

به نام خدا

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

National Maternal Mortality Surveillance System

ویرایش سوم (بازنگری دوم) ۱۳۹۵

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشتی
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

عنوان کتاب: نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۵

ناشر: انتشارات پارس ایلیا با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

طراحی جلد و صفحه آرایی: مریم عظیمی - کانون آگهی و تبلیغات ایلیا

نوبت چاپ: اول

تیراژ: ۳۰۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۸۲۸-۷۷-۱

کاهش میزان مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان از مهمترین شاخص‌هایی است که نشان دهنده توسعه کشورهاست. علت انتخاب این شاخص به عنوان نمایه توسعه، تأثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. بی تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راه‌های روستایی، دسترسی به فوریت‌های مامایی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه‌های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و ... می باشد. در واقع کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی فقط بخش کوچکی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد. اما قطعاً هیچ برنامه ریزی در این بخش منتظر توسعه سایر ارکان دولت (ارتباطات، سواد، راه، تغییرات فرهنگی و ...) نمی شود تا تأثیر آن را در کاهش مرگ مادران ببیند. از سوی دیگر مرگ ناشی از عوارض بارداری و زایمان از مجموعه عوامل وابسته به هم تشکیل شده است که مداخله در هر مرحله می تواند از بروز مرگ‌های بعدی جلوگیری کند. با مطالعه تاریخچه هر مورد مرگ مادر از زمانی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می کرده تا وقوع حاملگی، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و سپس محل، زمان و شرایط زایمان به راحتی می توان:

- خدمات باروری سالم و پیش از بارداری
- مراقبت‌های دوران بارداری
- خدمات اورژانس بین راهی و پیش بیمارستانی
- خدمات اورژانس بیمارستانی
- خدمات بیمارستانی (اتاق عمل، جراحی، ریکاوری)

را از نظر کیفیت، کمیت و سهولت دسترسی بررسی کرد. از این رو اداره سلامت مادران اقدام به طراحی نظام کشوری مراقبت مرگ مادری نمود. در چاپ اول کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادر تاکید بر آن بود که برخورد قانونی با مقصران صورت نگیرد و حتی نام آنان به صورت محرمانه اخذ می گردید (زیرا که به دنبال شناسایی و حل مشکلات بودیم نه انجام اقدام قانونی علیه افراد) علت این تأکید نیز تلاش برای بهبود نظام ارایه خدمات از طریق حساس سازی، آموزش کارکنان و افزایش مهارت و دقت آنان بود. در عین حال تجارب بین المللی نیز نشان می داد که برخوردهای قانونی ممکن است منجر به کتمان حقایق و مخدوش نمودن اطلاعات و در نهایت قضاوت نادرست و مداخله ناصحیح کمیته‌های بررسی کننده گردد.

متأسفانه علیرغم فعالیت‌های انجام شده در این عرصه (گزارش موارد مرگ، انجام پرسشگری، تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها، بحث و بررسی پرسشنامه‌ها در جلسات کمیته دانشگاهی با حضور مدیران ارشد و سایر ذی

پیش گفتار	۱
فصل اول- آمار و ارقام مرگ مادری	۳
فصل دوم - تاریخچه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری	۷
فصل سوم- توصیف علل مرگ ، عوامل منجر به مرگ	۱۱
فصل چهارم- تعریف واژه های کلیدی	۱۵
فصل پنجم- اهداف و اصول کلی نظام مراقبت مرگ مادری	۲۱
فصل ششم- فعالیت های اصلی نظام مراقبت مرگ مادری	۲۳
فصل هفتم- شرح مراحل گردش کار نظام مراقبت مرگ مادری	۲۷
فصل هشتم- راهنمای اعضای کمیته بررسی مرگ مادری و تضمین کیفیت فعالیت های کمیته	۳۵
فصل نهم - شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری	۳۹
منابع مورد استفاده	۴۴
پیوست ها	
پیوست شماره یک - فرم گزارش فوری	۴۵
پیوست شماره دو - فرم های پرسشنامه مرگ مادری	۴۷
پیوست شماره سه - راهنمای تیم پرسشگری و دستور عمل تکمیل پرسشنامه مرگ مادری	۶۶
پیوست شماره چهار- جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای گروه بندی علل منجر به مرگ ..	۷۸
پیوست شماره پنج - جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادری	۹۸
پیوست شماره شش- دستور عمل تکمیل اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادری	۱۰۴
پیوست شماره هفت - نمونه پرسشنامه تکمیل شده	۱۱۰
پیوست شماره هشت - گواهی فوت و دستور عمل تکمیل آن	۱۲۶
پیوست شماره نه - اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی بهداشت	۱۳۱

فصل اول

آمار و ارقام مرگ مادری

نفعان، اقدام به تدوین صورتجلسه، ارسال به واحدهای ذیربط و طراحی مداخلات مورد نیاز) کماکان موارد مرگ مشابه در حال وقوع است.

با توجه به بررسی‌های به عمل آمده در پرونده مادران فوت شده، مشاهده می‌شود که برخی عوامل منجر به فوت ناشی از تخلفات و عدم رعایت قوانین و مقررات توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی می‌باشد. از آنجا که یکی از مهمترین وظایف محوله کمیته دانشگاهی تعیین و اجرای مداخله برای کاهش عوامل قابل اجتناب می‌باشد به منظور تأکید بر اجرای مداخلات طراحی شده و ظرفیت‌های قانونی موجود، ریاست دانشگاه که رییس کمیته دانشگاهی مرگ مادری است می‌تواند با هماهنگی هیئت‌های رسیدگی به تخلفات اداری و انتظامی مستقر در آن دانشگاه/ دانشکده با افرادی که مرتکب تخلف شده‌اند به شرح زیر برخورد نماید:

- در صورتی که فرد عضو هیئت علمی نباشد (کادر بهداشتی، درمانی، پشتیبانی، اداری و ...) مراتب تخلف با ذکر دلایل و مستندات با رعایت اصول محرمانگی و اخلاقی به هیئت رسیدگی به تخلفات اداری ارسال شود. (نامه شماره ۱۳۸/د/۲۵ مورخ ۱۳۹۴/۵/۱۴ نماینده محترم وزیر و سرپرست دفتر هماهنگی هیأت‌های رسیدگی به تخلفات اداری)
 - در صورتی که فرد عضو هیئت علمی باشد مراتب تخلف با ذکر دلایل و مستندات با رعایت اصول محرمانگی و اخلاقی به هیئت بدوی انتظامی اعضای هیئت علمی معرفی شود.
- ضمناً تأکید می‌گردد این اقدامات نباید منجر به اختلال در فرایند درمان بیماران منطقه یا منجر به مخدوش نمودن و کتمان اطلاعات در نظام کشوری مراقبت مرگ مادری گردد. شاید از این طریق حساسیت و دقت کارکنانی که متأسفانه کماکان در برخورد با جان مادران غفلت می‌کنند بیشتر گردد و شاهد تکرار مرگ‌های مشابه نباشیم.
- در پایان امیدواریم زحمات همکاران در سراسر کشور، قدمی به سوی پیشگیری از مرگ‌های قابل اجتناب مادران باشد.

شاخص‌ها و هدف گذاری های بین المللی

قبل از سال ۲۰۱۵

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

بعد از سال ۲۰۱۵

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

شاخص جهانی:

تا سال ۲۰۲۰ میلادی، متوسط نسبت مرگ مادری (MMR) در جهان به کمتر از ۷۰ در صد هزار تولد زنده برسد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر جهانی نباشد.

شاخص در کشورها:

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

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

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

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

Ultimate Goal : Ending Preventable Maternal Mortality

جدول شماره ۱ - شاخص MMR در مناطق مختلف دنیا بر اساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت

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

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

مناطق در حال توسعه حدود ۹۹ درصد کل مرگ های دنیا را به خود اختصاص داده اند.

نسبت مرگ مادر یا MMR در مناطق در حال توسعه (۲۳۹) حدود ۲۰ برابر مناطق توسعه یافته (۱۲) می باشد.

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

- رفع بی عدالتی در دسترسی و کیفیت خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- اطمینان از پوشش جامع خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- توجه به تمام علل مرگ های مادری، عوارض مادری و باروری، ناتوانی های مرتبط با آن
- تقویت سیستم های سلامتی برای پاسخ به نیازها و اولویت های زنان و دختران

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

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

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

جدول شماره ۳ - تعداد مرگ مادران و MMR بر اساس داده های نظام مراقبت مرگ مادری در کشور

سال	تعداد موارد مرگ مادران گزارش شده (مطابق یا تعریف)	نسبت مرگ مادران (در صد هزار تولد زنده (MMR))
۱۳۷۵	۳۸۲ (مطالعه RAMOS)	۳۷/۴
پس از اجرای نظام مراقبت مرگ مادری		
۱۳۸۱	۳۰۸	۳۷/۴
۱۳۸۲	۳۳۲	۲۸/۳
۱۳۸۳	۲۷۸	۲۴/۱
۱۳۸۴	۲۹۵	۲۳/۸
		(گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت = ۲۴)
۱۳۸۵	۲۷۳	۲۱/۷
۱۳۸۶	۳۱۶	۲۴/۷
۱۳۸۷	۲۷۳	۲۰/۹
۱۳۸۸	۳۴۲	۲۵/۴
۱۳۸۹	۳۰۱	۲۲
		(گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت = ۲۷)
۱۳۹۰	۲۹۷	۲۱/۵
۱۳۹۱	۲۷۸	۱۹/۵
۱۳۹۲	۲۹۱	۱۹/۷
۱۳۹۳	۲۹۰	۱۸/۹
۱۳۹۴	۳۱۴	۲۰
		(گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت = ۲۵)

فصل دوم

تاریخچه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

علت عمده مرگ مادران
در گزارش های سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴
خونریزی، اکلامپسی، عفونت و بیماری قلبی
درمان نشده بوده است.



به منظور شناخت عوامل مؤثر در مرگ و میر مادران و نوزادان و طراحی مداخله مناسب، در سال ۱۳۷۴، کمیته کشوری کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان و کمیته های دانشگاهی و شهرستانی تشکیل گردید. به دلیل اهمیت مرگ مادر و تاثیر آن در سلامت خانواده و جامعه و نقش آن به عنوان یکی از شاخص های مهم توسعه با استفاده از اطلاعات سرشماری سراسری سال ۱۳۷۵ و هم زمان با آن برای بررسی موارد مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان و محاسبه شاخص نسبت مرگ مادران در کشور، مطالعه *RAMOS** در سال ۱۳۷۶ انجام شد. پس از انتشار نتایج، کمیته کشوری کاهش مرگ و میر مادران پرسشنامه مطالعه *RAMOS* را با اعمال تغییراتی به عنوان پرسشنامه کشوری بررسی مرگ مادران انتخاب کرد و مقرر شد برای تمامی موارد مرگ گزارش شده، تکمیل و در کمیته های کاهش مرگ و میر مادران در شهرستان و دانشگاه بررسی شود. تا با توجه به علت فوت، راهکارهای مناسب برای پیشگیری از بروز موارد مشابه ارائه گردد.

* Reproductive Age Mortality Survey

بررسی اطلاعات حاصل از پرسشنامه های تکمیل شده و گردش کارهای موجود در اواخر سال ۱۳۷۸، نشان داد که نظام موجود به دلایل زیر نیاز به بازنگری دارد و طراحی و استقرار یک نظام کشوری مراقبت مرگ مادری را طلب می کند. (National Maternal Mortality Surveillance System)

۱. اطلاعات کامل جمع آوری نمی شد.
۲. اطلاعات در زمان مناسب و به موقع جمع آوری نمی شد.
۳. همه حقایق کشف نمی شد.
۴. علل قابل اجتناب شناسایی و دسته بندی نمی شد.
۵. مداخله مناسب و مؤثر طراحی نمی شد.
۶. مداخله اجرا نمی شد.
۷. منجر به برطرف شدن مشکلات نظام ارایه خدمات نمی شد.
۸. پس منجر به کاهش مرگ نمی شد.

به منظور رفع این مشکل از ابتدای سال ۱۳۷۹ طراحی "نظام کشوری مراقبت مرگ مادری" آغاز و پس از بررسی تجربه های جهانی و توصیه های علمی موجود و پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت ابزارها و گردش کار آن به صورت اولیه تدوین شد. سپس طی جلسات و نظر خواهی های متعدد از مسوولین و کارشناسان دانشگاه ها، نظام نهایی و اجرای آن به صورت رسمی از ابتدای سال ۱۳۸۰ در سراسر کشور آغاز گردید.

برخی از شاخص های عملکردی که طی سال های اخیر برای پایش و ارزشیابی نظام جمع آوری و محاسبه می شوند، در جدول زیر ذکر شده است:

جدول شماره ۴ - روند شاخص های عملکرد نظام مراقبت مرگ مادری طی سال های اخیر

شاخص های عملکرد نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (درصد)	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	میانگین ۶ ساله
گزارش به موقع مرگ های مادر اتفاق افتاده	۸۷	۹۰	۸۴	۸۲	۸۳	۸۶	۸۵
انجام به موقع پرسشگری	۶۲	۶۸	۵۹	۵۸	۶۴	۶۴	۶۲
کامل بودن تیم پرسشگری	۸۳	۸۲	۷۸	۷۰	۷۳	۸۳	۷۸
تشکیل به موقع کمیته	۲۶	۳۳	۲۷	۱۷	۱۶	۱۵	۲۲
کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی	۶۳	۷۲	۶۷	۶۰	۶۳	۷۰	۶۶
امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ	۶۹	۷۳	۶۸	۵۸	۶۴	۶۸	۶۷
ارایه طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه	۷۱	۷۱	۶۹	۵۷	۶۲	۷۰	۶۷
اجرای طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه	۶۲	۶۱	۴۵	۴۵	۳۸	۳۲	۴۷

در طی این سال ها شاخص های عملکرد نظام مراقبت به طور میانگین به این شرح است:

- ✓ در حدود ۱۵٪ موارد مرگ ها به موقع گزارش نمی شوند.
- ✓ در حدود ۳۸٪ از موارد پرسشگری به موقع انجام نمی شود.
- ✓ در حدود ۲۲٪ درصد از موارد اعضای تیم پرسشگری کامل نیستند.
- ✓ در حدود ۷۸٪ درصد از موارد کمیته به موقع تشکیل نمی شود و متأسفانه این روند رو به افزایش است.
- ✓ در حدود ۳۴٪ درصد از موارد اعضای کمیته دانشگاهی کامل نیستند.
- ✓ در حدود ۳۳٪ درصد از موارد امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب و ارائه طرح های مداخله برای پیشگیری از مرگ های مشابه وجود دارد.
- ✓ در ۴۷٪ درصد از موارد این طرح ها اجرا می شوند.

مشکلات و محدودیت های اجرایی

- تأخیر در پرسشگری به دلایل مختلف، باعث فراموش شدن جزئیات وقایع می شود و هنگام مصاحبه با کارکنان برخی از مسایل کلیدی که می تواند به روشن شدن عوامل منجر به فوت و ارائه مداخله کمک کند نادیده گرفته شود.
- تمرکز مداخلات بر روی راهکار های تکراری است که ممکن است در کاهش عامل قابل اجتناب تأثیر زیادی نداشته باشد.
- افراد تصمیم گیرنده در کمیته، همان افرادی هستند که باید مجری مداخله باشند لذا هیچیک از مداخلات به صورت مؤثر و اثر بخش تدوین نمی شود و ضمانت اجرایی ندارد.
- در مورد مرگ هایی که به علت خطاها و اشتباهات انسانی رخ می دهد مداخله سیستمیک قابل تعریف نیست.
- عوامل منجر به مرگ شناخته می شوند ولی درصد یا ضریب تأثیر آنها مشخص نمی باشد.
- امکان سنجش تأثیر نوع مداخله بر افزایش یا کاهش روند مرگ وجود ندارد.
- نظام مراقبت، شاخص های تحلیلی، کیفی و دانشگاهی ندارد و کلیه شاخص های طراحی شده کمی و کشوری هستند، این مسئله قضاوت و مقایسه دانشگاهی را غیر ممکن می سازد.
- ابزاری برای مقایسه بهتر شدن یا بدتر شدن وضعیت مرگ مادر در دانشگاه ها (یا یک دانشگاه طی چند سال متوالی) وجود ندارد.

بنابراین در سال ۱۳۹۴ (مطابق با ۲۰۱۵ میلادی و پایان سال اهداف توسعه هزاره) پس از دریافت نظرات دانشگاه ها و اعمال تغییرات در گردش کار و فرم ها، نسخه دوم مجموعه بازنگری گردید و در سال ۱۳۹۵ برای اجرا به دانشگاه ها ارسال شد.

به طور خلاصه تغییرات عمده نظام مراقبت مرگ مادر از ابتدا تا کنون به شرح زیر است:

- از سال ۱۳۸۰ اجرای نظام مراقبت مرگ مادری شروع شد.
- در سال ۱۳۸۵ اولین بازنگری انجام شد.
- از سال ۱۳۸۹ فرم گزارش فوری به شکل الکترونیک (لیست پورتال) طراحی شده که موارد مرگ به این صورت به اداره مادران ارسال می شود.
- از سال ۱۳۹۲ با همکاری سازمان ثبت احوال کشور سوابق در مورد وضعیت بارداری فرد متوفی در گواهی فوت گنجانده شده.
- از سال ۱۳۹۲ طبق دستور هیئت وزیران، چهار متغیر تفکیک کننده نابرابری در مبحث شاخص های عدالت در سلامت به فرم شماره یک و جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ اضافه گردید. این شاخص ها شامل کد ملی متوفی، کد ملی سرپرست خانوار، منطقه سکونت (حاشیه شهر) و میزان سواد متوفی است.
- در سال ۱۳۹۵ دومین بازنگری انجام و موارد زیر اعمال شد.
 - ✓ اهداف و آمار به روز رسانی گردید و تغییراتی در شاخص های پایش و ارزشیابی داده شد.
 - ✓ یک فرم با عنوان **اظهار نامه کارکنان فنی** به پرسشنامه اضافه گردید.
 - ✓ جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت^{۱۰} به عنوان معیار تعیین علت مرگ و گروه بندی آن قرار گرفت.
 - ✓ با توجه به جدول فوق و همچنین تصمیم گیری کمیته کشوری سلامت مادران، مقرر شد موارد فوت به دلیل خودکشی (به هر دلیل) به عنوان مرگ مادری محسوب و شمارش شوند.

فصل سوم

توصیف علل و عوامل منجر به مرگ

همان گونه که در فصل پنجم توضیح داده خواهد شد، هدف اصلی نظام مراقبت مرگ مادری کاهش مرگ مادران از طریق کشف سبب سیری که مادر از ابتدای بارداری تا فوت طی کرده می باشد. در این فصل علل مرگ و عوامل قابل اجتناب منجر به فوت ذکر می شود.

طبق نتایج مرور نظام مند مطالعات (systematic analysis) که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شده علل منجر به مرگ مادران در دنیا بین سال های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۹ به شرح زیر بوده است:

خونریزی ۲۷/۱ درصد، اختلالات فشار خون ۱۴ درصد، سپسیس ۱۰/۷ درصد، سقط و عوارض آن ۷/۹ درصد، آمبولی ۳/۲ درصد و سایر علل غیر مستقیم ۲۷/۵ درصد.

علل اصلی مرگ مادران طی سال های اخیر در کشور به شرح زیر بوده است

جدول شماره ۵- علل اصلی مرگ مادران طی سال های اخیر در کشور

علت مرگ (درصد)	سال					
	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
خونریزی های مامایی	۲۲	۳۰	۲۷	۲۷	۲۵	۲۱
پره اکلامپسی، اکلامپسی و سندرم هلمپ	۱۰	۱۴	۱۵	۱۳	۱۳	۱۴
بیماری های قلبی عروقی	۸	۸	۱۰	۱۳	۱۳	۱۶
آمبولی	۷	۱۱	۸	۸	۱۳	۱۰
عفونت	۱۰	۸	۷	۶	۶	۷
بیماری زمینه ای	۹	۱۰	۱۳	۱۳	۷	۹

^{۱۰} The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

جدول شماره ۶ - شاخص های جمعیتی و کیفیت خدمات مربوط به مادران فوت شده طی سال های اخیر

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری						
شاخص (درصد)						
۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	
شاخص های جمعیتی						
۶۳	۵۹	۶۱	۵۷	۶۷	۵۹	مادران فوت شده ساکن شهر
۲۵	۲۵	۲۵	۳۱	۲۲	۳۱	مادران فوت شده ساکن روستای اصلی
۱۲	۱۶	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	مادران فوت شده ساکن روستای قمر و سیاری
۷۳	۷۳	۷۲	۷۷	۷۶	۷۶	مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال
۱	۳	۱	۳	۲	۳	مادران فوت شده زیر ۱۸ سال
۲۶	۲۴	۲۷	۲۰	۲۲	۲۱	مادران فوت شده بالای ۳۵ سال
شاخص های مربوط به خدمات سلامت باروری						
۸۰	۸۳	۷۹	۸۲	۸۳	۸۰	خواسته بودن بارداری
۲۲	۱۷	۱۸	۲۱	۲۱	۲۲	تعداد بارداری ۵ یا بیشتر
۲۴	۲۰	۲۰	۱۷	۲۳	۲۴	فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال
۷۸	۷۳	۷۳	۷۱	۷۵	۷۴	ابتلا مادر به بیماری های زمینه ای
۶۱	۸۳	۷۹	۸۲	۸۳	۸۰	متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری
شاخص های مربوط به خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان						
۲۸	۲۷	۲۹	۲۷	۲۵	۲۶	مادران فوت شده در زمان بارداری
۲	۳	۴	۳	۴	۴	مادران فوت شده حین زایمان
۷۰	۷۰	۶۷	۷۰	۷۱	۷۰	مادران فوت شده پس از زایمان
۵	۷	۵	۴	۶	۹	مادران زایمان کرده در منزل
۱	۱	۱	۱	۱	۲	مادران زایمان کرده بین راه
۲	۴	۳	۲	۲	۰	مادران زایمان کرده در تسهیلات زایمانی
۹۲	۸۸	۹۱	۹۴	۹۱	۸۹	مادران زایمان کرده در بیمارستان ها
۹	۱۲	۱۳	۷	۱۱	۸	مادران فوت شده در منزل
۷	۷	۴	۵	۴	۸	مادران فوت شده در بین راه
۱	۰	۰	۱	۱	۰	مادران فوت شده در تسهیلات زایمانی
۸۴	۸۱	۸۳	۸۷	۸۴	۸۴	مادران فوت شده در بیمارستان ها
۷۴	۷۵	۷۵	۷۶	۷۵	۷۷	مادران زایمان کرده توسط متخصص
۲۱	۱۷	۲۰	۲۰	۱۸	۱۵	مادران زایمان کرده توسط مامای تحصیلمکرده
۱	۳	۲	۱	۴	۵	مادران زایمان کرده توسط مامای محلی
۰	۱	۱	۰	۰	۰	مادران زایمان کرده توسط ماما روستا
۳	۴	۲	۳	۳	۳	مادرانی که کمکی در زایمان نداشته اند
۶۳	۶۶	۶۳	۶۲	۵۸	۶۰	مادرانی که سزارین شده اند
۲۷	۲۴	۲۷	۲۸	۴۲	۴۰	مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است

توصیف عوامل منجر به مرگ

شکل داده های به دست آمده از نظام مراقبت مرگ مادری به صورت مرور موارد (Case series) می باشد، در نتیجه به علت عدم امکان مقایسه خصوصیات مادران فوت شده با مادرانی که زنده مانده اند تحلیل درست علل میسر نیست. مقایسه روند تغییرات طی سال های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳ زمانی با این پیش فرض امکان پذیر است که تغییری در خصوصیات مادران زایمان کرده طی این سال ها وجود نداشته باشد. با توجه به عدم امکان ارزیابی خصوصیات مادران زایمان کرده، تحلیل های زیر تنها به منظور خلق فرضیه برای بررسی های بعدی مطرح می گردند و از محدودیت برخوردارند.

