع می کرده است. پزشک مجدداً برایش اوآراس و کوتریموکسازول تجویز می کند و به دلیل عدم بهبودی صبح فردا به قصد مراجعه به بیمارستان از منزل خارج می شوند ولیکن کودک در بین راه فوت می کند.

## سناریوی مرگ شیرخوار ۹ ماهه به علت اسهال و استفراغ

• طبق گفته مادر:

کودک از چهار روز پیش دچار اسهال بوده و کمتر از ده بار دفع داشته است از شب قبل دچار بیحالی می شود، پدر خانواده با پزشک اورژانس مشورت نموده ولی پزشک کودک را ویزیت نمی کند. یک نوبت به مطب پزشک مراجعه می کنند ولی کودک به دارو جواب نمی دهد بعد از مراجعه به اورژانس سریعاً کودک به اتاق احیا برده می شود و سپس به خانواده اطلاع می دهند که اقدامات موثر نبوده و شیرخوار فوت کرده است.