۱. محل سکونت:

بین ۵۷ تا ۶۷ درصد مادران فوت شده ساکن شهر و بقیه ساکن روستاهای اصلی، قمر و سیاری بوده اند. ایجاد دسترسی به واحدهای درمانی در فوریت های مامایی و زایمان، استفاده از خدمات ماماها تسهیلات زایمانی و ماماها روستایی راهکاری مؤثر در کاهش موارد مرگ مادران روستایی خواهد بود.

۲. زایمان توسط فرد دوره ندیده

زایمان توسط مامای محلی یا (بدون کمک هیچکس) بین صفر تا ۵ درصد بوده است. آموزش به خانواده ها برای استفاده از خدمات افراد دوره دیده در هنگام زایمان، جلوگیری از فعالیت ماماها دوره ندیده و غیر مجاز در امر زایمان، آموزش و حمایت از خدمات ماماها روستایی و شناساندن آنان به جامعه، استراتژی مناسبی برای کاهش مرگ و میر مادران است.

۳. محل فوت

در ۷ تا ۱۳ درصد موارد محل فوت مادر، منزل بوده است. بهبود دسترسی و همچنین آموزش علائم خطر برای مراجعه به موقع در تغییر این شاخص مؤثر است.

۴. توجه به کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان ها و مراکز زایمانی

بیش از ۸۰ درصد (بین ۸۱ تا ۸۸ درصد) مرگ های گزارش شده در بیمارستان اتفاق افتاده و این در حالی است که طی این سال ها میزان زایمان در بیمارستان نیز پوشش مناسبی داشته است. این مساله نشان می دهد که روند توسعه در کشور امکان دسترسی و بهره مندی مادران از خدمات بیمارستانی را امکان پذیر کرده است. در این میان توجه به کیفیت خدمات مامایی و زایمان در فوریت ها و به خصوص حساس نمودن کارکنان بیمارستان ها به مساله مرگ مادر می تواند نقش تعیین کننده در کاهش مرگ های بیمارستانی داشته باشد. اطلاعات نظام مراقبت نشان می دهد که درصد قابل توجهی از خطاهای پزشکی و عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ در بیمارستان ها وجود داشته (جداول شماره ۷ و ۸) که با برنامه ریزی و مداخله در آن ها می توان از وقوع مرگ پیشگیری نمود.

جدول شماره ۷ - عوامل منجر به فوت در مقاطع زایمان و پس از زایمان (مخرج کسر: مقاطع فوت زایمان و پس از زایمان)

مقطع فوت	عامل منجر به فوت	درصد	
زایمان	عدم دسترسی به مراکز فوریت‌های زایمانی	۵	
	انجام زایمان در منزل با توجه به فقدان امکانات مناسب	۷	
	کمبود تجهیزات	۶	
	بی‌توجهی و حساس نبودن مادر و خانواده	۱۱	
	تشخیص و درمان نامناسب یا غلط توسط	متخصص	۲۶
		پزشک عمومی	۰
		ماما یا پرستار	۲
	مشکلات مرتبط با بیهوشی	۴	
	عدم حساسیت و بی‌توجهی توسط	متخصص	۲۷
		پزشک عمومی	۱
ماما یا پرستار		۹	
سزارین انتخابی و عوارض آن		۱	
کمبود تجهیزات		۵	
پس از زایمان	عدم دریافت هرگونه مراقبت پس از زایمان	۷	
	بی‌توجهی و عدم حساسیت مادر و خانواده	۴	
	تشخیص و درمان نامناسب یا غلط توسط	متخصص	۴۱
		پزشک عمومی	۷
		ماما یا پرستار	۱۳
	عدم حساسیت و بی‌توجهی توسط	متخصص	۷۰
		پزشک عمومی	۴
		ماما یا پرستار	۱۵
		کمبود تجهیزات	۵

جدول شماره ۸ - عوامل منجر به فوت در مقاطع پیش از بارداری و بارداری (مخرج کسر: کل مقاطع فوت)

مقطع فوت	عامل منجر به فوت	درصد	
پیش از بارداری	عدم بهره‌مندی از خدمات باروری سالم علیرغم نیاز	۱۸	
	نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم	۱۱	
	بی‌توجهی مادر و منع بارداری	۱۱	
بارداری	عدم دریافت هرگونه مراقبت دوران بارداری	۱۷	
	اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی	۵	
	عدم دسترسی به مراکز فوریت‌های مامایی	۴	
	حساس نبودن مادر و خانواده	۳۹	
	کمبود تجهیزات	۲	
	تشخیص و درمان غلط توسط	متخصص	۱۶
		پزشک عمومی	۹
		ماما یا پرستار	۷
	عدم حساسیت و بی‌توجهی توسط	متخصص	۲۳
		پزشک عمومی	۱۰
ماما یا پرستار		۱۳	
کاربران یا بهورز		۸	
کمبود تجهیزات		۲	

واژه اول: مرگ مادر (Maternal death)

تعریف مرگ مادر و اصطلاحات رایج آن توسط دو سازمان مختلف ارائه گردیده است. سازمان جهانی بهداشت در قالب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD) و مرکز کنترل بیماری‌ها آمریکا (CDC) به همراه کالج امریکایی متخصصین زنان و زایمان (ACOG) با توجه به اهدافی که دنبال می‌کنند، این اصطلاحات را تعریف نموده اند. در جدول صفحه بعد مروری بر این تعاریف و مقایسه آن‌ها خواهیم داشت.

فصل چهارم

تعریف واژه های کلیدی

تعاریف مرگ مرتبط با بارداری

ICD - 10	ACOG/CDC	
		چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم داشته باشند
<i>Maternal Death</i>	<i>Pregnancy-Related Death</i>	• مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
<i>Late Maternal Death</i>	<i>Pregnancy-Related Death</i>	• مرگ بین ۴۲ روز تا ۳۶۵ روز پس از ختم بارداری
		چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم نداشته باشند
<i>Not defined</i>	<i>Not Pregnancy-Related Death</i>	• مرگ حین بارداری تا یکسال پس از ختم بارداری
		چنانچه بین مرگ و بارداری وجود رابطه علیتی مطرح نباشد
<i>Pregnancy-Related Death</i>	<i>Pregnancy-Associated Death</i>	• مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
<i>Not defined</i>	<i>Pregnancy-Associated Death</i>	• مرگ بین ۴۲ روز تا ۳۶۵ روز پس از ختم بارداری

همانطور که در جدول مشاهده می شود در نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-10) دو تعریف جایگزین دیگر نیز مطرح شده است:

- مرگ های تأخیری مادران (Late Maternal Deaths): مرگ به علل مستقیم یا غیر مستقیم مربوط به بارداری در مدت بیش از ۴۲ روز و کمتر از یکسال پس از ختم بارداری.
- مرگ های وابسته به بارداری (Pregnancy Related Deaths): مرگ حین یا تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری صرفنظر از علت مرگ.

همانطور که در فصل هفتم توضیح داده خواهد شد، موارد مرگ مادری که با تعاریف جایگزین مطابقت داشته باشند هم الزاما باید گزارش شوند. فعلا برای محاسبه MMR در کشور از تعاریف جایگزین استفاده نخواهد شد.

بنابراین

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 ارایه شده طی آن، اما نه به علت حادثه یا تصادف

نکته: این تعریف (Maternal Mortality) شامل مرگ های مستقیم (direct) و غیر مستقیم (indirect) می باشد. به عبارت دیگر هم مرگ های مستقیم و هم غیر مستقیم در شمار مرگ مادر محسوب شده و شمارش می شوند.

تعریف مرگ مادری مستقیم: مرگ مادر در اثر عوارض مامایی بارداری، زایمان، نفاس یا در اثر مداخلات، غفلت ها، درمان نادرست یا مجموعه ای از وقایع که از هر یک از این عوامل ناشی می شوند. مثالی از این مورد مرگ در اثر خونریزی بیش از حد به دنبال پارگی رحم است.

تعریف مرگ مادری غیر مستقیم: مرگ مادری که مستقیماً به علل مامایی مربوط نمی شود بلکه در اثر بیماری قبلی مادر یا بیماری که طی بارداری و یا نفاس ایجاد و در اثر تطابق فیزیولوژیک مادر با بارداری تشدید شده است. مثالی از این مورد، مرگ ناشی از عوارض مربوط به تنگی دریچه میترال می باشد.

واژه دوم: نظام مراقبت (Surveillance System)

در کتاب جامع بهداشت عمومی* واژه مراقبت (Surveillance) به صورت زیر تعریف گردیده است:

مراقبت عبارت از گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام، مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی می باشد. مهم این است که از این اطلاعات برای مداخله های لازم در نظام سلامت یک جامعه استفاده شود. این مداخله می تواند در زمینه نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و یا ارزشیابی برنامه های سلامتی باشد.

در کتاب فرهنگ اپیدمیولوژی** نیز واژه مراقبت به صورت زیر تعریف گردیده است:

"تحلیل، تفسیر و بازخوانند مداوم داده های به طور منظم گردآوری شده که به طور معمول با استفاده از روش های متمایز برحسب عملی بودن، یکسان بودن و سرعت و نه دقت در کامل بودن آن ها، انجام می شود".

با مشاهده روندهای زمانی، مکانی و شخصی می توان تغییرات را مشاهده یا پیش بینی کرد، و اقدام مناسب از جمله تدابیر تحقیقی یا مبارزه ای را به کار برد. منبع داده ها می تواند به طور مستقیم با بیماری یا عوامل اثر گذار بر بیماری رابطه داشته باشد و با این ترتیب منابع داده ها عبارتند از:

- ۱- گزارش های مرگ و بیماریزایی بر پایه گواهی های مرگ، پرونده های بیمارستانی، پایگاه های عمومی، یا گزارش دهی ها؛
- ۲- تشخیص های آزمایشگاهی؛
- ۳- گزارش طغیان بیماری ها؛
- ۴- مصرف و بهره گیری از واکسن و عوارض جانبی آن؛
- ۵- مدارک غیبت به علت بیماری ها؛
- ۶- عوامل تعیین کننده بیماری مانند تغییرات زیستی شناختی عامل بیماریزا، ناقلان، یا مخزن های عفونت؛
- ۷- حساسیت در برابر ابتلا به بیماری که در آزمون های پوستی یا مراقبت های سرم شناختی تعیین می شود (مانند بانک های سرم).

همچنین در کتاب "Public health & preventive medicine" نظام مراقبت بدین صورت تعریف شده است:

*حاتمی، حسین و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی. جلد دوم (۱۳۹۲)

**جان . م . لست، فرهنگ اپیدمیولوژی، ویرایش سوم. ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب (۱۳۷۸)

** John M. Last, Public Health & Preventive Medicine, 13th edition, 1992

فصل پنجم

اهداف و اصول کلی نظام مراقبت مرگ مادری

اهداف نظام مراقبت مرگ مادری به شرح زیر است:

هدف کلی

کاهش میزان مرگ و عوارض ناشی از بارداری و زایمان از طریق کشف سببی که هر مادر تا زمان مرگ طی کرده، شناسایی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ و طراحی مداخله به منظور حل مشکلات و جلوگیری از وقوع مرگ های مشابه.

اهداف اختصاصی

- تعیین دقیق تر میزان بروز مرگ
- تعیین عوامل خطر مرتبط با مرگ
- طراحی و اجرای مداخلات مناسب برای بهبود شاخص های سلامت مادران در سطح دانشگاه ها و کشور



نظام کشوری مراقبت مرگ مادری بر اصول زیر استوار است:

۱. به موردی مرگ مادر اطلاق می گردد که مطابق با تعریف نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها باشد. (مراجعه به فصل چهارم)
- نکته: در مورد افراد غیر ایرانی، موارد فوت پس از ۴۲ روز و موارد فوت که در مورد مطابقت آنها با تعریف اطمینان وجود ندارد به توضیحات ذکر شده در فصل هفتم مراجعه شود.
۲. در دانشگاه هایی که نظام ثبت مرگ دارند، گزارش گیری مرگ از طریق گزارش های جاری و نظام ثبت مرگ شهرستان خواهد بود.
۳. در دانشگاه هایی که نظام ثبت مرگ ندارند، گزارش های جاری مرگ مادر مبنای فعال شدن نظام مراقبت است.
۴. کلیه فعالیت های نظام مراقبت از ابتدا تا انتها باید مطابق زمان بندی اعلام شده در گردش کار باشد. مسئولیت اجرای به موقع مراحل به عهده ریاست دانشگاه است.
۵. در هر دانشگاه/ دانشکده تشکیل حداقل یک کمیته کاهش مرگ و میر مادران کافی است. با توجه به اعضای تعیین شده در این کمیته، محل آن در ستاد مرکزی دانشگاه/ دانشکده خواهد بود.
۶. چنانچه به هر علت نیاز به تشکیل بیش از یک کمیته در سطح دانشگاه/ دانشکده وجود دارد، تشکیل این کمیته ها نباید باعث دوباره کاری، پیچیده شدن سیر اداری کار و به تعویق انداختن طراحی و اجرای مداخله گردد.
۷. چنانچه امکان حضور متخصص زنان و زایمان عضو تیم، هنگام پرسشگری وجود ندارد، پس از هماهنگی متخصص زنان و زایمان یکی از شهرستان های دیگر مصاحبه را انجام داده و به هیچ وجه نباید از متخصص زنان و زایمان شهرستان محل فوت در تیم پرسشگری استفاده شود.
۸. یکی از اهداف نظام مراقبت شناسایی کلیه مرگ های مادران در منطقه تحت پوشش است ولی مهم تر از آن بررسی تحلیلی مرگ ها، شناسایی علل و عوامل قابل اجتناب و طراحی و اجرای مداخله مناسب به منظور پیشگیری از مرگ های مشابه است. چنانچه این روند به درستی و تا انتها انجام نپذیرد، تلاش برای جمع آوری اطلاعات کلیه مرگ ها تلاشی عقیم است که جز گرفتن وقت از نظام ارائه خدمات ثمر دیگری ندارد.
۹. آنچه برای اداره سلامت مادران مهم است، تحقق روند عنوان شده در بند ۸ به منظور کاهش مرگ مادران کشور است. لذا مدیران دانشگاهی با توجه به امکانات و ملاحظه های خاص منطقه خود مختارند گردش کار نظام مرگ را ضمن هماهنگی با این اداره با شرایط خود سازگار نمایند.

فصل ششم

فعالیت های اصلی نظام مراقبت مرگ مادری

چرخه مراقبت با وقوع مرگ مادر آغاز می شود. در مرحله بعد، تیم پرسشگری داده های مرگ را جمع آوری می کند. کمیته کاهش مرگ و میر مادران پس از بررسی پرسشنامه تکمیل شده توسط تیم پرسشگری، علل قابل اجتناب مرگ را تحلیل کرده، بر آن اساس، مداخلات مقتضی را طراحی و بر اجرای مداخلات نظارت می کند.

بنابراین ۴ فعالیت اصلی در نظام مراقبت عبارتند از:

- ۱) جمع آوری داده های مرگ مادران
- ۲) بررسی موارد مرگ
- ۳) طراحی و اجرای مداخلات
- ۴) پایش و ارزشیابی

با استفاده از پسخوراند حاصل از پایش هر یک از مراحل گردش کار و نتیجه ارزشیابی نهایی، ساختار نظام مراقبت مرگ مادری اصلاح می شود. بنابراین برای اینکه خروجی مورد نظر حاصل شود باید تمامی مراحل از ابتدای ورود داده ها تا اجرای مداخله و اعمال پسخوراند به درستی و در زمان مناسب انجام شود.

۱) جمع آوری داده های مرگ مادران: ابزار و روش جمع آوری داده ها در روایی و پایایی داده های جمع آوری شده اهمیت بسزایی دارد، به ویژه در صورتی که بدانیم این داده ها مبنای محاسبه شاخص ها و طراحی مداخلات بعدی خواهند بود. ابزار جمع آوری داده ها در نظام مراقبت مرگ مادری، فرم هایی با ساختار بسته - باز هستند که

توسط تیم پرسشگری مورد استفاده قرار می گیرند. روش جمع آوری داده ها به صورت مصاحبه حضوری و بررسی مدارک ثبتی و کالبد شکافی بالینی است که با همراهان مادر و پرسنل واحدهای بهداشتی- درمانی و مرکز پزشک قانونی درگیر با مرگ مادر انجام می شود. اعضای تیم پرسشگری در زمینه نحوه انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه ها آموزش می بینند.

در این مرحله باید جمع آوری داده ها جامع و کامل باشد به نحوی که کمیته کاهش مرگ و میر مادران بتواند بر مبنای آنها در مورد عوامل قابل اجتناب مرگ تصمیم گیری کند. 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 اصطلاحاً به آن کالبد شکافی شفاهی* اطلاق می شود، ۲) داده های حاصل از مصاحبه با کارکنان نظام سلامت که پرسشگری محرمانه[†] نام دارد، و ۳) نتیجه کالبد شکافی بالینی[‡] مجموعه این سه گروه داده برای تعیین عوامل مؤثر بر مرگ می باید در کمیته مورد بررسی قرار گیرند.

۲) بررسی موارد مرگ: این مرحله از گردش کار در کمیته کاهش مرگ و میر مادران صورت می گیرد. کمیته باید بتواند پس از بررسی داده های مرگ به نتیجه قطعی در مورد عوامل قابل اجتناب دست یابد. همانطور که در شبکه عوامل مؤثر بر مرگ نشان داده شده است، کلیه عوامل را می توان با توجه به نمودار درخت تشخیصی علت مرگ مادران دسته بندی کرد. تشخیص دقیق علل زمینه ساز فوت مادر از اهمیت بسزایی برخوردار است چرا که مبنای مداخله پیشنهادی قرار خواهد گرفت و موفقیت نظام سلامت به شناسایی دقیق این عوامل بستگی دارد.

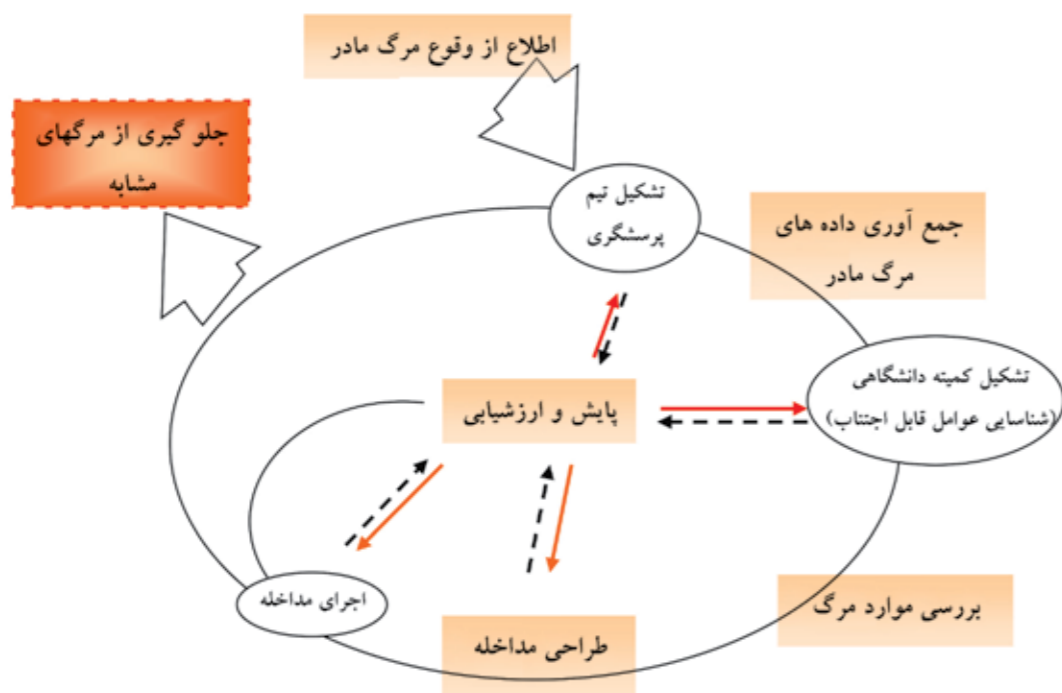
۳) طراحی و اجرای مداخلات: اجرای مداخله هدف اصلی نظام مراقبت مرگ مادری است. مداخله می باید بر مبنای عامل مؤثر بر مرگ طراحی شود. کمیته باید پس از مشخص کردن علل مرگ، مداخلات مقتضی را طراحی و بر اجرای آنها نظارت کند. راه حل (فعالیت مداخله)، سطح مسئول مداخله، فرد مسئول مداخله، فرد مسئول اجرا و زمان یا دوره اجرای مداخله باید در کمیته مرگ مادران تعیین شود. همچنین، نیروی انسانی و بودجه مورد نیاز برای اجرای مداخله نیز باید در کمیته تخمین زده شود. واحدی که مسئول اجرای مداخله شناخته شده موظف است بر مبنای دستورالعمل کمیته، پروتکل اجرایی را با تخمین دقیق تر منابع و زمان مورد نیاز برای اجرای مداخله در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد. پس از اصلاح و تأیید کمیته، مداخله اجرا خواهد شد.

۴) پایش و ارزشیابی: شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت دو دسته هستند: شاخص های فرآیند و شاخص های پیامد. برای هر یک از مراحل گردش کار می باید شاخص های فرآیند تعریف شود. شاخص های فرآیند توسط کمیته بررسی مرگ و میر تکمیل و به منظور پایش روند اجرای کار از گزارش مرگ تا طراحی، اجرای مداخله و بررسی اثر آن مورد استفاده قرار می گیرند و به همان صورت به اداره سلامت مادران در وزارت بهداشت گزارش می شوند. شاخص های فرآیند برای پایش عملکرد نظام کشوری مراقبت در اداره سلامت مادران مورد بررسی قرار می گیرند. اصلاحات مقتضی در گردش کار به صلاحدید اداره سلامت مادران و کمیته های کاهش مرگ و میر در هر دانشگاه بر مبنای شاخص های فرآیند صورت می گیرد.

* Verbal Autopsy
 † Confidential Enquiry
 ‡ Clinical Autopsy

شاخص های پیامد نیز برای ارزیابی عملکرد کلی نظام مراقبت مورد استفاده قرار می گیرند. این شاخص ها عمدتاً شاخص های سلامت مادران هستند که باید در سطح ملی طی چند سال در اداره سلامت مادران محاسبه شوند. در انتهای این مجموعه فهرست شاخص های فرآیند و پیامد مورد استفاده در گردش کار ارائه شده است.

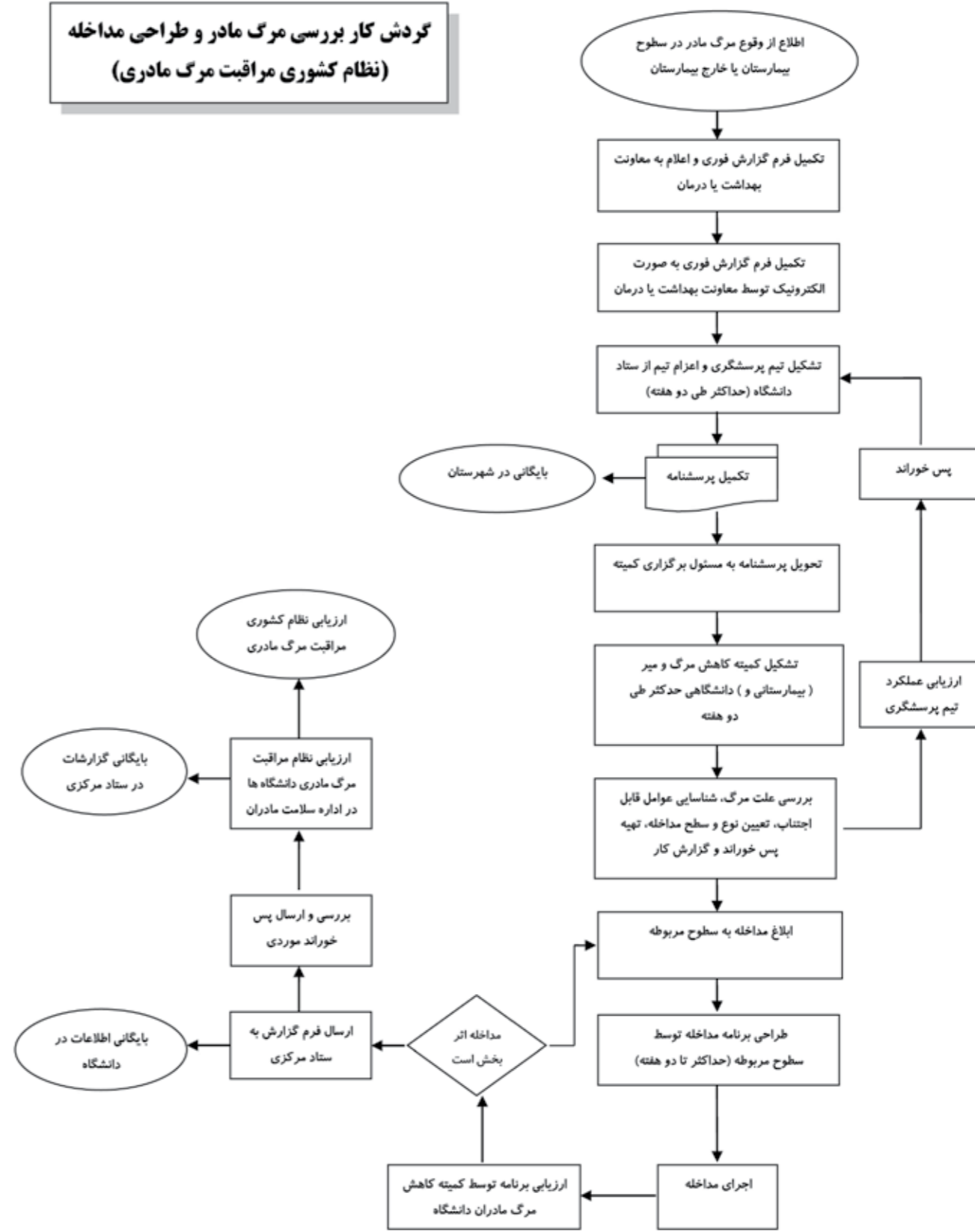
چرخه نظام مراقبت مرگ مادری



فصل هفتم

گردش کار نظام مراقبت مرگ مادری و شرح مراحل گردش کار

مراحل انجام فعالیت های نظام مراقبت مرگ مادری به طور خلاصه در flowchart صفحه بعد نشان داده شده و سپس توضیحات مرتبط با هر یک از مراحل ارائه می شود.



شرح مراحل گردش کار

۱. به منظور نظم و سرعت بخشیدن به گزارش مرگ مادر و اهمیت آن در امر مداخله صحیح و به موقع، فرمی با عنوان **فرم گزارش فوری مرگ مادر** تهیه شده که در پیوست شماره یک مجموعه ذکر شده است.
۲. لازم است فرم گزارش فوری مرگ مادر به همراه تعریف مرگ مادر (که در فصل چهارم) و شماره تلفن تماس و نامبر معاونت بهداشت و درمان ستاد شهرستان یا دانشگاه، در اختیار همه مراکز بهداشتی و درمانی و پایگاه ها و بیمارستان ها قرار گیرد تا به محض وقوع مرگ مادر، مراتب به ستاد دانشگاه منعکس گردد.
۳. چنانچه مرگ در هر یک از بخش های بیمارستان رخ داده باشد، مترون یا سوپروایزر بیمارستان موظف به تکمیل گزارش فوری مرگ و ارسال آن به دفتر مدیر شبکه شهرستان / معاونت درمان دانشگاه محل وقوع مرگ می باشد.
۴. چنانچه مرگ در خارج از بیمارستان رخ داده باشد:
 - ✓ در روستا، فوت مادر توسط بهورز، پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا اهالی روستا و از طریق فرم گزارش فوری مرگ مادر یا تلفن به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان اطلاع داده می شود.
 - ✓ در شهر، فوت مادر توسط مطب خصوصی، سازمان های مختلف، مرکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه بهداشتی و افراد غیر رسمی از طریق تکمیل **فرم گزارش فوری مرگ** یا **تلفنی** به نزدیک ترین واحد بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان و (یا) معاونت های بهداشت یا درمان دانشگاه اطلاع داده می شود.
۵. بنابراین باید در مورد اهمیت اطلاع رسانی به موقع، با بیمارستان ها و سایر واحدهای بهداشتی و درمانی به ویژه بخش های خصوصی، تأکید لازم به عمل آید.
۶. حداکثر طی ۴۸ ساعت پس از وقوع فوت گزارش فوری مرگ مادر از طریق فرم الکترونیک که در سایت طراحی شده (در صورت قطعی یا اشکال در سایت از طریق نامبر) توسط کارشناس سلامت مادران معاونت بهداشت یا درمان دانشگاه باید به اداره سلامت مادران ارسال شود. به مبحث نکات مهم در مورد تکمیل فرم گزارش فوری (همین فصل) مراجعه شود.
۷. در صورت فوت مادر در بیمارستان، به دستور معاون درمان دانشگاه یا مدیر شبکه شهرستان بلافاصله تصویری از تمام صفحات پرونده متوفی و مدارک وی باید تهیه و به مسئول برگزاری کمیته (دبیر کمیته) تحویل شود. با توجه به اینکه فوت در خانه، بیمارستان، تسهیلات زایمانی و یا مطب اتفاق افتاده است، تیم پرسشگری باید طی دو هفته با حکم ریاست دانشگاه به محل اعزام و پرسشنامه را مطابق راهنمای تیم پرسشگری (فصل هشتم) تکمیل نمایند. تیم پرسشگری به منظور تکمیل پرسشنامه به منزل متوفی و هر یک از واحدهای بهداشتی - درمانی که مرگ در آنجا اتفاق افتاده است مانند بیمارستان، تسهیلات زایمانی یا مطب مراجعه کرده، پرسشنامه را تکمیل می کند.
۸. اعضای تیم پرسشگری به شرح زیر است:
 - ✓ تیم پرسشگری منزل متوفی: مدیر گروه بهداشت خانواده معاونت بهداشت، کارشناس سلامت مادران معاونت بهداشت، کارشناس سلامت مادران معاونت بهداشت، نماینده بهداشت خانواده شهرستان، همراه با یک نماینده از معاونت درمان شهرستان و کارشناس مامایی. (در صورتی که نماینده بهداشت خانواده شهرستان ماما است نیاز به کارشناس مامایی نیست).

- ✓ تیم پرستگری بیمارستان: متخصص زنان و زایمان به ترکیب تیم پرستگری منزل متوفی اضافه می شود.
- ✓ متخصص زنان عضو تیم پرستگری باید با مشورت مدیر گروه زنان دانشگاه انتخاب شود و در صورت امکان و صلاحدید، هر ۲ سال یک بار به صورت چرخشی این مسئولیت به سایر متخصصین زنان واگذار گردد.
- ۹. سرعت تشکیل و رسیدگی تیم پرستگری اهمیت دارد تا از هرگونه مخدوش شدن داده های لازم جلوگیری شود و به اعتبار نتایج کمک کند. این موضوع در پایش فعالیت این تیم مهم است و در جلسه کمیته مراقبت از مرگ مادر مورد بررسی قرار می گیرد.
- ۱۰. تیم پرستگری باید حتماً به دستور ریاست دانشگاه و از دانشگاه به شهرستان اعزام شود. ابلاغ اعضای تیم پرستگری توسط رئیس دانشگاه صادر می گردد تا الزام قانونی برای جلب همکاری و پاسخگویی بخش های مختلف با آنان فراهم گردد.
- ۱۱. این افراد علاوه بر توانمندی های علمی، بایستی قدرت ارتباطات برای پرس و جوی لازم و بررسی همه جانبه داشته باشند.
- ۱۲. در صورت تشخیص کمیته مرگ مادران دانشگاه (اعم از قبل و یا بعد از پرستگری) بر حسب مورد و امکانات نیروی انسانی دانشگاه می توان به این ترکیب فرد دیگری را اضافه کنند. به عنوان مثال متخصص قلب، بیهوشی و ... با این وجود توصیه می شود در صورت امکان تعداد اعضای تیم پرستگری محدود باشد.
- ۱۳. لازم است یک تصویر از پرسشنامه در مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود.
- ۱۴. تیم پرستگری پرسشنامه را جهت بررسی به مسئول برگزاری کمیته کاهش مرگ و میر مادران تحویل می دهد.
- ۱۵. متولی برگزاری کمیته دانشگاهی مرگ مادر معاونت درمان می باشد. فواصل زمان تشکیل کمیته دانشگاهی مطابق گردش کار ذکر شده یعنی ۲ هفته پس از اتمام پرستگری می باشد.
- ۱۶. اعضاء کمیته دانشگاهی شامل افراد زیر است:
 - ✓ اعضاء ثابت: رئیس دانشگاه، معاون بهداشتی، معاون درمان، معاون آموزشی، مدیر گروه زنان و زایمان، تیم پرستگری (متخصص زنان و زایمان، کارشناس سلامت مادران معاونت بهداشت و معاونت درمان، مدیر گروه بهداشت خانواده). در صورتی که به دلیل تراکم و مشغله کاری امکان حضور رییس دانشگاه در همه جلسات وجود ندارد باید جلسه با حضور سایر اعضا و فرد جایگزین ایشان شامل مشاور یا نماینده تام الاختیار تشکیل و مصوبات در جلسه هیئت رئیسه دانشگاه به اطلاع ایشان رسانده شود.
 - ✓ اعضاء موقت: اعضای تیم پرستگری از شهرستانی که مرگ مادری رخ داده (مدیر شبکه، نماینده بهداشت خانواده و نماینده معاونت درمان شهرستان). سایر افراد با توجه به مورد و محل مرگ مشخص می گردد که موارد پیشن هادی عبارتند از: مدیر گروه پرستاری و مامایی، مدیر گروه بیهوشی، رئیس بیمارستان و سایر افراد (بدیهی است اعضای موقت با توجه به نیاز تغییر می کنند).
- نکته: در صورت صلاحدید و بر حسب شرایط دانشگاه کمیته های فرعی قبل از کمیته دانشگاهی به قرار زیر تشکیل می شود ولی تمام مرگ ها باید در کمیته دانشگاهی نیز مطرح و بررسی شوند.
- ✓ کمیته بیمارستانی: برای مرگ هایی که در بیمارستان رخ داده با حضور مسئولین بیمارستان و کادر درمانی متوفی در زیر مجموعه کمیته مرگ بیمارستانی.
- ✓ کمیته بهداشتی: برای مرگ هایی که به علت عدم دسترسی به خدمات یا نا آگاهی و بی توجهی مادر و خانواده در خارج از بیمارستان رخ داده است.

- ۱۷. اعضای کمیته پس از مطالعه پرسشنامه، لازم است عوامل قابل پیشگیری را شناسایی و سپس نوع مداخله، سطح مداخله کننده و سقف زمانی برای اجرای مداخله را مشخص نموده و نسبت به تکمیل فرم شماره ۸ اقدام نمایند و پس خوراند لازم جهت ارسال به سطوح مربوطه نیز باید تهیه و به امضاء ریاست دانشگاه برسد. همچنین، زمان بندی و نحوه ارائه گزارش های میانی و نهایی و شاخص های پایش و ارزشیابی مداخله اجرا شده، مسئولین اجرای پایش و ارزشیابی و نحوه پایش و ارزشیابی براساس شاخص ها باید در کمیته بررسی مرگ مادری تعیین شود.
- ۱۸. اعضای کمیته، عملکرد تیم پرستگری را براساس اطلاعات جمع آوری شده در پرسشنامه ارزیابی کرده و پسخوراند حاصل از ارزیابی را در فرآیند تشکیل و اعزام تیم های بعدی اعمال نمایند.
- ۱۹. جدول فعالیت تفصیلی مداخلات طراحی شده در کمیته (فرم ۱۰) باید در اسرع وقت به سطوح مربوطه ابلاغ شود.
- ۲۰. هرسطحی که متولی رفع مشکل شناخته می شود باید پروتکل اجرایی مداخله را (با مشخص کردن مجری یا مجریان اصلی برنامه) در موعد مقرر به کمیته تحویل دهد. چنانچه مرگ در بیمارستان رخ داده، معاون درمان دانشگاه یا مدیر درمان و در سایر موارد معاون بهداشتی یا مدیر گروه بهداشت خانواده دانشگاه متولی پیگیری این امر و نظارت بر اجرای مداخله است. گزارش پیشرفت و نتایج مداخله می باید طبق برنامه زمان بندی شده به دفتر ریاست دانشگاه ارسال شود.
- ۲۱. در صورتی که پس از بررسی مشخص شود که یکی از سطوح مداخله کننده ستاد مرکزی است، مراتب باید به اداره سلامت مادران گزارش گردد.
- ۲۲. در طول اجرا، برنامه باید مورد پایش و ارزشیابی قرار گیرد (مطابق نظام پایش و ارزشیابی که توضیح داده خواهد شد) تا میزان موفقیت و نقاط ضعف احتمالی آن مشخص شود. در صورت وجود مشکل در اجرا، علت آن بررسی و در جهت رفع آن برنامه ریزی شود تا در نهایت نتیجه مطلوب حاصل گردد. نتایج به دست آمده از پایش و ارزشیابی مداخله می باید توسط کمیته بررسی مرگ مادران در فرم ۱۰ وارد شود.
- ۲۳. در صورتی که نتیجه مداخلات اثر بخش نباشد کمیته راهکار دیگری به سطوح مربوطه ابلاغ می کند.
- ۲۴. نتیجه مداخلات انجام شده همراه با نتایج حاصل از پایش و ارزشیابی در پایان هر فصل باید توسط دبیر کمیته کاهش مرگ و میر مادران در جلسه خوانده شود.
- ۲۵. در پایان نیمه اول و دوم سال، فرم های شماره ۷ و ۸ و ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ پرسشنامه و «جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر» به فرمت اکسل و صورت جلسات کمیته های دانشگاهی باید به اداره سلامت مادران ارسال شود. چنانچه طی هر نیمه، مورد مرگ مادر اتفاق نیفتاده باشد، ارسال نامه مبنی بر عدم وقوع مرگ مادر (گزارش صفر) الزامی است.
- ۲۶. ارزیابی عملکرد کمیته های کاهش مرگ و میر مادران در دانشگاه ها و ارزیابی کلی نظام مراقبت مرگ مادری در اداره سلامت مادران انجام می گیرد.

این گردش کار، حداقل فعالیت هایی است که انتظار می رود دانشگاه ها/ دانشکده ها در راستای نظام مراقبت مرگ مادری انجام دهند. در طراحی آن نظر همکاران دانشگاهی نیز اخذ گردیده است. با این وجود دانشگاه های کشور مختارند با توجه به ضرورت ها یا امکانات موجود، تغییراتی را در چرخه کار دانشگاه خود با هماهنگی قبلی با اداره سلامت مادران و توجه به اصول عنوان شده نظام مراقبت، اعمال کنند.

نکات مهم در مورد تکمیل فرم گزارش فوری

به منظور بالا بردن دقت و پیشگیری از کم شماری و جمع آوری به روز آمار توجه به نکات زیر ضروری است:

- تمام موارد مرگ مادر از زمان بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان (Pregnancy-Related Death) باید گزارش شوند. بنابراین موارد فوت در اثر سوانح، حوادث، قتل، خودکشی و... نیز باید گزارش شوند.
- تمام موارد مرگ مادر صرف نظر از تابعیت ایرانی یا غیر ایرانی باید گزارش شوند و وضعیت داشتن یا نداشتن کارت اقامت آنها مشخص شود. در پایان سال، موارد مرگ مادران غیر ایرانی که بدون کارت اقامت بوده اند در شمارش کلی دانشگاه و کشور به صورت جداگانه اعلام می شوند.
- در مورد مرگ هایی که بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری رخ می دهند: اگر چه مرگ مادران بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری فعلاً برای محاسبه MMR کشوری شمارش نمی شود ولی به منظور دقت و اطمینان بیشتر در گزارش دهی و حساس سازی کارکنان محیطی بهداشتی و درمانی لازم است که در صورت وقوع فوت مادر پس از ۴۲ روز (تا یک سال بعد از ختم بارداری) نیز اطلاعات در لیست گزارش فوری وارد شوند و در قسمت توضیحات فرم، نوشته شود که زمان فوت بعد از ۴۲ روز بوده است.
- در برخی شرایط در مورد تطابق تاریخچه مادر فوت شده با تعریف مرگ مادر اطمینان وجود ندارد، مثلاً مرگ به علت شرایط یا بیماری رخ داده که ممکن است بارداری و زایمان بر روند آن بی تأثیر بوده، یا آن را تشدید کرده باشد (ابتلای مادر به تومورها و...)، در این صورت نیز لازم است گزارش فوری تکمیل و تمام فعالیت های نظام مراقبت (تکمیل پرسشگری و تشکیل کمیته و بررسی) انجام شود. در صورتی که از نظر کمیته دانشگاهی این مورد با تعریف مطابقت ندارد، می بایست کلیه مستندات ذکر شده در بند ۲۶ به اداره سلامت مادران ارسال تا نظر اعضای کمیته کشوری در این مورد دریافت شود. بدیهی است پس از بررسی در صورتی که مورد مرگ، در شمار مرگ مادران محسوب نشود به دانشگاه ابلاغ خواهد شد.
- دسترسی به فرم الکترونیک برای هر دو معاونت بهداشت و درمان تعریف گردیده است و به منظور به روز رسانی دقیق آمار ضروری است که هر یک از همکاران به محض اطلاع از وقوع فوت فرم را تکمیل و ارسال نمایند.

نکات مهم در مورد انجام پرسشگری و تکمیل پرسشنامه

- برای تمام موارد مرگ مادری که مطابق با تعریف هستند صرف نظر از تابعیت ایرانی و غیر ایرانی و داشتن یا نداشتن کارت اقامت باید پرسشگری انجام شود.
- با توجه به موارد ذکر شده در صفحات ۲۰ و ۳۷ راهنمای سازمان جهانی بهداشت و اهمیت عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر سلامت و طبق تصمیم کمیته کشوری، مرگ مادر طی بارداری و پس از زایمان به دلیل خودکشی و آسیب به خود، به هر طریق و به هر دلیل زمینه ای مطابق با تعریف مرگ مادران است و باید پرسشنامه برای آن تکمیل شود.
- طبق پاسخ مکاتبه دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران، مرگ مادر به دلیل قتل به دنبال عوامل زمینه ای زیر جزء مرگ مادران محسوب می شود و باید پرسشگری برای آن انجام شود: بارداری نامشروع یا ناخواسته، اطلاع از جنسیت جنین یا وجود هر رابطه علیتی با بارداری.

* The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium

- در مورد مرگهایی که بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری رخ می دهند: اگر چه مرگ مادران بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری فعلاً برای محاسبه MMR کشوری شمارش نمی شود ولی به منظور بررسی عوامل قابل اجتناب بهتر است که در صورت وقوع فوت مادر پس از ۴۲ روز (تا یک سال بعد از ختم بارداری) نیز پرسشگری انجام شود.
- در صورتی که مرگ به علت تصادف اتوموبیل یا سایر حوادث یا سوانح منجر به فوت مانند: سقوط از ارتفاع، سوختگی به دلیل حادثه، قتل (غیر از موارد ذکر شده در بند ۳) و... رخ داده باشد نیازی به پرسشگری وجود ندارد و فقط ارسال گزارش فوری کافی است.

نکته: در صورتی که علاوه بر عوارض سانحه یا حادثه بیمار دچار یکی از عوارض بارداری یا زایمان (مثلاً آمبولی یا ...) شده و به همان دلیل فوت نموده، مرگ وی در شمار مرگ مادران محسوب می شود و باید پرسشگری برای وی انجام شود.

نکات مهم در مورد مرگ های قابل بررسی در کمیته

- برای تمام موارد مرگ مادری که مطابق با تعریف هستند صرف نظر از تابعیت ایرانی و غیر ایرانی و داشتن یا نداشتن کارت اقامت باید کمیته تشکیل و عوامل قابل اجتناب مورد بررسی قرار بگیرند.
- اگر چه مرگ مادران بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری فعلاً برای محاسبه MMR کشوری شمارش نمی شود ولی به منظور بررسی عوامل مؤثر و حساس سازی کارکنان محیطی بهداشتی و درمانی بهتر است که در صورت وقوع فوت مادر پس از ۴۲ روز (تا یک سال بعد از ختم بارداری) نیز پرسشنامه در کمیته بررسی شود.
- در صورتی که مرگ به علت تصادف اتوموبیل یا سایر حوادث یا سوانح منجر به فوت مانند سقوط از ارتفاع، سوختگی، قتل (غیر از موارد ذکر شده در بند ۳ پرسشگری) و... رخ داده باشد نیازی به بررسی در کمیته وجود ندارد.

نکات مهم در مورد مرگ هایی که محل سکونت و فوت در منطقه تحت پوشش دو دانشگاه/دانشکده جدا**از هم هستند**

- در صورتی که هر مادر بارداری فوت کند، مرگ وی جزء مرگ های دانشگاهی محسوب می شود که شهرستان محل سکونت وی تحت پوشش آن دانشگاه بوده (دانشگاه محل فوت، معیار شمارش نمی باشد).
نکته: در صورتی که مادر محل سکونت ثابتی نداشته و به هر صورت بین مناطق تحت پوشش دو یا چند دانشگاه در تردد بوده (جمعیت عشایر و کوچ نشین، کارگر فصلی یا ...) مرگ وی جزء مرگ دانشگاهی محسوب می شود که در طول دوران بارداری تا فوت بیشترین مدت اقامت را در آن محل داشته است.
- برای انجام فعالیت های نظام مراقبت به شرح زیر اقدام شود:
- گزارش فوری: گزارش فوری توسط کارشناس محترم بهداشت یا درمان هر دانشگاهی که از وقوع فوت مطلع شده اند (محل سکونت یا محل فوت) باید ارسال شود و به همکاران دانشگاه دیگر به صورت تلفنی فوراً اطلاع داده شود تا فعالیت های نظام مراقبت به موقع انجام شود.

- پرسشگری: با توجه به مقطعی که متوفی در حیطه هر یک از دانشگاه ها خدمت دریافت کرده پرسشنامه های متناسب با همان مقطع باید در هر دو دانشگاه تکمیل شود.
- تشکیل کمیته و بررسی مرگ بر عهده همکاران دانشگاه محل فوت است. بدیهی است که قبل از تشکیل کمیته پرسشنامه های تکمیل شده در محل سکونت باید به دانشگاه محل فوت ارسال شود و پس از تشکیل کمیته نیز پرسشنامه کامل، فرم ها و صورت جلسه و سایر مستندات باید علاوه بر دانشگاه محل سکونت برای اداره سلامت مادران ارسال شود.
- تکمیل و ارسال جدول اطلاعات استخراج شده بر عهده همکاران دانشگاه محل سکونت است.

فصل هشتم

راهنمای اعضای کمیته و نظام پایش و ارزشیابی

راهنمای اعضای کمیته

کمیته دانشگاهی نقش محوری و اصلی را در نظام مراقبت از مرگ مادری ایفا می کند. در واقع نقش این کمیته به شرح زیر است:

- ۱- تعریف ساختار مناسب برای کمیته بررسی مرگ مادری و تیم های پرسشگری در سطح دانشگاه.
- ۲- بررسی داده های گردآوری شده توسط تیم پرسشگری، انتخاب مداخله لازم و یا در صورت عدم کفایت و یا تردید در صحت و دقت داده های گردآوری شده، برنامه ریزی برای گردآوری داده های مناسب.
- ۳- انتخاب شیوه مناسب برای کنترل کیفیت فعالیت ها؛ نکته بسیار مهم و ضعف دیده شده در برنامه جاری مراقبت از مرگ مادری، عدم وجود ضمانت لازم برای به نتیجه رسیدن مداخله ها می باشد. در این زمینه لازم است (با توجه به مطالب ارائه شده در این مجموعه) برای هر مداخله نظام پایش و ارزشیابی مناسب طراحی و تحت نظارت مستقیم رئیس محترم دانشگاه به اجرا درآید.

ساختار نیروی انسانی نظام مراقبت مرگ مادری در دانشگاه/دانشکده:

اعضای کمیته دانشگاهی در فصل هفتم مشخص شده است. همچنین در نظام مراقبت مرگ مادری پیش بینی شده که تیم پرسشگری در سطح دانشگاه تشکیل شود. یعنی افراد مشخص برای شرکت در کمیته و شرکت در تیم پرسشگری به حکم رئیس محترم دانشگاه انتخاب می شوند.

همچنین در خصوص شیوه تشکیل و نیز ترکیب تیم پرسشگری توسط اعضای کمیته تصمیم گیری می شود.

کمیته کاهش مرگ و میر مادران صرف نظر از نظارت بر تشکیل و اعزام تیم پرسشگری، دو وظیفه مهم برعهده دارد:
۱- بررسی و دسته بندی دقیق عوامل قابل اجتناب مرگ بر مبنای داده های جمع آوری شده توسط تیم پرسشگری.

۲- طراحی و نظارت بر اجرای مداخلات مقتضی.

کیفیت فعالیت های کمیته کاهش مرگ و میر به طریق اولی از اهمیت بسزایی برخوردار است، چرا که این دو فعالیت اهداف اصلی نظام مراقبت را در بردارند. تضمین و حفظ کیفیت این فعالیت ها در توضوح دستورالعمل ها و دقت فرم های جمع آوری و ثبت داده ها نهفته است.

نظام پایش و ارزشیابی

نظام پایش و ارزشیابی مراقبت از مرگ مادران باردار در سطح دانشگاه از دو مجموعه شکل گرفته است.

۱- پایش و ارزشیابی برنامه مداخله

الف- پایش درونی: که مطابق آن، سطح مداخله کننده فعالیت های مربوط به اجرای مداخله را پایش می کند و نتایج پیشرفت کار را طی گزارشات دوره ای، به کمیته کاهش مرگ مادر ارسال می دارد.
ب- پایش بیرونی: کمیته کاهش مرگ مادر موظف است برای اطمینان از پیشرفت صحیح کار، روند مداخله را به صورت دوره ای ارزشیابی کند.

۲- پایش فعالیت های ساختار نظام مراقبت از مرگ مادری در دانشگاه شامل:

الف - تیم (های) پرسشگری (فرم ۱۱)

ب - کمیته بررسی مرگ مادری (فرم ۱۲)

ابزار پایش و ارزشیابی

- جدول شاخص ها (نام شاخص، نحوه محاسبه، منبع جمع آوری داده ها، دوره محاسبه، سطح محاسبه کننده)
- جداول "اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ" و "جمع بندی گزارش مرگ و محاسبه شاخص های کشوری"

ارزیابی فعالیت های نظام مراقبت مرگ مادری در سطح دانشگاه:

اطلاعات حاصل از انجام نظام مراقبت، ۲ بار در سال، در پایان نیمه اول و دوم سال باید به ستاد کشوری به صورت زیر ارسال گردد:

- در صورت وقوع مرگ مادر فرم گزارش فوری مرگ مادر ظرف ۴۸ ساعت به اداره سلامت مادران، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ارسال گردد.

- برای هر مورد مرگ بررسی شده، لازم است تصویری از فرم های شماره ۷ الی ۱۲ پرسشنامه به همراه "جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ" و صورت جلسه کمیته دانشگاهی در دو نوبت (حداکثر تا ۱۵ مهرماه و ۳۱ فروردین ماه) به اداره سلامت مادران ارسال شود.

- چنانچه اطلاعات به موقع دریافت شود، جدول "جمع بندی گزارش مرگ مادر" در اداره مذکور تکمیل و حداکثر تا ۳۰ آبان و ۱۵ خرداد ماه هر سال به دانشگاه ها ارسال خواهد شد.

از آنجایی که محاسبه شاخص ها در بسیاری از موارد در سطح دانشگاه و دانشکده های کشورمعنی دار نیست، شاخص ها به صورت کشوری و سالانه محاسبه گردیده و به دانشگاه ها ارسال خواهد شد.

فصل نهم

شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری

در مورد تمام شاخص های منبع، دوره و سطح محاسبه کننده داده ها به شرح زیر است:

- منبع جمع آوری داده ها: جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادری
- دوره محاسبه داده ها: سالانه
- سطح محاسبه کننده داده ها: اداره سلامت مادران

شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
۱	مراقبت و پشتیبانی	درصد موارد مرگ مادر به تفکیک محل سکونت	درصد موارد مرگ مادر به تفکیک محل سکونت	کل موارد مرگ
۲		درصد مادران فوت شده در سنین پرخطر به تفکیک (سن زیر ۱۸ سال و بالای ۲۵ سال)	درصد مادران فوت شده در سنین پرخطر به تفکیک (سن زیر ۱۸ سال و بالای ۲۵ سال)	کل موارد مرگ
۳	بهبود کیفیت خدمات سلامت باروری	درصد موارد مرگ مادر به تفکیک گروه تحصیلات (پیسوا، ابتدایی یا نهجست، راهنمایی، دبیرستان یا دبلم، دانشگاهی، دکتر ۱ و فوق تخصص، سایر)	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک گروه تحصیلات (پیسوا، ابتدایی یا نهجست، راهنمایی، دبیرستان یا دبلم، دانشگاهی، دکتر ۱ و فوق تخصص، سایر)	کل موارد مرگ
۴		درصد مادران فوت شده با تعداد بارداری ۵ بار یا بیشتر	تعداد مادران فوت شده با تعداد بارداری ۵ بار یا بیشتر	کل موارد مرگ
۵		درصد مادران فوت شده با فاصله دو بارداری آخر آنان کمتر از ۲ سال	تعداد مادران فوت شده با فاصله دو بارداری آخر کمتر از ۲ سال	کل موارد مرگ (به جز تعداد مادران با بارداری اول)
۶		درصد موارد مرگ مادر با بارداری خوارسته	تعداد مادران فوت شده که در بارداری به دلیل بیماری زمینه ای (قلبی، کلیوی، آسم، دیابت ، ...) و عوارض (خونریزی، عفونت، آبریزش، افت صمغی قلب، ...) در معرض خطر بوده اند	کل موارد مرگ
۷				کل موارد مرگ

شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری (ادامه)

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
۸	بهبود کیفیت خدمات سلامت باروری	درصد مادران فوت شده که پیش از بارداری مراقبت شده اند	تعداد مادران فوت شده که پیش از بارداری مراقبت شده اند	کل موارد مرگ
۹		درصد مادران فوت شده که به موار مخدر اعتیاد داشته اند	تعداد مادران فوت شده که به موار مخدر اعتیاد داشته اند	کل موارد مرگ
۱۰		درصد مادران فوت شده که زمان شروع مراقبت های آنان مناسب بوده	تعداد مادران فوت شده که زمان شروع مراقبت های آنان مناسب بوده	کل موارد مرگ
۱۱		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک مقدار شاخص توده بدنی (BMI)	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک مقدار شاخص توده بدنی (BMI)	کل موارد مرگ
۱۲		درصد مادران فوت شده که متناسب با سن بارداری مراقبت شده اند	تعداد مادران فوت شده که متناسب با سن بارداری مراقبت شده اند	کل موارد مرگ
۱۳		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک مقطع فوت	تعداد مادران فوت شده به تفکیک مقطع فوت	کل موارد مرگ
۱۴		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک محل فوت	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک محل فوت	کل موارد مرگ
۱۵		درصد مادران فوت شده به تفکیک محل زایمان یا ختم بارداری	تعداد مادران فوت شده به تفکیک محل زایمان یا ختم بارداری	کل موارد مرگ مادر (به جز موارد فوت شده در مقطع بارداری)
۱۶		درصد مادران فوت شده به تفکیک عامل زایمان یا ختم بارداری	تعداد مادران فوت شده به تفکیک عامل زایمان یا ختم بارداری	کل موارد مرگ مادر (به جز موارد فوت شده در مقطع بارداری)
۱۷		درصد مادران فوت شده که سزارین شده اند	تعداد مادران فوت شده به تفکیک علت سزارین	کل مادران فوت شده که سزارین شده اند
۱۸	بهبود کیفیت خدمات سلامت باروری	درصد موارد مرگ مادر به تفکیک علت سزارین	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک علت سزارین	کل موارد مرگ
۱۹		تاخیر در ارجاع و تاخیر در درمان دیده می شود	تعداد موارد مرگ که در پرسشنامه (به تفکیک) تاخیر در تصمیم گیری، تاخیر در ارجاع و تاخیر در درمان دیده می شود	کل موارد مرگ
۲۰		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک علت فوت	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک علت فوت	کل موارد مرگ
۲۱		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک گروه های سازمان جهانی بهداشت	تعداد موارد مرگ جهانی بهداشت	کل موارد مرگ

شناختن شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری(ادامه)

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر		
۲۲	۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰ ۱۰	درصد موارد مرگ مادر که به موقع به دانشگاه گزارش شده	تعداد موارد مرگ مادر که به موقع به دانشگاه گزارش شده	کل موارد مرگ		
۲۳		درصد موارد مرگ مادر که پرسشنامه مرگ به موقع تکمیل شده	تعداد موارد مرگ مادر که پرسشنامه مرگ به موقع تکمیل شده	کل موارد مرگ		
۲۴		درصد موارد مرگ مادر که به موقع در کمیته مطرح شده	تعداد موارد مرگ مادر که به موقع در کمیته مطرح شده	کل موارد مرگ		
۲۵		درصد مرگ مادر که اعضای تیم پرستگری کامل بوده اند	تعداد مرگ مادر که اعضای تیم پرستگری کامل بوده اند	کل موارد مرگ		
۲۶		درصد مرگ مادر که کمیته با اعضای کامل تشکیل شده	تعداد مرگ مادر که کمیته با اعضای کامل تشکیل شده	کل موارد مرگ		
۲۷		درصد پرسشنامه هایی که فرم ۶ با سایر فرم ها تناقض دارد	تعداد پرسشنامه هایی که فرم ۶ با سایر فرم ها تناقض دارد	کل موارد مرگ		
۲۸		درصد پرسشنامه هایی که امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب وجود دارد	تعداد پرسشنامه هایی که امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در آنها وجود دارد	کل موارد مرگ		
۲۹		درصد موارد مرگ قابل اجتناب که تکرار شده است	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب که تکرار شده است	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب		
۳۰		درصد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای یا قصور پزشکی	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطا یا قصور پزشکی	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب		
۳۱		درصد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای یا قصور پزشکی به تفکیک رده کارکنان	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای یا قصور پزشکی به تفکیک رده کارکنان	تعداد موارد مرگ قابل خطای پزشکی		
۳۲	درصد استفاده از دستور عمل ملی کشوری در درمان عوارض	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب که در آنها برای درمان عوارض از دستور عمل های کشوری استفاده شده	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب			
۳۳	درصد ارجاع موارد مرگ های قابل اجتناب به نظام پزشکی	تعداد ارجاع موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای پزشکی که از طرف کمیته دانشگاهی به نظام پزشکی ارجاع شده است	به دلیل خطای پزشکی			
۳۴	درصد ارجاع موارد مرگ های قابل اجتناب به هیئت تخلفات	تعداد ارجاع موارد مرگ قابل اجتناب به هیئت تخلفات	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب			
۳۵	۱۰ ۱۰ ۱۰	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر		
۳۶					درصد پرسشنامه هایی که در آنها پیشنهادهای اصلاحی ارائه شده	تعداد پرسشنامه هایی که در آنها پیشنهادهای اصلاحی ارائه شده
۳۷					درصد پرسشنامه های بررسی شده که مسئول مطالعه انتخاب شده	تعداد پرسشنامه های بررسی شده که عنوان مسئول مطالعه برای آنها انتخاب شده
۳۸	۱۰ ۱۰	درصد پرسشنامه هایی که در آنها دوره انجام مطالعه مشخص شده است	تعداد پرسشنامه هایی که در آنها دوره انجام مطالعه مشخص شده است	کل موارد مرگ		
۳۹					درصد پرسشنامه های بررسی شده که پسخوراندن به سطوح و واحدهای مربوطه ارسال شده است	تعداد پرسشنامه های بررسی شده که پسخوراندن به سطوح و واحدهای مربوطه ارسال شده است
۴۰	۱۰ ۱۰	درصد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است	تعداد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است	کل موارد مرگ		
۴۱					درصد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است (حداکثر ۳ ماه)	تعداد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است (حداکثر ۳ ماه)

شناختن شاخص های پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری(ادامه)

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر		
۳۵	۱۰ ۱۰ ۱۰	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر		
۳۶					درصد پرسشنامه هایی که در آنها پیشنهادهای اصلاحی ارائه شده	تعداد پرسشنامه هایی که در آنها پیشنهادهای اصلاحی ارائه شده
۳۷					درصد پرسشنامه های بررسی شده که مسئول مطالعه انتخاب شده	تعداد پرسشنامه های بررسی شده که عنوان مسئول مطالعه برای آنها انتخاب شده
۳۸	۱۰ ۱۰	درصد پرسشنامه هایی که در آنها دوره انجام مطالعه مشخص شده است	تعداد پرسشنامه هایی که در آنها دوره انجام مطالعه مشخص شده است	کل موارد مرگ		
۳۹					درصد پرسشنامه های بررسی شده که پسخوراندن به سطوح و واحدهای مربوطه ارسال شده است	تعداد پرسشنامه های بررسی شده که پسخوراندن به سطوح و واحدهای مربوطه ارسال شده است
۴۰	۱۰ ۱۰	درصد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است	تعداد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است	کل موارد مرگ		
۴۱					درصد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است (حداکثر ۳ ماه)	تعداد مواردی که طراحی مطالعه به اجرا گذاشته شده است (حداکثر ۳ ماه)

پیوست شماره ۱

فرم گزارش فوری مرگ مادر

منابع مورد استفاده

۱. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health (2011)
۲. Global causes of maternal death: a systematic analysis (2014), say lale et al. the lancet global health
۳. <http://www.who.int/reproductivehealth/en/>
۴. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM (2012)
۵. Safe motherhood: preventing pregnancy related illness and death (2001) department of health and human services, CDC
۶. Strategies to reduce pregnancy related deaths, from identification and review to action. CDC (2001)
۷. Trends in Maternal Mortality:1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division
۸. Targets and Strategies for Ending Preventable Maternal Mortality. consensus statement (WHO publication)
۹. Williams obstetrics (2014). Cunningham F. Gary et al

۱۰. بررسی مرگ مادران گزارش شده از اطلاعات نظام کشوری مراقبت مرگ مادری از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۴

۱۱. جان . م . لست، فرهنگ اپیدمیولوژی، ویرایش سوم. ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب(۱۳۷۸)

۱۲. حاتمی، حسین و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی . جلد دوم (۱۳۹۲)

۱۳. مطالعه مرگ های زنان در سنین باروری (RAMOS) جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۵)

۱۴. صفدری، رضا و همکاران. طبقه بندی بین المللی بیماری ها و مشکلات بهداشتی. ویرایش دهم (ICD10) جلد اول، دوم و سوم (۱۳۹۴) . تهیه کننده مرکز مدیریت شبکه . معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و

آموزش پزشکی

هوالحکیم

دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس – اداره سلامت مادران

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری – فرم گزارش فوری مرگ مادر

.....	تکمیل کننده فرم
.....	دانشگاه محل سکونت
.....	شهرستان محل سکونت
.....	دانشگاه محل فوت
.....	شهرستان محل فوت
.....	تاریخ دریافت خبر توسط دانشگاه
.....	نام متوفی
.....	نام خانوادگی متوفی
.....	سن متوفی
.....	تاریخ فوت
.....	علت اولیه فوت یا تشخیص احتمالی
.....	کد ملی متوفی
.....	کد ملی سرپرست خانوار متوفی
.....	تابعیت ایرانی <input type="checkbox"/> ، غیرایرانی با کارت اقامت <input type="checkbox"/> ، غیر ایرانی بدون کارت اقامت <input type="checkbox"/> ، غیر ایرانی با وضعیت اقامت نامشخص <input type="checkbox"/>
.....	نام کشور برای اتباع غیر ایرانی
.....	منطقه سکونت شهر <input type="checkbox"/> ، حاشیه شهر <input type="checkbox"/> ، روستای اصلی <input type="checkbox"/> ، روستای قمر <input type="checkbox"/> ، روستای سیاری <input type="checkbox"/> ، عشایر <input type="checkbox"/>
.....	محل ختم بارداری بیمارستان یا زایشگاه <input type="checkbox"/> ، تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> ، منزل <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام اعزام یا ارجاع به سطح بالاتر) <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) <input type="checkbox"/>
.....	محل فوت بیمارستان یا زایشگاه <input type="checkbox"/> ، تسهیلات زایمانی <input type="checkbox"/> ، منزل <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام اعزام یا ارجاع به سطح بالاتر) <input type="checkbox"/> ، بین راه (هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی یا درمانی) <input type="checkbox"/>
.....	این مورد مرگ مادر محسوب می شود؟ بله <input type="checkbox"/> ، خیر به دلیل علت یا زمان فوت <input type="checkbox"/> ، خیر به دلیل تابعیت <input type="checkbox"/> ، در دست بررسی <input type="checkbox"/>
.....	نام بیمارستان یا زایشگاه یا تسهیلات زایمانی محل فوت
.....	شرح مختصر در مورد وضعیت بارداری، زایمان و فوت

پیوست شماره ۲

فرم‌های پرسشنامه نظام مراقبت

مرگ مادری

هوالحکیم
نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
پرستاشامه بررسی مرگ مادر

<ul style="list-style-type: none"> • دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل فوت • دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل سکونت • شهرستان محل سکونت 	<ul style="list-style-type: none"> • نام و مدرک تحصیلی اعضای تیم پرستگری : • تاریخ تکمیل نهایی پرسشنامه : • تاریخ ارسال گزارش مرگ به دانشگاه :
---	---

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

فرم ۱ : خلاصه اطلاعات (این فرم طی پرستگری بررسی مرگ مادر بر اساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری و بتدریج تکمیل می شود)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:.....		شهرستان:.....		شماره پرسشنامه:.....		منبع اخذ خبر:	
نام و نام خانوادگی متوفی:		کد ملی متوفی:		کد ملی سرپرست خانوار:		منبع اخذ خبر:	
تحصیلات متوفی: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/انجمن <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی و فوق دکتری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		تعداد در هنگام فوت:.....		فاصله دو بارداری اخیر:.....		تعداد مرده زایی:.....	
سن در هنگام فوت:.....		تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:		تاریخ احتمالی زایمان:		تعداد مرده زایی:.....	
علت فوت:		محل فوت:		نام و نسبت همراه بیمار:		تاریخ وقوع بارداری:	
محل سکونت: شهر: <input type="checkbox"/> روستای اصلی: <input type="checkbox"/> روستای قرو: <input type="checkbox"/> روستای سیاری: <input type="checkbox"/> حاشیه شهر: <input type="checkbox"/> ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/>		محل فوت:		تاریخ و ساعت فوت:		نوع زایمان:	
مسیر حرکت و ارجاع (از ابتدا تا انتها)							
میداء	وضعیت مادر	تاریخ	مقصد	وضعیت مادر	ساعت	تاریخ	
مقطع فوت مادر: <input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> زنده ناسالم <input type="checkbox"/> زنده ناسالم <input type="checkbox"/> پس از خانمه بارداری <input type="checkbox"/> ساعت زایمان:							
محل زایمان: <input type="checkbox"/> وضعیتی نوزاد: <input type="checkbox"/> زنده سالم <input type="checkbox"/> زنده ناسالم <input type="checkbox"/> نوع زایمان: <input type="checkbox"/> راهنمای کد گذاری کارکنان							
ساعت	کد کار فنی	تعداد	ساعت	کد کار فنی	تعداد	کد کار فنی	تعداد
	متخصص زنان	OB		سنت	M	پرستار	N
	متخصص بیولوژی	A		ماما	C	راننده	D
	پزشک عمومی	P		مراقب سلامت	B	پزشک قانونی	FID
	سوپر وایزر	S		بهورز	RM	کارشناس آزمایشگاه	LIT
	سایر			ماماروستا	E		
				کارکنان اورژانس	۱۱۵		
				متخصص داخلی			

فرم ۲ : اطلاعات اقباس شده از پرونده خانوار یا مدارک پزشکی (خارج بیمارستانی)

کد کار فنی	اقدامات ضروری انجام نشده	اقدامات انجام شده	وضعیت در معرض خطر بودن	خانه بهداشت	پایگاه بهداشتی/ پایگاه سلامت	مراکز بهداشتی درمانی/ مرکز سلامت جامعه	مطب خصوصی	تسهیلات زایمانی
			باروری سالم					
			پیش از بارداری					
			دوران بارداری					
			ختم بارداری (در صورت ختم بارداری در تسهیلات زایمانی)					
			پس از خاتمه بارداری					

۵

کیفیت ثبت در پرونده خانوار/ مدارک پزشکی :

اطلاعات : کامل	<input type="checkbox"/>	ناقص	<input type="checkbox"/>	توضیح موارد نقص :
اطلاعات : خوانا	<input type="checkbox"/>	ناخوانا	<input type="checkbox"/>	توضیح موارد ناخوانا :

به تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات باید فرم شماره ۲ تکمیل شود
اطلاعات با هماهنگی از پرونده موجود در بخش خصوصی یا سایر مدارک موجود مانند نسخ ، سونوگرافی و ... تکمیل شوند

ادامه فرم ۲ : اطلاعات اقباس شده از پرونده خانوار یا مدارک پزشکی (خارج بیمارستانی)

خانه بهداشت پایگاه بهداشتی/ پایگاه سلامت مراکز بهداشتی درمانی/ مرکز سلامت جامعه مطب خصوصی تسهیلات زایمانی
سفرالات مربوط به پیش از بارداری

- ۱- مراجعه برای مراقبت پیش از بارداری داشته است؟ بلی خیر
- ۲- آزمایشات پیش از بارداری را انجام داده است؟ بلی خیر
- ۳- در معرض خطر تشخیص داده شده است؟ بلی خیر
- ۴- توصیه به عدم بارداری تا زمان بهبود و یا کنترل بیماری گردیده است؟ بلی خیر
- ۵- قبل از بارداری فعلی از روش تنظیم خانوارده استفاده می کرده است؟ بلی خیر
- ۶- استفاده از روش تنظیم خانوارده به چه مدت بوده است؟.....
از چه روش تنظیم خانوارده استفاده شده است؟
قرص آمبول کانوم آیودی طبیعی هیچکدام
- ۸- آیا به مواد مخدر اعتیاد داشته است؟ بلی خیر
- ۹- در صورت بلی نوع ماده اعتیاد آور: در صورت بلی نوع بیماری زمینه ای داشته است؟ خیر
- ۱۰- پیش از بارداری بیماری زمینه ای داشته است؟ بلی خیر
- ۱۱- در صورت بلی نوع بیماری زمینه ای: بیماری کبدی بیماری قلبی و عروقی بیماری تنفسی بیماری هماتولوژیک بیماری ایمونولوژیک اختلال روانی اختلالات عدد چاقی

سفرالات مربوط به بارداری

- ۱- زمان شروع مراقبتها مناسب بوده است؟ بلی خیر
- ۲- تناسب مراقبت با سن بارداری وجود داشته است؟ بلی خیر
- ۳- محل مراقبت ها: بخش دولتی بخش خصوصی هر دو
- ۴- شاخص توده بدنی مادر (BMI) در اولین مراقبت تا ۱۲ هفته چقدر بوده است؟ بلی خیر
- ۵- آیا حاملگی پرخطر تشخیص داده شده است؟ بلی خیر
- ۶- در صورت بلی دلیل بیماری زمینه ای بوده است؟ بلی خیر

۵

- ۷- در صورت بی نوع بیماری زمینه ای:
- بیماری کلبوی بیماری کبوی بیماری قلبی و عروقی بیماری تنفسی بیماری هانتولورویک بیماری ایمنولورویک اختلال روانی اختلالات غدد چاقی سرطان ایدز
- ۸- آیا حاملگی پرخطر بتایل دوران بارداری بوده است؟ خیر بلی
- ۹- در صورت بی نوع عارضه دوران بارداری:
- پره اکلامپسی شدید/ اکلامپسی سابقه جراحی رحم(سزارین و میومکتومی) مرگ داخل رحمی نوزاد (IUPD) چندقلویی مول حاملگی نابجا جانشین جهت زودرس جفت جفت سرراهی نوزاد ناهنجار پلی هیدر آمنیوس/الیک هیدر آمنیوس کوریو آمنیوتیت
- ۱۰- آیا حاملگی پرخطر بتایل عوارض اجتماعی بوده است؟ خیر بلی
- در صورت بی بتایل: اعتیاد به مواد مخدر
- ۱۱- سن زیر ۱۸ سال سن بالای ۳۵ سال فاصله حاملگی کمتر از دو سال
- ۱۲- آیا نیاز به ارجاع به سطح بالاتر داشته است؟ خیر بلی
- ۱۳- در صورت بی آیا ارجاع صورت گرفته است؟ خیر بلی
- ۱۴- در صورت ارجاع فینیک داده شده است؟ خیر بلی

۶۵

سئوالات مربوط به دوره پس از زایمان

- ۱- در مراقبت اول در بیمارستان علائم خطر داشته است؟ خیر بلی
- ۲- مراقبت دوم به موقع انجام شده است؟ خیر بلی
- ۳- مورد غیر طبیعی دیده شده است؟ خیر بلی
- ۴- به مراقبت ویژه نیاز داشته است؟ خیر بلی
- ۵- مراقبت سوم به موقع انجام شده است؟ خیر بلی

فرم ۳ الف : اظهارنامه کارکنان فنی (خارج بیمارستانی)

ک کار فنی (این فرم در اولین فرصت حداکثر تا یک هفته پس از وقوع فوت و توسط خود کادر فنی بدون انجام مصاحبه تکمیل شود)
 فقط وقایع مشاهده شده، صحبت‌ها و اقداماتی که توسط خود فرد یا دیگران برای مقوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

اظهارات کادر فنی

.....

۶۵

فرم ۳ ب : مصاحبه با کارکنان فنی (خارج بیمارستانی)

مانا روستایی خانه بهداشت پایگاه بهداشتی / پایگاه سلامت مرکز بهداشتی درمانی / مرکز سلامت جامعه مطب خصوصی تسهیلات زایمانی

توضیحات	کد کار فنی	شرح مراقبت‌های انجام شده
		<p>موراد زیر از کادر فنی پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود.</p> <p>سلامت عمومی :</p> <p>وضعیت سلامت مادر در دوران بارداری و قبل از آن، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو و تنظیم خانواده قبل از این بارداری :</p> <p>تحت پوشش بودن، روش پیشگیری، مدت استفاده، مدت عدم استفاده از روش پیشگیری تا بارداری، ثبت پرونده، ... مراقبت‌های دوران بارداری :</p> <p>زمان شروع مراقبت‌ها، آزمایشات معمول بارداری، تعداد و نوع مراقبت‌ها، نیاز مادر به پزشک و علت آن، وجود پس‌خورداند پزشک در موارد ارجاع، ... اقدام قبل از فوت :</p> <p>- چه مدت قبل از فوت مادر را دیدید ؟ - آیا اقدام خاصی قبل از فوت انجام دادید؟ - مادر با چه علامتی فوت کرده، علت فوت چه بود؟ آیا فکر می‌کنید اقدام خاصی لازم بود که در صورت انجام آن مادر فوت نمی‌کرد</p>

در صورت لزوم به تعداد کارکنان فنی فرم اضافه کرد.
 با توجه به بررسی انجام شده در فرم ۲ و ۳ آیا مادر در معرض خطر است؟ بلی خیر در صورت پاسخ بلی علت ذکر شود .

فرم ۴ : اطلاعات اقباس شده از اسناد پزشکی (بیمارستانی)

بیمارستان، زایشگاه دولتی بیمارستان، زایشگاه خصوصی

کد کار فنی	وضعیت بیمار در هنگام ارجاع	اقدامات انجام شده	شرح وضعیت بیمار از بدو ورود	تاریخ / ساعت	نام واحد

نتیجه بر اساس پرونده

عجل فونت :

تشخیص نهایی :

ساعت فوت :

تاریخ فوت :

کیفیت ثبت در اسناد پزشکی :

اطلاعات : کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/>	توضیح موارد نقص :
اطلاعات : خوانا <input type="checkbox"/> ناخوانا <input type="checkbox"/>	توضیح موارد ناخوانا :

فرم ۵ الف : - اظهارنامه کارکنان فنی (بیمارستانی)

<p>کد کارکن فنی (این فرم در اولین فرصت تا حداکثر یک هفته پس از وقوع فوت و توسط خود کارکن فنی بدون انجام مصاحبه تکمیل شود) فقط وقایع مشاهده شده، صحبت‌ها و اقداماتی که توسط خود فرد یا دیگران برای متوفی انجام شده بدون هیچگونه فشارات و نتیجه‌گیری و ... نوشته شود</p> <p>اظهارات کارکن فنی</p> <p>.....</p>
--

فرم ۵ ب : مصاحبه با کارکنان فنی (بیمارستانی)

بیمارستان یا زایشگاه دولتی بیمارستان یا زایشگاه خصوصی

توضیحات	کد کارکن فنی	توضیحات
		<p>موارد زیر از هر یک اعضاء فنی پرسنیده و توضیحات به‌طور کامل نوشته شود.</p> <p>رخدادهای مرتبط با متوفی از هنگام ورود تا فوت :</p> <p>فاصله زمانی پذیرش بیمار تا اولین معاینه، وضعیت خانم در اولین معاینه، اولین فرد معاینه کننده، وضعیت بارداری خانم ، اولین تشخیص و اقدام، سایر اقدامات، مدت زمان بستری، سایر علائم بیماری، علت فوت، تجهیزات و کمبودها</p> <p>- آیا فکر می‌کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن ، مرگ مادر اتفاق نمی‌افتاد؟</p>

با توجه به اطلاعات فرم‌های ۳ و ۵ آیا تمامی اقدامات ضروری متناسب با وضعیت مادر و به موقع ارائه شده است؟ بلی خیر

فرم ۶ : مصاحبه با اطر اقیان مادر

توضیحات	نسبت اطر اقیان	نظر اطر اقیان متوقفی
		<p>مادره زیر از اطر اقیان پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود.</p> <p>رخدادهای مرتبط با متوقفی از زمان شروع مشکل تا هنگام فوت، اقدامات خانوادگی در زمان بروز مشکل، اقدامات درمانی خانواده وجود مشکلات و موانع اقدام ماما روستا یا ماما محلی، مدت زمان تصمیم گیری برای ارجاع نحوه انتقال مادر، مدت زمان انتقال، علت تأخیر، وجود مرکز یا واحد درمانی در نزدیکی محل سکونت، علائم بیماری، تا زمان مرگ،</p> <p>- آیا فکر می کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن مرگ مادر اتفاق نمی افتاد؟</p> <p>واحد درمانی : مدت زمان ورود بیمار تا پذیرش وی، اقدامات انجام شده در واحد در صورت حضور (وجود اتفاق خاص یا غیر طبیعی توصیه ها و خواسته های افراد فنی از خانواده ،</p>

فرم ۶ (ادامه): مصاحبه با اطر اقیان مادر

توضیحات	نسبت اطر اقیان	نظر اطر اقیان متوقفی
		<p>سلامت عمومی : وضعیت سلامتی مادر در دوران بارداری و قبل از آن سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو،</p> <p>مراقبت های دوران بارداری : دریافت مراقبت ها، محل دریافت مراقبت ها، زمان شروع مراقبت، ارجاع به پزشک، وجود مدارک پزشکی،</p> <p>عوامل اجتماعی : سن اولین ازدواج، تعداد کل فرزندان زنده، شغل متوقفی و همسر، وابستگی مالی به همسر، وضعیت اقتصادی، بهداشتی و بیمه خانواده سطح سواد متوقفی و همسر،</p> <p>آیا فکر می کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن ، مرگ مادر اتفاق نمی افتاد ؟</p>

آیا بین اطلاعات فرم ۶ و سایر فرمها تناقضی وجود دارد؟ بلی خیر

در صورت پاسخ بلی، تفاوت ها را بنویسید.

فرم ۹ : شبکه علیت تعیین عمل بروز عوامل و طراحی مداخله آن

	مداخله اول	علت اول	عامل اول
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت دوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت سوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت اول	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت دوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت سوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت اول	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت دوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت سوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		

۶۵

فرم ۱۰ : جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده برای کاهش عوامل قابل اجتناب مرگ مادری

نام مادر :
تاریخ تشکیل کمیته:

ردیف	راه حل (فعالیت مداخله)	سطح مسئول مداخله	فرد مسئول اجرا	زمان یا دوره اجرا	واحد فعالیت تعداد	فی	کل مزینیه	محل تامین اعتبار	پایش اجرا		علت تاخیر یا عدم اجرا
									اجرا در زمان مقرر	تاریخ اجرا	
۱											
۲											
۳											
۴											

۶۶

مداخلات طراحی شده در کمیته باید حداکثر ظرف ۳ ماه اجرا گردیده و جداول کامل شده به دفتر سلامت خانواده و جمعیت اداره سلامت مادران ارسال گردد.

(رئیس دانشگاه فرم ۱۰ را برای اجرا ابلاغ می‌کند.)

فرم ۱۱: پایش فعالیت‌های تیم پرستگری، برای بررسی مرگ مادری

محل یا فور گزارش کننده:		تاریخ گزارش مرگ:		نام متوفی:	
				ب- زمان سنجی فعالیت‌ها:	
				۱- زمان مرگ:	
				۲- تاریخ ثبت گزارش در دبیرخانه شبکه	
				۳- تاریخ صدور حکم ماهوریت	
				۴- شروع پرستگری	
				۵- تحویل نتیجه پرستگری به دبیر کمیته	
				پ- همکاری با پرستگری (مطلوب - نامطلوب)	
				۱- اطرافیان مادر	
				۲- کارکنان فنی	
				۳- برای ملاحظه اسناد	
				ت- ترکیب تیم پرستگری (کامل - ناقص)	
				ث- کیفیت داده‌ها (مناسب - نامناسب):	
				۱- اتوپسی شفاهی	
				۲- پرستگری محرمانه	
				۳- اتوپسی بالینی	

فرم ۱۲: پایش فعالیت کمیته بررسی مرگ مادری

ساختار نیروی انسانی نظام مراقبت مرگ مادری در دانشگاه		تاریخ برگزاری جلسه تعیین ساختار:	
کارشناس نظارت بر درمان استان: دانشگاه	کارشناس مسئول بهداشت خانواده استان: دانشگاه	دبیر کمیته بررسی مرگ مادری:	
کارشناس مامایی یا کارشناس برنامه مامویان:	کارشناس متخصص زنان و زایمان:	متخصص زنان و زایمان:	
افراد اضافه شده به اعضای کمیته بررسی مرگ مادری:			
تاریخ ابلاغ احکام اعضاء از طرف رئیس دانشگاه:		زمان پیش بینی شده برای بازبینی ساختار نیروی انسانی	
عملکرد کمیته در هر نوبت بررسی مرگ			
الف- نام متوفی:		ب- زمان سنجی و نتایج فعالیت‌ها:	
		۱- زمان تحویل نتیجه پرستگری به دبیر کمیته	
		۲- تاریخ برگزاری جلسه بررسی علت	
		- آیا ترکیب اعضای جلسه، کامل بوده (بله - خیر)	
		آیا نتیجه جلسه به شناسایی علل قابل پیشگیری منجر شده؟ (بله - خیر)	
		۳- تاریخ بررسی برنامه مداخله توسط کمیته	
		آیا ترکیب اعضای جلسه، کامل بوده (بله - خیر)	
		آیا مداخله مشخصی در نظر گرفته شده (بله - خیر)	
		۴- تاریخ ابلاغ مداخله به واحدهای دیگر	
		۵- زمان پیش بینی شده برای ارزیابی مداخله	
		۶- زمان برگزاری جلسه برای ارزیابی مداخله	

پیوست شماره ۳

راهنمای تیم پرسشگری و

دستور عمل تکمیل پرسشنامه

پرسشنامه بررسی مرگ مادر (پیوست شماره ۲) شامل بخش های زیر است که با توجه به سیر بیماری تا فوت مادر تکمیل می شود:

۱- خلاصه اطلاعات

۲- اطلاعات اکتیاس شده از پرونده خانوار - خارج بیمارستانی

۳- که شامل دو بخش الف و ب است. بخش ۳ الف فرم اظهارات کارکنان فنی و بخش ۳ ب فرم مصاحبه با کارکنان فنی خارج بیمارستانی است (ماما روستا، خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی، مرکز بهداشتی درمانی، مرکز سلامت جامعه، مطب خصوصی، تسهیلات زایمانی)

۴- اطلاعات اکتیاس شده از اسناد پزشکی (بیمارستان/ زایشگاه)

۵- که شامل دو بخش الف و ب است. بخش ۵ الف فرم اظهارنامه کارکنان فنی و بخش ۵ ب مصاحبه با کارکنان فنی بیمارستانی است (بیمارستان/ زایشگاه)

۶- مصاحبه با اطرافیان بیمار

۷- خلاصه گزارش بررسی مرگ مادر

فرم ها با توجه به موضوع، طبق جدول زیر تکمیل می شوند:

عنوان	فرم های مورد نیاز
مادر در منزل فوت شده و به بیمارستان مراجعه نکرده است	فرم های شماره ۲،۱، ۳، ۶، ۷ و ۸ و ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲
مادر در بین راه فوت شده و به بیمارستان مراجعه نکرده است	
مادر به بیمارستان مراجعه کرده است	تکمیل تمامی فرم ها
مادر بین راه فوت شده ولی به بیمارستان مراجعه کرده است	

دستور عمل تکمیل پرسشنامه

فرم ۱: خلاصه اطلاعات

فرم شماره ۱ که خلاصه اطلاعات فرد فوت شده می باشد به تدریج در طی پرسشگری بررسی مرگ مادر کامل می گردد.

بخش اول: در این بخش پس از درج نام دانشگاه و شهرستان محل سکونت، شماره پرسشنامه و منبع اخذ خبر، اطلاعات عمومی متوفی به شرح زیر با استفاده از پرونده خانوار، اسناد پزشکی و یا اظهارات اطرافیان متوفی تکمیل می شود.

- نام و نام خانوادگی متوفی با توجه به شناسنامه یا پرونده بیمارستانی یا هر مدرک معتبر دیگر

- کد ملی متوفی و کد ملی سرپرست خانوار

- میزان تحصیلات متوفی (طبق گزینه های ذکر شده در فرم)

- سن متوفی به هنگام فوت با توجه به شناسنامه یا هر مدرک معتبر دیگر

- سابقه باروری شامل فاصله دو بارداری اخیر، تعداد بارداری، زایمان، سقط، مرده زایی و تعداد فرزندان زنده (به تفکیک دختر و پسر)، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، تاریخ احتمالی زایمان و وضعیت خواسته بودن بارداری از نظر مادر (با ذکر بلی یا خیر)

- علت فوت شامل بیماری، صدمه یا عارضه ای که طی دوران بارداری، زایمان یا پس از خاتمه بارداری به طور مستقیم یا غیر مستقیم باعث مرگ مادر شده است.

- محل فوت به صورت بیمارستان، منزل، مطب و یا هر محل دیگری

- تاریخ و ساعت فوت به طور کامل (روز، ماه و سال)

- نام و نام خانوادگی و نسبت همراه متوفی

- آدرس محل سکونت متوفی با ذکر منطقه سکونت به تفکیک شهر / روستای اصلی / روستای قمر/ سیاری و حاشیه شهر

تکمیل تمام موارد ذکر شده در این بخش از جمله کد ملی متوفی و سرپرست خانوار، میزان تحصیلات متوفی و تعیین منطقه سکونت الزامی است.

بخش دوم: این قسمت شامل مسیر حرکت و ارجاع و وضعیت متوفی حین ارجاع از منزل تا آخرین مقصد ارجاع با ذکر ساعت و تاریخ است که می باید به ترتیب نوشته شود. (مطابق نمونه ارائه شده در پیوست شماره ۷)

بخش سوم: این قسمت مقطع فوت متوفی را به صورت بارداری، ختم بارداری و یا پس از خاتمه بارداری مشخص می کند.

- بارداری: مرگ مادر در طول بارداری (از زمان شروع حاملگی تا شروع دردهای واقعی زایمان)

- ختم بارداری: مرگ مادر طی زایمان (از زمان شروع دردهای واقعی تا پس از خروج جفت)

- پس از خاتمه بارداری: مرگ مادر در طول دوران پس از خاتمه بارداری (از خروج جفت تا شش هفته پس از خاتمه بارداری و بعد از آن)

نکته: در مواردی که مرگ مادر در ۴۲ روز پس از سقط، مول یا بارداری خارج رحم رخ داده است برای پاسخ گزینه

پس از خاتمه بارداری انتخاب شود.

در صورتی که مادر حین خاتمه بارداری یا پس از آن فوت کرده باید محل، عامل، نوع و ساعت زایمان (یا خاتمه بارداری) در مقابل هر کدام نوشته شود. همچنین وضعیت نوزاد یا نوزادان برحسب گزینه های زیر علامت گذاری گردد:

- نوزاد زنده: نوزادی که موقع تولد یا بعد از تولد خود به خود نفس می کشد یا ضربان قلب داشته و یا حرکات خود به خود عضلات را از خود نشان دهد.

- نوزاد مرده: نوزادی که بیش از ۲۲ هفته در رحم بوده، هیچکدام از علائم حیاتی را نداشته باشد یعنی نفس نکشد، ضربان قلب و حرکات عضلات ارادی را نداشته باشد.

- نوزاد سالم:

• پره ترم (کمتر از ۳۷ هفته کامل بارداری) نباشد؛

• LBW (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم) نباشد؛

• در معاینه فیزیکی، اعضاء و اندام های وی ناهنجاری و مشکل فونکسیونلی (عملکردی) نداشته باشد؛

• در معاینه عصبی، رفلکس های نوزادی، طبیعی باشد.

- نوزاد ناسالم: نوزادی که فاقد یکی از مشخصات نوزاد سالم باشد، ناسالم محسوب می شود.

بخش چهارم: مربوط به تکمیل راهنمای کد گذاری کارکنان فنی است. در این بخش به منظور محرمانه نگاه داشتن اطلاعات در فرم های مختلف پرسشنامه بررسی مرگ مادر باید از نوشتن اسامی کارکنانی که به نحوی در ارائه مراقبت و درمان متوفی دخالت داشته اند خودداری نموده و از کدهای قراردادی (کد کادر فنی) در حین مصاحبه و تکمیل پرسشنامه استفاده شود. در صورتی که در ستون تعداد، بیش از یک نفر ثبت شده باشد، باید کدهای مربوطه در فرم های ۲ الف و ب و ۵ الف و ب به ترتیب مصاحبه شوند. مانند M1, M2, M3 و....

فرم ۲: اطلاعات اکتباس شده از پرونده خانوار – خارج بیمارستانی

پس از بررسی دقیق اطلاعات مندرج در پرونده خانوار، فرم و دفاتر باروری سالم و مراقبت ممتد مادران باردار، در صورتی که مادر در معرض خطر بوده است، چکیده ای از وضعیت مادر به صورت اقدامات انجام شده و اقدامات ضروری انجام نشده در موارد باروری سالم، پیش از بارداری، بارداری، ختم بارداری (در موارد ختم بارداری در تسهیلات) و پس از خاتمه بارداری متوفی ثبت گردد.

اهم نکات مربوط به هر یک از این موارد به شرح زیر است:

باروری سالم

- بررسی استفاده یا عدم استفاده مادر از برنامه باروری سالم قبل از بارداری؛
- در صورت عدم استفاده، بررسی علت عدم استفاده یا ترک وسیله و تاریخ آن؛
- اقدامات ضروری در صورت استفاده از برنامه شامل بررسی :
 - کامل بودن فرم فاصله گذاری بین تولدها؛
 - مناسب بودن روش پیشگیری توصیه شده با مشخصات زن واجد شرایط؛
 - پیگیری و انجام معاینات دوره ای زنان استفاده کننده از برنامه باروری سالم توسط پرسنل بهداشتی طبق فرم پرونده خانوار؛
 - پیگیری و انجام معاینات دوره ای قلب و ریه توسط پزشک؛
 - بررسی تاریخ مراجعات مادر به منظور اطمینان از استفاده صحیح مادر از روش پیشگیری؛
 - بررسی آخرین تاریخ استفاده از وسیله پیشگیری و زمان حاملگی مادر به منظور شناسایی مادرانی که هم زمان با بارداری از وسیله پیشگیری از بارداری نیز استفاده می کرده اند.

پیش از بارداری

- مراجعه برای مراقبت پیش از بارداری و انجام مراقبت ها
- ارجاع مادر جهت انجام آزمایش های پیش از بارداری (آزمایش های روتین و آزمایش های تکمیلی درخواستی) و ویزیت مادر جهت بررسی پاسخ آزمایشات توسط پزشک؛
- پیگیری نتایج آزمایش های مادر توسط پرسنل ذیربط؛
- تجویز مکمل
- تعیین شاخص توده بدنی مادر (BMI)
- تعیین وضعیت واکسیناسیون مادر و تزریق واکسن توام در صورت نیاز (طبق دستورالعمل)؛
- تشخیص در معرض خطر بودن
- اعتیاد به مواد مخدر و نوع ماده اعتیاد آور
- تشخیص بیماری زمینه ای و نوع بیماری زمینه ای: بیماری کلیوی، بیماری کبدی، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی، بیماری هماتولوژیک، بیماری ایمونولوژیک، اختلال روانی، اختلالات غدد، چاقی، سرطان، ایدز و...
- توصیه به پیشگیری از بارداری تا زمان بهبود و یا کنترل بیماری

دوران بارداری

- مناسب بودن زمان شروع مراقبت ها (هفته ۶ تا ۱۰)، تناسب تعداد مراقبت با سن بارداری
- محل مراقبت ها: شامل بخش دولتی، بخش خصوصی، هر دو
- تشکیل پرونده مراقبت های دوران بارداری؛
- ثبت صحیح و کامل وضعیت مامایی و سوابق پزشکی مادر در فرم مراقبت های دوران بارداری؛
- ثبت تاریخ آخرین قاعدگی و تعیین صحیح تاریخ احتمالی زایمان؛
- تعیین وضعیت توده بدنی مادر (BMI) در ابتدای بارداری؛
- تعیین وضعیت واکسیناسیون کزاز مادر و تزریق واکسن توأم در صورت نیاز (طبق دستورالعمل)؛
- ارجاع مادر جهت انجام آزمایش های دوران بارداری (آزمایش های روتین و آزمایش های تکمیلی درخواستی) و ویزیت مادر جهت بررسی پاسخ آزمایشات توسط پزشک؛
- پیگیری نتایج آزمایش های مادر توسط پرسنل ذیربط؛
- انجام مراقبت های معمول مادر از زمان شناسایی طبق دستورالعمل مراجعات مادر؛
- انجام و ثبت مراقبت های مربوطه شامل اندازه گیری وزن، فشار خون، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین و بررسی ادم و کم خونی و سایر نشانه های خطر (لکه بینی، ...)؛
- شناسایی شرایطی که مادر طبق دستور عمل مراقبت های خارج بیمارستانی، نیاز به ارجاع غیر فوری یا فوری پیدا می کند؛
- شناسایی مادران با سن کمتر از ۱۸، بیشتر از ۳۵ سال، بارداری پنجم یا بیشتر، فاصله دو بارداری دو سال یا کمتر؛
- وجود بیماری زمینه ای و نوع بیماری شامل بیماری کلیوی، بیماری کبدی، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی، بیماری هماتولوژیک، بیماری ایمونولوژیک، بیماری نورولوژیک، اختلال روانی، اختلالات غدد، چاقی، سرطان، ایدز ، ...
- اعتیاد به مواد مخدر و نوع ماده اعتیاد آور
- وجود عوارض دوران بارداری؛
- پره اکلامپسی شدید/ اکلامپسی سابقه جراحی رحم (سزارین و میوکتومی)، مرگ داخل رحمی نوزاد (IUFD)، چند قلبویی، مول، حاملگی نا به جا، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، نوزاد ناهنجار، پلی هیدرآمنیوس، اولیگوهیدرآمنیوس، کوریوآمنیونیت و غیره
- بررسی زمان و نحوه ارجاع (فوری و غیر فوری) مادران باردار نیازمند به ارجاع؛
- بررسی وجود پسخوراند از مرکز ارجاع شده؛
- بررسی زمان و نحوه پیگیری مادران ارجاع شده طبق پسخوراند ارسال شده از مرکز ارجاع؛
- انجام یک نوبت معاینه توسط ماما ترجیحاً در ماه نهم؛
- دادن آموزش های مناسب با سن بارداری در هر بار مراجعه و مراقبت از مادر و ثبت در فرم مراجعات بهداشتی مادر و جدول موضوعات آموزشی؛
- تجویز مکمل های دارویی دوران بارداری (طبق دستورالعمل).

زایمان (در موارد زایمان در تسهیلات زایمانی)

- ارزیابی علائم خطر اولیه و ارجاع در صورت نیاز

تعیین مرحله زایمان، تشکیل پرونده، تکمیل فرم زایمان و پارتوگراف

- انجام مراقبتهای مراحل اول تا دوم (پرسیدن سوالات، کنترل علائم حیاتی، پیشرفت زایمان و انقباضات، شنیدن صدای قلب جنین، انجام معاینات واژینال و لئوپولد و ...)، توجه به علائم خطر و اقدام در صورت غیر طبیعی بودن موارد

- انجام مراقبت های مراحل سوم و چهارم (برای مادر: تزریق اکسی توسین، خروج جفت، بررسی جفت از نظر کامل بودن، اطمینان از جمع بودن رحم، بررسی کانال زایمان، ترمیم اپیزیاتومی در صورت نیاز ، کنترل خونریزی و علائم حیاتی، اقدام در صورت غیر طبیعی بودن موارد، ... - برای نوزاد: ارزیابی سریع نوزاد، کلمپ بند ناف، الصاق دستبند، تمیز کردن و پوشاندن نوزاد، تماس پوست با پوست و شروع شیردهی)

- انجام مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان (برای مادر: بررسی حال عمومی و اطمینان از جمع بودن رحم، کنترل خونریزی و علائم حیاتی، وضعیت دفع ادرار، اقدام در صورت غیر طبیعی بودن موارد، تجویز مکمل ها، ارائه آموزش ها و ترخیص بعد از ۶ ساعت - برای نوزاد: بررسی نشانه های خطر، عفونت ها و صدمات و سایر موارد غیر طبیعی، کنترل سرد بودن نوزاد، تزریق واکسن های بدو تولد و ویتامین K، ارائه آموزش مراقبت از نوزاد، اقدام در صورت غیر طبیعی بودن موارد، معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص)

پس از زایمان

- ثبت وضعیت زایمانی مادر در فرم مراقبت های دوران بارداری؛

- انجام به موقع و ثبت مراقبت های مادر در دوران پس از زایمان یک بار طی روزهای اول تا سوم، یک بار طی روزهای ۱۰ تا ۱۵ و یک بار طی روزهای ۳۰ تا ۴۲

- انجام مراقبت های لازم پس از زایمان شامل بررسی وضع رحم، میزان خونریزی، فشار خون، درجه حرارت، وضعیت پستان ها و وزن مادر؛

- بررسی علائم خطر در مادر؛ وجود مورد غیر طبیعی یا نیاز به مراقبت ویژه

- بررسی زمان و نحوه ارجاع مادر نیازمند به ارجاع؛

- بررسی وجود پسخوراند از مرکز ارجاع شده؛

- بررسی زمان ونحوه پیگیری مادران ارجاع شده طبق پسخوراند ارسال شده از مرکز ارجاع؛

- دادن آموزش های مناسب با وضعیت مادر در هر بار مراجعه و ثبت آنها در فرم مراجعات بهداشتی مادر؛

- تجویز مکمل های دارویی پس از زایمان (طبق دستورالعمل)؛

نکته: مواردی نظیر اشتباه در انجام مراقبت، نقص در تکمیل پرونده، عدم پیگیری مادر و... در ستون اقدامات ضروری انجام نشده نوشته شود. مانند مادری که بارداری های متعدد داشته و از روش پیشگیری از بارداری نیز استفاده نمی کرده و یا در دوران بارداری افزایش وزن سریع داشته و هیچ اقدامی برای وی انجام نشده است.

کیفیت ثبت در پرونده خانوار

حدود انتظارات در خصوص کیفیت ثبت اطلاعات در پرونده به شرح زیر است:

- ثبت کلیه مراقبت های انجام شده برای مادر در پرونده خانوار شامل مراقبت های باروری سالم، پیش از بارداری، دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان؛

- وجود سوابق مربوط به آزمایش های دوران بارداری، فرم های ارجاع مادر به مراکز بالاتر و پسخوراند ارجاع از مراکز بالاتر؛

- مطابقت اطلاعات ثبت شده در فرم های فاصله گذاری و مراقبت بارداری با دفاتر مراقبت مربوطه.

نکته: در صورت عدم وجود هر یک از موارد فوق در پرونده خانوار، اطلاعات ناقص محسوب می شود.

در ادامه فرم ۲ ، سوالاتی مربوط به وضعیت سلامت و نحوه مراقبت ها در مقاطع مختلف ذکر شده که باید علامت زده شود

فرم های اظهار نامه کارکنان فنی (فرم های ۳ الف و ۵ الف)

این فرم ها باید در اولین فرصت پس از وقوع فوت، توسط خود کادر فنی و در محیطی آرام و بدون اضطراب تکمیل و امضا شود. به همین منظور این فرم باید توسط تیم پرسشگری برای کادر فنی ارسال شود تا قبل از انجام مصاحبه و تکمیل فرم های ۳ ب یا ۵ ب به تیم پرسشگری تحویل داده شود (حداکثر تا یک هفته بعد از فوت).

از کادر فنی بخواهید فقط وضعیت متوفی، وقایعی که مشاهده کرده ، صحبت هایی که شنیده و اقداماتی که توسط خود فرد یا دیگران برای او انجام شده عینا و بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... در این فرم بنویسد.

نکته مهم: علاوه بر فرم های اظهار نامه باید فرم های مصاحبه با کارکنان فنی نیز طبق دستور العمل و توسط تیم پرسشگری تکمیل شوند و فرم اظهار نامه به هیچ عنوان جایگزین مصاحبه نمی باشد.

فرم های مصاحبه با کارکنان فنی (فرم شماره ۳ ب و ۵ ب)

قبل از شروع مصاحبه، به منظور جلب اعتماد کادر فنی، تیم پرسشگری باید هدف از تکمیل پرسشنامه، اهمیت برنامه و محرمانه بودن آن را برای افراد مصاحبه شونده شرح داده، هر گونه ابهامی را بر طرف و سپس اقدام به تکمیل فرم ها نماید.

در فرم های ۳ ب و ۵ ب نتیجه مصاحبه حضوری با کادر فنی دخیل در امر مراقبت و درمان مادر ثبت خواهد شد. سئوالات مطرح شده در ستون های شرح مراقبت ها و خدمات درمانی به عنوان راهنما برای انجام پرسشگری نوشته شده است. با توجه به مورد مرگ، ممکن است تمام یا تعدادی از سئوالات مربوط به یک قسمت پرسیده و نوشته شود. در عین حال چنانچه نیاز به سئوالات دیگری است که در پرسشنامه ذکر نشده، لازم است این سئوالات مطرح و پاسخ در قسمت توضیحات ثبت گردد.

نکته: ثبت هر سخنی که به نحوی با مرگ مادر مرتبط بوده و به نتیجه گیری کمک می کند ضروری است.

در مصاحبه ابتدا کد پاسخ دهنده (با توجه به راهنمای کد گذاری) و سپس توضیحات وی نوشته می شود. بدیهی است که هر سؤال می تواند چند پاسخ دهنده داشته باشد.

فرم ۳ ب: مصاحبه با کارکنان فنی خارج بیمارستان (ماما روستا، خانه بهداشت،

پایگاه بهداشتی، مرکز بهداشتی درمانی، مرکز سلامت جامعه، مطب،

تسهیلات زایمانی)

سلامت عمومی

وضعیت سلامت مادر در دوران بارداری و قبل از آن: بررسی سابقه هر گونه بیماری در مادر قبل از حاملگی بر اساس بیماری ها ثبت شده در فرم مراقبت مادران باردار و بررسی سلامت جسمی و روحی مادر از ابتدای بارداری تا پایان آن که توسط پزشک یا کارکنان بهداشتی تایید شده است.

– سابقه مصرف دارو: بررسی سابقه مصرف هر نوع دارو حین بارداری بجز داروهایی که بعنوان مکمل (مولتی ویتامین، آهن واسید فولیک) در زمان های خاص به مادر داده می شود.

سلامت باروری قبل از این بارداری

– تحت پوشش بودن: در صورتی که خانم از یکی از روش های مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص، کاندوم، آیودی، آمپول، نورپلنت، توبکتومی و وازکتومی) و یا از سایر روش های مطمئن موجود در بخش خصوصی استفاده می کرده، تحت پوشش روش پیشگیری از بارداری محسوب می شود.

– روش پیشگیری و مدت استفاده از آن: هر نوع روش (مدرن یا سنتی) و مدت استفاده از آن که توسط خانم و یا همسر وی برای پیشگیری از بارداری انتخاب شده است.

– مدت عدم استفاده از روش پیشگیری تا بارداری: مدت زمانی که مادر قبل از بارداری خود، از وسیله پیشگیری از بارداری انتخابی استفاده نکرده است.

ثبت پرونده: ثبت نوع روش و تاریخ مراجعات در فرم فاصله گذاری مادر در صورت استفاده از روش های پیشگیری و ثبت علت ترک و تاریخ آن در صورت ترک روش پیشگیری قبل از بارداری.

مراقبت های دوران بارداری

زمان شروع مراقبت ها: زمانی که برای مادر پرونده بهداشتی تشکیل و اولین مراقبت انجام شده است.

آزمایش های معمول بارداری: شامل تعیین گروه خون، ارهاش، میزان هموگلوبین،... است.

– تعداد و نوع مراقبت ها: عبارتند از مراقبت های معمول که شامل ۸ بار مراقبت در صورت طبیعی بودن همه شرایط است. و مراقبت های ویژه که توسط پزشک یا ماما به دلیل وجود مشکل در بارداری وپس از زایمان انجام می شود.

– نیاز مادر به پزشک و علت آن: عبارتند از موارد ارجاع غیر فوری شامل غیر طبیعی بودن نتیجه آزمایش ها و معاینات دوران بارداری و یا وجود عوامل خطر، داشتن سابقه بیماری ها زمینه ای همراه با حاملگی و وجود علائم خطر در بارداری های قبلی است و موارد ارجاع فوری شامل وجود خونریزی، غیر طبیعی بودن صدای قلب جنین، اختلال فشار خون در بارداری، عفونت و... است.

– وجود پسخوراند پزشک در موارد ارجاع: شامل ساعت و تاریخ ملاقات بیمار، ثبت داروهای مورد نیاز مادر، آموزش نکات بهداشتی مورد نیاز، اقدامات انجام شده توسط پزشک، اقداماتی که بایستی توسط عامل ارجاع انجام شود و نام و نام خانوادگی پزشک ملاقات کننده بیمار در فرم پسخوراند است.

تشخیص نهایی: علت اصلی مرگ مادر شامل بیماری، صدمه یا عارضه ای است که طی بارداری، زایمان و پس از آن به طور مستقیم یا غیر مستقیم منجر به مرگ مادر شده است.

کیفیت ثبت در اسناد پزشکی

حدود انتظارات در خصوص کامل بودن اسناد پزشکی شامل مشاهده:

– ثبت دقیق وضعیت بیمار در شرح حال پزشکی وی، همراه با ثبت تاریخ و ساعت ملاقات و نام و نام خانوادگی فرد معالج؛

– ثبت تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار در پرونده بیمارستانی وی، همراه با نام و نام خانوادگی فرد اقدام کننده و تاریخ و ساعت اقدام انجام شده؛

– وجود کلیه سوابق مهم پزشکی شامل آزمایش ها، درخواست های مشاوره، برگ شرح عمل در اسناد پزشکی بیمار. نکته: درصورت نبود هر یک از موارد فوق در بررسی اسناد پزشکی، اطلاعات ناقص محسوب می شود.

فرم ۶: مصاحبه با اطرافیان مادر

مصاحبه و جمع آوری اطلاعات احتمالاً برای خویشاوندان متوفی غم انگیز است و باید با توجه به عزادار بودن خانواده و اظهار همدردی با غم آنان هدف از مصاحبه و اهمیت همکاری آنها در کاهش مرگ مادران برای خانواده توضیح داده شود. این فرم همانند فرم های ۳ ب و ۵ ب تکمیل می شود.

فرم ۷: خلاصه گزارش بررسی مرگ مادر

تیم پرسشگری پس از جمع آوری اطلاعات (مدارک پزشکی، اظهارنامه و مصاحبه با کارکنان فنی و اطرافیان متوفی) باید با همکاری یکدیگر، گزارش مرگ مادر را تدوین نمایند. نکات کلیدی دریافت شده باید به ترتیب زمان و محل به صورت داستان مرگ بازنویسی شود. این امر سبب می شود تا علل زنجیره ای مرگ از دوران بارداری تا زمان فوت راحت تر بررسی شود. در این گزارش نکات زیر باید ثبت شود:

- مشخصات کلی مادر: سن، تعداد بارداری، زایمان، سقط و نوزاد زنده؛
- شرح مختصری از مراقبت های دوران بارداری، تاریخ آخرین قاعدگی و تاریخ احتمالی زایمان، وضعیت تنظیم خانواده، سابقه بیماری ها قبلی و یا فعلی و بارداری های قبلی مادر؛
- شرح مختصر زایمان: نوع و محل و فرد کمک کننده به زایمان (عامل زایمان)، وضعیت نوزاد، وزن زمان تولد، علت مراجعه، مسیر حرکت، نحوه انتقال مادر، سیر زایمان، مشکلات هنگام زایمان، ...
- اقدامات انجام شده و مراقبت های پس از زایمان، طول مدت بستری، وضعیت جسمانی مادر، علت مرگ،...
- هر نوع اشکال در پرسشگری، جمع آوری و ثبت اطلاعات در انتهای گزارش مرگ.

فرم ۸: بررسی عوامل قابل اجتناب و علت فوت مادر

کمیته کاهش مرگ و میر مادران پس از مطالعه و بررسی کلیه مطالب ذکر شده در پرسشنامه باید مراحل زیر را در تکمیل فرم ۸ طی کند:

- در قسمت اول باید تعیین شود که آیا عوامل قابل اجتناب در سطوح خارج بیمارستانی یا بیمارستانی و خطاهای پزشکی که در جدول ذکر شده در مرگ مادر موثر بوده اند یا خیر؟
- در جدول بعدی عوامل تأخیر موثر بر مرگ مادر و مدت زمان تأخیر مشخص گردد.
- در جدول بعدی به سوالات زیر پاسخ داده شود :
- مقطع فوت (بارداری، ختم بارداری و پس از خاتمه بارداری)
- آیا در مجموع، مرگ قابل اجتناب بوده؟
- در صورتی که مرگ قابل اجتناب بوده آیا عامل قابل اجتناب در مرگ های قبلی در سطح همان دانشگاه از یک سال قبل تا کنون تکرار شده بوده یا خیر؟
- آیا عامل قابل اجتناب جزو خطا یا قصور پزشکی ذکر شده در جدول یا سایر موارد خطا یا قصور بوده ؟
- خطا یا قصور پزشکی توسط کدام رده انجام شده؟ متخصص(در هر رشته ای)، پزشک عمومی، ماما، سایر رده های کارکنان
- آیا پرونده از طرف کمیته برای بررسی به نظام پزشکی ارجاع شده است؟
- آیا در صورت تخلف، فرد یا افراد به هیئت تخلفات اداری یا هیئت تخلفات هیئت علمی معرفی شده اند؟
- در آخرین قسمت به سوالات زیر پاسخ داده شود
- ابتدا بر اساس مدارک بیمارستانی، گواهی فوت و نظر کمیته دانشگاهی، علت فوت نوشته شود.
- در سوال بعد مشخص شود که آیا پس از فوت برای اتوپسی اقدام شده یا خیر و اگر اقدام شده علت فوت بر اساس نتیجه اتوپسی نوشته شود.
- در سوال آخر مشخص شود که علت منجر به مرگ با توجه به راهنمای سازمان جهانی بهداشت (پیوست شماره ۴) در کدامیک از گروه ها قرار می گیرد ؟

فرم ۹: شبکه علیت تعیین علل و عوامل موثر بر مرگ مادر و طراحی مداخله

پس از شناسایی عوامل موثر در مرگ مادر (مندرج در فرم ۸) باید ۲ مورد از عوامل بر اساس اولویت انتخاب و به فرم ۹ منتقل شود در این فرم برای هر یک از عوامل انتخاب شده محلی برای درج حداکثر چهار علت اصلی و برای هر علت نیز محلی برای نوشتن چهار مداخله در نظر گرفته شده است.

فرم ۱۰: جدول فعالیت تفضیلی مداخلات تعیین شده برای کاهش عوامل قابل

اجتناب مرگ مادری

مداخلات تعیین شده در فرم ۹ برای سازماندهی منابع و برنامه ریزی برای اجرا شامل: مشخص کردن سطح مسئول مداخله، فرد مسئول اجرا، زمان یا دوره اجرا، واحد فعالیت، تعداد، فی، کل هزینه، محل تامین اعتبار به فرم ۱۰ منتقل و پس از تکمیل شدن با امضاء رئیس دانشگاه جهت اجرا به سطوح مربوطه ابلاغ می شود.

ضمنا سه ستون آخر فرم ۱۰ جهت پایش اجرای مداخلات در نظر گرفته شده که در آن تاریخ اجرا و اینکه اجرا در زمان مقرر انجام شده یا خیر مشخص می شود همچنین در صورت عدم اجرا یا تأخیر ذکر علت آن ضروری است.

فرم ۱۱: پایش فعالیت های تیم پرسشگری برای بررسی در کمیته کاهش

مرگ مادری

این فرم به منظور پایش فعالیت های تیم پرسشگری و بر اساس اطلاعات ثبت شده در فرم های قبلی و قضاوت اعضاء کمیته تکمیل می شود و نتیجه آن ادامه کار تیم پرسشگری یا اعمال اصلاحاتی در جهت بهبود پرسشگری های بعدی است.

فرم ۱۲: پایش فعالیت های کمیته بررسی مرگ مادری

اطلاعات این فرم در کمیته دانشگاهی ثبت و در ستاد مرکزی به منظور پایش فعالیت های کمیته دانشگاهی بررسی می گردد.

پیوست شماره ۴

جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ

۷۹

مادران ICD-MM

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM		جدول کاربردی سازهایی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران ICD-MM	
		گروه اول: حاملگی منتهی به سقط	
کد (ICD)	Group 1: pregnancy with abortive outcome		
000	Ectopic pregnancy	حاملگی خارج رحمی	
000.0	Abdominal pregnancy	حاملگی شکمی	
000.1	Tubal pregnancy	حاملگی لوله ای شامل: حاملگی فالوپین - پارگی لوله فالوپ به علت حاملگی - سقط لوله ای	
000.2	Ovarian pregnancy	حاملگی تخمدانی	
000.8	Other ectopic pregnancy	سایر حاملگی های خارج رحم شامل: حاملگی بر کوزن رحم - در یکی از شاخه های رحم بر شاخ - داخل رحمی - جاری	
000.9	Ectopic pregnancy, unspecified	حاملگی خارج رحمی نامشخص	
001	Hydatidiform mole	مول هیداتیدوم	
001.0	Complete hydatidiform mole	مول هیداتیدوم کامل شامل: مول هیداتیدوم کامل	
001.1	Incomplete and partial hydatidiform mole	مول هیداتیدوم ناقص یا ناقص	
001.9	Hydatidiform mole, unspecified	مول هیداتیدوم نامشخص شامل: بیماری ترومبولیتیک - مول وزیکولر	
002	Other abnormal products of conception	سایر محصولات غیر طبیعی حاملگی	
002.0	Blighted ovum and nonhydatidiform mole	تنم پرموده و مول غیر هیداتیدوم شامل: مول گوشتی یا کارنیوس - مول گوشتی یا القس - مول داخل رحمی - تنم پالمیوریک	
002.1	Missed abortion	سقط فراموشی شده شامل: مرگ زودرس جنین یا حفظ جنین مرده	
002.8	Other specified abnormal products of conception	سایر محصولات غیر طبیعی شناخته شده (مشخص) حاملگی	
002.9	Abnormal product of conception, unspecified	محصولات غیر طبیعی نامشخص حاملگی	

۸۰

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علی منجر به مرگ مادران



(IDC) کد	Group 1: pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
003	Spontaneous abortion	سقط خودبخودی شامل : سقط جنین غیر عمدی
003.0	Spontaneous abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط خودبخودی: ناکامل، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
003.1	Spontaneous abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط خودبخودی: ناکامل، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
003.2	Spontaneous abortion : incomplete, complicated by embolism	سقط خودبخودی: ناکامل، با عارضه آمبولی
003.3	Spontaneous abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سقط خودبخودی: ناکامل، با عوارض نامشخص یا دیگر
003.4	Spontaneous abortion : incomplete, without complication	سقط خودبخودی: ناکامل، بدون عارضه
003.5	Spontaneous abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
003.6	Spontaneous abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
003.7	Spontaneous abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عارضه آمبولی
003.8	Spontaneous abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عوارض نامشخص یا دیگر
003.9	Spontaneous abortion : complete or unspecified, without complication	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص بدون عارضه
004	Induced abortion	سقط پزشکی (تألیف) شامل: ختم حاملگی بصورت قائلویی- ختم حاملگی بصورت درمئی
004.0	Medical abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط پزشکی ناکامل با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
004.1	Medical abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط پزشکی ناکامل با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
004.2	Medical abortion : incomplete, complicated by embolism	سقط پزشکی ناکامل با عارضه آمبولی
004.3	Medical abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سقط پزشکی ناکامل با عوارض نامشخص یا دیگر
004.4	Medical abortion : incomplete, without complication	سقط پزشکی ناکامل بدون عارضه

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علی منجر به مرگ مادران



(IDC) کد	Group 1: pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
004.5	Medical abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
004.6	Medical abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
004.7	Medical abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عارضه آمبولی
004.8	Medical abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عوارض نامشخص یا دیگر
004.9	Medical abortion : complete or unspecified, without complication	سقط پزشکی کامل یا نامشخص بدون عارضه
005	Complications following abortion and ectopic and molar pregnancy	عوارض به دنبال سقط و حاملگی مولار و خارج از رحم
005.0	Other abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سایر سقط ها: ناکامل، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
005.1	Other abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سایر سقط ها: ناکامل، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
005.2	Other abortion : incomplete, complicated by embolism	سایر سقط ها: ناکامل، با عارضه آمبولی
005.3	Other abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سایر سقط ها: ناکامل، با عوارض نامشخص یا دیگر
005.4	Other abortion : incomplete, without complication	سایر سقط ها: ناکامل، بدون عارضه
005.5	Other abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص، سقط پزشکی ناکامل با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
005.6	Other abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
005.7	Other abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص، با عارضه آمبولی
005.8	Other abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص، با عوارض نامشخص یا دیگر
005.9	Other abortion : complete or unspecified, without complication	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص، بدون عارضه

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران



کد (ICD)	Group 1: pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
006	Unspecified abortion	سقط نامشخص
006.0	Unspecified abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط نامشخص: ناکامل ، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
006.1	Unspecified abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط نامشخص: ناکامل ، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
006.2	Unspecified abortion : incomplete, complicated by embolism	سقط نامشخص: ناکامل ، با عارضه آمبولی
006.3	Unspecified abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سقط نامشخص: ناکامل ، با عوارض نامشخص یا دیگر
006.4	Unspecified abortion : incomplete, without complication	سقط نامشخص: ناکامل ، بدون عارضه
006.5	Unspecified abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
006.6	Unspecified abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
006.7	Unspecified abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عارضه آمبولی
006.8	Unspecified abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عوارض نامشخص یا دیگر
006.9	Unspecified abortion : complete or unspecified, without complication	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، بدون عارضه
007	Failed attempted abortion	سقط جنین ناموفق
007.0	Failed medical abortion, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط پزشکی ناموفق ، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
007.1	Failed medical abortion, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط پزشکی ناموفق با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
007.2	Failed medical abortion, complicated by embolism	سقط پزشکی ناموفق با عارضه آمبولی
007.3	Failed medical abortion, with other and unspecified complications	سقط پزشکی ناموفق با عوارض نامشخص یا دیگر
007.4	Failed medical abortion, without complication	سقط پزشکی ناموفق بدون عارضه

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران



کد (ICD)	Group 1: pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
007.5	Other and unspecified failed attempted abortion, complicated by genital tract and pelvic infection	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
007.6	Other and unspecified failed attempted abortion, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
007.7	Other and unspecified failed attempted abortion, complicated by embolism	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص با عارضه آمبولی
007.8	Other and unspecified failed attempted abortion, with other and unspecified complications	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص با عوارض نامشخص یا دیگر
007.9	Other and unspecified failed attempted abortion, without complication	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص بدون عارضه

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربرد سی‌اچ‌دی‌۱۰ جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران ICD-MM

کد (ICD)	گروه دوم؛ اختلالات افزایش فشارخون در حاملگی، زایمان و پس از زایمان	گروه سوم؛ خونریزی مابینایی
O11	Pre-eclampsia superimposed on chronic hypertension	ووجوداختلال فشارخون بالا از قبل به همراه پروتئینوری زوده آکلامپسی اعلام شده یا تشدید شده)
O12	Gestational [pregnancy-induced] oedema and proteinuria without hypertension	ادم بارداری به همراه پروتئینوری بدون فشارخون بالا
O12.0	Gestational oedema	ادم بارداری
O12.1	Gestational proteinuria	پروتئینوری بارداری
O12.2	Gestational oedema with proteinuria	ادم بارداری به همراه پروتئینوری
O13	Gestational [pregnancy-induced] hypertension	فشار خون بالای بارداری بدون پروتئینوری واضح
O14	Pre-eclampsia	پره آکلامپسی
O14.0	Mild pre-eclampsia	پره آکلامپسی خفیف
O14.1	Severe pre-eclampsia	پره آکلامپسی شدید
O14.2	HELLP syndrome	سندرم هِلپ
O14.9	Pre-eclampsia, unspecified	پره آکلامپسی نامشخص
O15	Eclampsia	اکلامپسی
O15.0	Eclampsia in pregnancy	اکلامپسی در بارداری
O15.1	Eclampsia in labour	اکلامپسی حین دردهای زایمان
O15.2	Eclampsia in the puerperium	اکلامپسی پس از زایمان
O15.9	Eclampsia, unspecified as to time period	اکلامپسی در دوره زمانی تعریف نشده
O16	Unspecified maternal hypertension	فشار خون بالای نامشخص در مادر

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربرد سی‌اچ‌دی‌۱۰ سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران ICD-MM

کد (ICD)	گروه سوم؛ obstetric haemorrhage	گروه سوم؛ خونریزی مابینایی
O20	Haemorrhage in early pregnancy	خونریزی در بارداریهای سنین ۱۹ سال یا کمتر (به استثنای موارد منتهی به سقط که در گروه یک قرار می گیرد)
O20.0	Threatened abortion	تهدید به سقط
O20.8	Other haemorrhage in early pregnancy	سایر خونریزی ها در بارداریهای سنین ۱۹ سال یا کمتر
O20.9	Haemorrhage in early pregnancy, unspecified	خونریزی نامشخص در بارداریهای سنین ۱۹ سال یا کمتر
O43	Placental disorders	اختلالات جفت
O43.2	Morbidly adherent placenta	جفت چسبیده عارضه دار
O44	Placenta praevia	جفت سر راهی
O44.1	Placenta praevia with haemorrhage	جفت سرراهی با خونریزی شامل: جفت سرراهی مارزینال - جفت سرراهی پارشیال - جفت سرراهی توتال
O45	Premature separation of placenta [abruptio placentae]	جدائعهگی زودرس جفت یا کمدگی جفت
O45.0	Premature separation of placenta with coagulation defect	جدائعهگی زودرس جفت با اختلال انعقادی شامل: خونریزی همراه با آلبیترینیوزیسم - همراه با DIC - همراه با هپتوسیندیروم
O45.8	Other premature separation of placenta	سایر جدائعهگی های زودرس جفت
O45.9	Premature separation of placenta, unspecified	جدائعهگی زودرس جفت نامشخص
O46	Antepartum haemorrhage, not elsewhere classified	خونریزی هنگام بارداری که در جای دیگر طبقه بندی نشده
O46.0	Antepartum haemorrhage with coagulation defect	خونریزی هنگام بارداری با اختلال انعقادی
O46.8	Other antepartum haemorrhage	سایر خونریزی های هنگام بارداری
O46.9	Antepartum haemorrhage, unspecified	خونریزی هنگام بارداری نامشخص

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM
 جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران MM – ICD



کد (IDIC)	گروه سوم : خونریزی ممانی	گروه سوم : خونریزی ممانی
067	Labour and delivery complicated by intrapartum haemorrhage, not elsewhere classified	زایمان و تولد نوزاد به همراه خونریزی در بارداری طبقه بندی نشده در جایی دیگر
067.0	Intrapartum haemorrhage with coagulation defect	خونریزی حین زایمان همراه با نقص انعقادی شامل: خونریزی همراه با آنتیپروترومبیا - همراه با هیپوفبرینولیز یا هیپوفبرینولژنیا
067.8	Other intrapartum haemorrhage	سایر خونریزی ها حین زایمان
067.9	Intrapartum haemorrhage, unspecified	خونریزی حین زایمان نامشخص
071.0	Rupture of uterus before onset of labour	پارگی رحم پیش از شروع زایمان
071.1	Rupture of uterus during labour	پارگی رحم طی زایمان
071.3	Obstetric laceration of cervix	پارگی ممانی سرویکس
071.4	Obstetric high vaginal laceration alone	پارگی ممانی بالای دیواره واژن به تنهایی (به دیواره لگن آسیب نرسیده باشد)
071.7	Obstetric haematoma of pelvis	هماتوم ممانی در لگن شامل: هماتوم پریینه - هماتوم واژن - هماتوم رتر
072	Postpartum haemorrhage	خونریزی پس از زایمان
072.0	Third-stage haemorrhage	خونریزی مرحله سه زایمان شامل: خونریزی بعد از زایمان، غیر انعقادی یا چسبندگی جفت
072.1	Other immediate postpartum haemorrhage	سایر خونریزی های فوری پس از زایمان شامل: خونریزی بیش از زایمان جفت - خونریزی پس از زایمان نامشخص (انوشی یا اینرسی)
072.2	Delayed and secondary postpartum haemorrhage	خونریزی پس از زایمان تأخیری و ثانویه شامل: خونریزی همراه با باقیماندن بخشی از جفت یا غشاهای - خونریزی همراه با باقیماندن محصورات حاملگی - بیش از زایمان
072.3	Postpartum coagulation defects	اختلال انعقادی پس از زایمان شامل: آنتیپروترومبیا بعد از زایمان - فبرینولیز بعد از زایمان

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM
 جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران MM – ICD



کد (IDIC)	گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری	گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری
023	Infections of genitourinary tract in pregnancy	عفونت دستگاه ادراری تناسلی در بارداری
023.0	Infections of kidney in pregnancy	عفونت کلیه در بارداری
023.1	Infections of bladder in pregnancy	عفونت مثانه در بارداری
023.2	Infections of urethra in pregnancy	عفونت پیشابراه در بارداری
023.3	Infections of other parts of urinary tract in pregnancy	عفونت قسمتهای دیگر دستگاه ادراری در بارداری
023.4	Unspecified infection of urinary tract in pregnancy	عفونت نامشخص دستگاه ادراری در بارداری
023.5	Infections of the genital tract in pregnancy	عفونت دستگاه تناسلی در بارداری
023.9	Other and unspecified genitourinary tract infection in pregnancy	عفونت های دیگر و نامشخص دستگاه ادراری و تناسلی در بارداری
041.1	Infection of amniotic sac and membranes	عفونت کیسه آمنیوتیک و غشاهای شامل: آمنیوتیت - کوریو آمنیوتیت - مامبرانیت - پلاستیت
075.3	Other infection during labour	سایر عفونتها طی زایمان و تولد نوزاد
085	Puerperal sepsis	سپسیس ممانی
086	Other puerperal infections	سایر عفونت های ممانی شامل: لادوتیت ممانی - تب ممانی - پریوتیت ممانی - سپسیس ممانی
086.0	Infection of obstetric surgical wound	عفونت زخم جراحی ممانی
086.1	Other infection of genital tract following delivery	سایر عفونت های مجرای تناسلی بیش از زایمان
086.2	Urinary tract infection following delivery	عفونت مجرای ادراری بیش از زایمان
086.3	Other genitourinary tract infections following delivery	سایر عفونت های مجرای ادراری تناسلی بیش از زایمان

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران MM – ICD

کد (ICD)	گروه 4: pregnancy related infection	گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری
O86.4	Pyrexia of unknown origin following delivery	تب با منشأ نامشخصه دنبال زایمان
O86.8	Other specified puerperal infections	سایر عفونت های مشخص نظامی
O91	Infections of breast associated with childbirth	عفونت پستان مرتبط با تولد نوزاد
O91.0	Infection of nipple associated with childbirth	عفونت نپیل مرتبط با تولد نوزاد
O91.1	Abscess of breast associated with childbirth	آبسه پستان مرتبط با تولد نوزاد
O91.2	Nonpurulent mastitis associated with childbirth	ماستیت (التهاب سینه) غیرچرکی مرتبط با تولد نوزاد
A34	Obstetrical tetanus	کزاز در نتیجه انفامات ممانی

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران MM – ICD

کد (ICD)	گروه 5: other obstetric complications	گروه پنجم : سایر عوارض ممانی
O21.1	Hyperemesis gravidarum with metabolic disturbance	استفراغ زیاد در حاملگی همراه با اختلال متابولیک
O21.2	Late vomiting of pregnancy	استفراغ دیررس در بارداری
O22	Venous complications in pregnancy	عوارض عروقی در حاملگی
O22.3	Deep phlebotrombosis in pregnancy	تلمبوژویمبوزیس عمیق در بارداری
O22.5	Cerebral venous thrombosis in pregnancy	ترومبوز وریدهای مغزی در بارداری
O22.8	Other venous complications in pregnancy	سایر عوارض وریدی در بارداری
O22.9	Venous complication in pregnancy, unspecified	عوارض وریدی نامشخص در بارداری
O24.4	Diabetes mellitus arising in pregnancy	دیابت شیرینی که در حاملگی به وجود آمده است
O26.6	Liver disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium	اختلالات کبدی در بارداری، زایمان و پس از زایمان شامل: کلستاز(ایترا هپاتیک) در بارداری، کلستاز ممانی
O44.0	Placenta praevia specified as without haemorrhage	جفت سر راهی مشخص بدون خونریزی
O71	Other obstetric trauma	سایر آسیبهای ممانی، شامل آسیب با ابزار
O71.2	Postpartum inversion of uterus	وارونه شدن رحم بعد از زایمان
O71.5	Other obstetric injury to pelvic organs	سایر آسیب های ممانی به ارگان های لگنی
O71.6	Obstetric damage to pelvic joints and ligaments	آسیب ممانی به لیگامانها و مفاصل لگنی
O71.8	Other specified obstetric trauma	سایر موارد مشخص آسیب ممانی
O71.9	Obstetric trauma, unspecified	آسیب ممانی، نامشخص

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربرد دی سازمان جهانی بهداشت برای کده گذاری علی منجز به مرگ مادران ICD –MM

کد (IDIC)	Group 5:other obstetric complications	گروه پنجم : سایر عوارض ماهی
O73	Retained placenta and membranes, without haemorrhage	پایماندن جفت و غشایا بدون خونریزی
O73.0	Retained placenta without haemorrhage	پایماندن جفت بدون خونریزی
O73.1	Retained portions of placenta and membranes, without haemorrhage	پایماندن بعضی از جفت و غشایا بدون خونریزی
O75.4	Other complications of obstetric surgery and procedures	سایر عوارض جراحی و اقدامات ماهی
O75.8	Other specified complications of labour and delivery	سایر عوارض مشخص زایمان
O75.9	Complication of labour and delivery, unspecified	عوارض نامشخص زایمان
O87	Venous complications in the puerperium	عوارض عروقی پس از زایمان
O87.1	Deep phlebothrombosis in the puerperium	تلیوثرومبوز عمقی در دوره نقاس
O87.3	Cerebral venous thrombosis in the puerperium	ترومبوز ورید مغزی در دوره نقاس
O87.9	Venous complication in the puerperium, unspecified	عوارض عروقی دوره نقاس ، نامشخص
O88	Obstetric embolism	آمبولی ماهی
O88.0	Obstetric air embolism	آمبولی هوا
O88.1	Amniotic fluid embolism	آمبولی مایع آمنیوتیک شامل : سندرم آنفلوئانزویک بارداری
O88.2	Obstetric blood-clot embolism	آمبولی لخته خون
O88.3	Obstetric pyaemic and septic embolism	آمبولی چرکی و سپتیک
O88.8	Other obstetric embolism	سایر آمبولی های ماهی

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربرد دی سازمان جهانی بهداشت برای کده گذاری علی منجز به مرگ مادران ICD –MM

کد (IDIC)	Group 5:other obstetric complications	گروه پنجم : سایر عوارض ماهی
O90	Complications of the puerperium, not elsewhere classified	عوارض نقاس طبقه بندی نشده در جای دیگر
O90.0	Disruption of caesarean section wound	پارگی زخم سزارین
O90.1	Disruption of perineal obstetric wound	پارگی زخم زایمانی پرینه
O90.2	Haematoma of obstetric wound	هماتوم زخم ماهی
O90.3	Cardiomyopathy in the puerperium	کاردیومیوپاتی در دوره نقاس
O90.4	Postpartum acute renal failure	نازرسایی حاد کلیه پس از زایمان شامل : سندرم هانتوریتال
O90.5	Postpartum thyroiditis	تیروئیدیت پس از زایمان
O90.8	Other complications of the puerperium, not elsewhere classified	سایر عوارض نقاس طبقه بندی نشده در جای دیگر شامل پارگی جفت
O90.9	Complication of the puerperium, unspecified	عوارض نقاس ، نامشخص

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران



(IDC) كد	Group 6:unanticipated complications of management	گروه ششم : عوارض غیر قابل انتظار از درمان (عوارض بیوشی)
O29	Complications of anaesthesia during pregnancy	عوارض بیوشی طی بارداری
O29.0	Pulmonary complications of anaesthesia during pregnancy	عوارض ریوی هنگام بیوشی طی بارداری شامل : پیلومونیت آسپیراسیون - استنشاق محتویات و ترشحات معده - سندرم مفلسون - کلپس فشاری ریه
O29.1	Cardiac complications of anaesthesia during pregnancy	عوارض قلبی هنگام بیوشی طی بارداری شامل : ایست قلبی - نارسانگی قلبی
O29.2	Central nervous system complications of anaesthesia during pregnancy	عوارض سیستم عصبی مرکزی هنگام بیوشی طی بارداری شامل : سیربال آنوکسی
O29.3	Toxic reaction to local anaesthesia during pregnancy	واکنش سمی به بیوشی موضعی طی بارداری
O29.5	Other complications of spinal and epidural anaesthesia during pregnancy	سایر عوارض بیوشی های اسپینال و اپیدورال طی بارداری
O29.6	Failed or difficult intubation during pregnancy	شکست یا سختی لوله گذاری (انتروپیتیشن) طی بارداری
O29.8	Other complications of anaesthesia during pregnancy	سایر عوارض بیوشی طی بارداری
O29.9	Complication of anaesthesia during pregnancy, unspecified	عوارض بیوشی طی بارداری ، نامشخصه
O74	Complications of anaesthesia during labour and delivery	عوارض بیوشی طی زایمان شامل : عوارض مادری ناشی از تجویز یک بیوشی عمومی یا موضعی ، ضد درد و یا خوب آور طی زایمان
O74.0	Aspiration pneumonitis due to anaesthesia during labour and delivery	پیلومونیت آسپیراسیون به دلیل بیوشی طی زایمان شامل : استنشاق محتویات و ترشحات معده - سندرم مفلسون
O74.1	Other pulmonary complications of anaesthesia during labour and delivery	سایر عوارض ریوی هنگام بیوشی طی زایمان شامل : کلپس فشاری ریه به دلیل بیوشی طی زایمان
O74.2	Cardiac complications of anaesthesia during labour and delivery	عوارض قلبی هنگام بیوشی طی زایمان شامل : ایست قلبی - نارسانگی قلبی

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM

ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران



(IDC) كد	Group 6:unanticipated complications of management	گروه ششم : عوارض غیر قابل انتظار از درمان (عوارض بیوشی)
O74.3	Central nervous system complications of anaesthesia during labour and delivery	عوارض سیستم عصبی مرکزی هنگام بیوشی طی زایمان شامل : سیربال آنوکسی
O74.4	Toxic reaction to local anaesthesia during labour and delivery	واکنش سمی به بیوشی موضعی طی زایمان
O74.6	Other complications of spinal and epidural anaesthesia during labour and delivery	سایر عوارض بیوشی های اسپینال و اپیدورال طی زایمان
O74.7	Failed or difficult intubation during labour and delivery	شکست یا سختی لوله گذاری (انتروپیتیشن) طی زایمان
O74.8	Other complications of anaesthesia during labour and delivery	سایر عوارض بیوشی طی زایمان
O74.9	Complication of anaesthesia during labour and delivery, unspecified	عوارض بیوشی طی زایمان ، نامشخصه
O89	Complications of anaesthesia during the puerperium	عوارض بیوشی پس از زایمان شامل : عوارض مادری تجویز یک داروی بیوشی عمومی یا موضعی ، ضد درد یا سایر خواب اویزا در دوره طلسم
O89.0	Pulmonary complications of anaesthesia during the puerperium	عوارض ریوی هنگام بیوشی پس از زایمان شامل : پیلومونیت آسپیراسیون - استنشاق محتویات و ترشحات معده - سندرم مفلسون - کلپس فشاری ریه
O89.1	Cardiac complications of anaesthesia during the puerperium	عوارض قلبی هنگام بیوشی پس از زایمان شامل : ایست قلبی - نارسانگی قلبی
O89.2	Central nervous system complications of anaesthesia during the puerperium	عوارض سیستم عصبی مرکزی هنگام بیوشی پس از زایمان شامل : سیربال آنوکسی
O89.3	Toxic reaction to local anaesthesia during the puerperium	واکنش سمی به بیوشی موضعی پس از زایمان
O89.5	Other complications of spinal and epidural anaesthesia during the puerperium	سایر عوارض بیوشی های اسپینال و اپیدورال پس از زایمان
O89.6	Failed or difficult intubation during the puerperium	شکست یا سختی لوله گذاری (انتروپیتیشن) پس از زایمان
O89.8	Other complications of anaesthesia during the puerperium	سایر عوارض بیوشی پس از زایمان
O89.9	Complication of anaesthesia during the puerperium, unspecified	عوارض بیوشی پس از زایمان ، نامشخصه

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM
ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران



کد (IDIC)	گروه هفتم: عوارض غیر حاملگی	گروه هفتم: عوارض غیر حاملگی
O10	Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	التهاب شش خون از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O10.0	Pre-existing essential hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	التهاب شش خون اولیه از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O10.1	Pre-existing hypertensive heart disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری قلبی ناشی از فشار خون از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O10.2	Pre-existing hypertensive renal disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری کلیه ناشی از فشار خون از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O10.3	Pre-existing hypertensive heart and renal disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری قلبی و کلیه ناشی از فشار خون از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O10.4	Pre-existing secondary hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	التهاب شش خون ثانویه ناشی از فشار خون از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O10.9	Unspecified pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	التهاب شش خون ثانویه نامشخص از قبل موجود که برای حاملگی، زایمان و پس از زایمان ایجاد عارضه می کند
O24	Diabetes mellitus in pregnancy	دیابت شیرین در حاملگی
O24.0	Diabetes mellitus in pregnancy; Pre-existing diabetes mellitus, insulin-dependent	سابقه دیابت شیرین وابسته به انسولین از قبل موجود
O24.1	Diabetes mellitus in pregnancy; Pre-existing diabetes mellitus, non-insulin-dependent	سابقه دیابت شیرین غیر وابسته به انسولین از قبل موجود
O24.2	Diabetes mellitus in pregnancy; Pre-existing malnutrition-related diabetes mellitus	سابقه دیابت شیرین مرتبط با تغذیه نامناسب از قبل موجود
O24.3	Diabetes mellitus in pregnancy; Pre-existing diabetes mellitus, unspecified	سابقه دیابت شیرین نامشخص از قبل موجود
O24.9	Diabetes mellitus in pregnancy, unspecified	دیابت شیرین در بارداری، نامشخص

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM
ICD – MM – جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران



کد (IDIC)	گروه هفتم: عوارض غیر حاملگی	گروه هفتم: عوارض غیر حاملگی
O98	Maternal infectious and parasitic diseases classifiable elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری عفونی یا انگلی مادر که در حقی دیگر طبقه بندی شده ولی باعث عارضه در بارداری، زایمان و پس از زایمان می شوند
O98.0	Tuberculosis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سل یا توبریکولوزیس که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند
O98.1	Syphilis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سیناس که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند
O98.2	Gonorrhoea complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	گنوره (سوزاک) که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند
O98.3	Other infections with a predominantly sexual mode of transmission complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر عفونت های منتقل شونده جنسی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند
O98.4	Viral hepatitis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	هپاتیت ویروسی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند سایر بیماریهای ویروسی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند
O98.5	Other viral diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماریهای ویروسی دیگر
O98.6	Protozoal diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	نقاس سیستم ایمنی انسانی (HIV) که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود
O98.7	Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر عفونت های مادری و بیماری های انگلی شامل: تبهای ویروسی خونی، تبهای ویروسی ...
O98.8	Other maternal infectious and parasitic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری عفونی یا انگلی نامشخص در مادر باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شوند
O98.9	Unspecified maternal infectious or parasitic disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM
جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران MM – ICD



(ICD) کد	Group 7 :non-obstetric complications	گروه هشتم : عوامل غیر حاملگی
O99.0	Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	کم خونی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: آنمی تغذیه ای (قر آهن، ریتاسین، B12 ، فولاد) ، آنمی ناشی از تغذیه کم‌گلوبولین قرمز (اختلالات آنزیمی، تالاسمی، سیگل سل و...) ، آنمی آپلاستیک
O99.1	Other diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر بیماریهای خونی و اندامهای خونساز و سایر اختلالات خاص دستگاه ایمنی که باعث عارضه در حاملگی، زایمان و نقاس می شوند شامل: نملیس انعقادی و یا کمبود فاکتورهای انعقادی اگر همراه با خونریزی باشند در این گروه قرار نمی گیرند) ، پودودا، بیماریهای حمل ، مت هموگلوبینی، سانگوبیدوز (اگر نادرمانوزا) ، DIC و ...
O99.2	Endocrine, nutritional and metabolic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری های غده درون ریز، تغذیه ای ، متابولیک که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: اختلالات تیروئید وابسته به کمبود، یا گواتر، پوکاری تیروئید، سندرم کوشینگ، اختلالات غده پاراتیروئید، اختلالات غده فوق کلیه، سوء تغذیه حاملگی و...
O99.3	Mental disorders and diseases of the nervous system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	اختلالات ذهنی و بیماریهای سیستم عصبی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: مصرف مواد مخدر، منبذیت پاکتوال ، صرع ، مسایق کرایس ، اسکیزوفرنی ، اضطراب، افسه ها و کراتورهای داخل جمجمه و داخل تناسلی ، مانی یا اسکیزوفرنی (MS) ، نورویژنی ها بیولگی ها ...
O99.4	Diseases of the circulatory system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماریهای سیستم گردش خون که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: تپ روماتیسمی، بیماری روماتیسمی درجه یوزال یا آنورت یا تریکوسپید، بیماریهای روماتیسمی قلب، بیماریهای پوشادی خون، آنژین صدری، انفارکتوس حاد عضله قلب (MI) ، بیماریهای قلبی ریوی، بیماریهای عروق ریوی، اختلالات غیر روماتیسمی درجه ها انفارکتوس، پوکلریت، پوکلریت، کراتیومیوپاتی، نارسایی قلب، خونریزی زود عکوتیه (SAI) ، خونریزی داخل مغزی (ICH) ، انفارکتوس مغزی، حمله عروقی مغزی (CVA) ، انورسم انورت، های سکشن انورت، سایر اختلالات شریانی و شریانیچه ها، آمبولی و ایجاد لخته شریانی، زایس مری، التهاب مری، غیر اختصاصی غده لنفاری و ...
O99.5	Diseases of the respiratory system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری های دستگاه تنفسی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: آنفلونزا ، آسم و...
O99.6	Diseases of the digestive system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماریهای دستگاه گوارش که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: آپاندیسیت حاد، پانکراتیت حاد، پوزیتیت، کبد چرب، لیروز کبد، سوزش کبد ، سایر بیماریهای کبد ، زخم معده، زخم نوزادیه، سنگ صفرا، التهاب کیسه صفرا...
C00-C48	Neoplasms	بندخشی های که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود
Q20-Q28	Congenital malformations of the circulatory system	ناهنجاریهای مادرزادی دستگاه گردش خون شامل: بیماری مادرزادی قلب (ناهنجاری مادرزادی درجه های سه لگی و ریوی، ناهنجاری مادرزادی حلقه ه های قلب و اتصالات آن، نقس دیواره مغزی یا بینی، کراتکلسین شریانی آنورت، ترفورزی قنوت، آنواسی، ایشین، جراحی عروق بزرگ، ناهنجاری مادرزادی درجه های آنورت و میترال، تنگی درجه میترال (MS) ، سندرم آیزن منگر ، انوریسهای مادرزادی، ناهنجاریهای شریانی ریزی AVM
O99.7	Diseases of the skin and subcutaneous tissue complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماریهای پوست و بافت زید پوستی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: اسکروزیدری (لطف درگیری پوست)، سلولیت، پیلنگسی، التهاب غده لنفاری و ...
O99.8	Other specified diseases and conditions complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر بیماریها و وضعیت های مشخصی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نقاس می شود شامل: بیماریهای سیستم اسکلی عضلانی یا بافت منبذ مانند کاپوز لایوس STE ، آرتریت روماتوئید، امی میوزیت و درماتومیوزیت و اسکروزیدری (اسپستیک، منتشر یا ریوی)...

The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM



جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران MM – ICD

(ICD) کد	Group 8: unknown/undetermined	گروه هشتم : عوامل ناشناخته یا تعیین نشده
O95	Obstetric death of unspecified cause	مرگ به دلیل نا معلوم یا تعیین نشده
(ICD 10) کد	Group 9 : coincidental	گروه نهم : علل دیگر مرگ که بطور اتفاقی (با زمان بارداری تا پس از زایمان) هم زمان شده اند
X85 –Y04	Death during pregnancy, childbirth and the puerperium due to external causes	علل دیگر مرگ که بطور اتفاقی (با زمان بارداری تا پس از زایمان) هم زمان شده اند شامل: قتل مرتبط با بارداری، ...
(ICD 10) کد	Group x	گروه X
X60 – X84	suicide is considered a direct maternal death but coded under X60-X84	خودکشی در بارداری یا پس از زایمان شامل: خودکشی به هر وسیله و با هر علت زمینه ای

پیوست شماره ۵

جدول اطلاعات استخراج شده

از پرسشنامه مرگ

صفحه اول جدول

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ												
نام دانشگاه / دانشگاه محل تکمیل فرم:		سال		نام دانشگاه محل تکمیل فرم:		نام دانشگاه / دانشگاه محل تکمیل فرم:		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:		
محل تکمیل فرم	نام شهرستان محل تکمیل فرم	سال	نام شهرستان محل تکمیل فرم	نام دانشگاه محل تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	سال	نام دانشگاه محل تکمیل فرم	محل تکمیل فرم	نام تکمیل کننده فرم	نام خانوادگی تکمیل کننده فرم	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم
منطقه محل سکونت	نام شهرستان محل سکونت	سال	نام شهرستان محل سکونت	دانشگاه محل سکونت	محل سکونت	سال	نام دانشگاه محل سکونت	محل سکونت	نام تکمیل کننده فرم	نام خانوادگی تکمیل کننده فرم	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ											
سال	نام دانشگاه / دانشگاه محل تکمیل فرم	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم									
			نام خانوادگی محل تکمیل فرم	میت	میزان تحصیلات	کد ملی متوفی	کد ملی سرپرست خانوار	نام خانوادگی متوفی	نام متوفی	دوره تکمیل فرم	آیا؟
	منطقه محل سکونت	نام شهرستان محل سکونت	دانشگاه محل سکونت	میت	میزان تحصیلات	کد ملی متوفی	کد ملی سرپرست خانوار	نام خانوادگی متوفی	نام متوفی	دوره تکمیل فرم	آیا؟
	دانشگاه محل فوت	نام شهرستان محل سکونت	دانشگاه محل سکونت	میت	میزان تحصیلات	کد ملی متوفی	کد ملی سرپرست خانوار	نام خانوادگی متوفی	نام متوفی	دوره تکمیل فرم	آیا؟

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ											
نوع فوت	نوع فوت	نوع فوت	سبب فوت (تاریخ)			سبب فوت (تاریخ)					
			شاخص بوده یعنی مادر	زمان شروع مراقبت مناسب بود آ	مناسب بود مراقبت نامتناسب بود آ	اعداد به مواد معاینه	در معرض خطر بودن مادر	خوانندگی بودن آخرین بارداری	بیماری زمینه ای	وضعیت روحی (تاریخ)	علائم و نشانه ها (تاریخ)

تولدها			بیماریها			در صورت تکثیر با پاره های...					
تولدها در درمان	تولدها در فراخ	تولدها در تصادم کوری	تولدها در کور کور	تولدها در کور کور	تولدها در کور کور	در صورت تکثیر با پاره های...	تولدها در پاره های...	تولدها در پاره های...	تولدها در پاره های...	تولدها در پاره های...	تولدها در پاره های...

محل فوت		مراقبت بارداری		سابقه بارداری			مراقبت پیش از بارداری		فاصله دو بارداری اخیر		تعداد بارداری	در زمان فوت
نوع بیمارستان محل فوت	محل فوت	مقطع فوت	شاخص توده بدنی مادر	زمان شروع مراقبت مناسب بود؟	تناسب تعداد مراقبت با سن بارداری	اعتیاد به مواد مخدر	در معرض خطر بودن مادر	خواستار بودن آخرین بارداری	مراقبت پیش از بارداری	فاصله دو بارداری اخیر	تعداد بارداری	در زمان فوت

ملاحظات	انرژی‌ها مختار تا سه مستر زمان یا دوره اجرا	ارسال ۱۱۱۳ به سطح و واحدهای مربوط	تعمیرات یا دوره اجرا	تعمیرات مستل اجرا	تعمیرات مستل مربوط	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)	تعمیرات مستل (تعمیرات)
---------	---	---	-------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

پیوست شماره ۶

راهنمای تکمیل جدول اطلاعات

استخراج شده از پرسشنامه

مرگ مادر

این جدول دو بار در سال بصورت جداول شش ماهه اول و دوم از دانشگاه های علوم پزشکی به اداره سلامت مادران ارسال می شود. شرایط لازم برای باز شدن و تکمیل فایل :

- سیستم عامل نصب شده بر کامپیوتر، ویندوز ۷ یا بالاتر باشد
- نسخه آفیس نصب شده روی سیستم ، ترجیحا ۲۰۱۰ یا بالاتر باشد
- قبل از باز کردن فایل اکسل، ابتدا فایل رجیستری با عنوان Macro Activate که به همراه جدول ارسال شده بر روی سیستم فعال (run) شود. فعال کردن فایل Macro Activate فقط یک بار بر روی سیستم لازم است. برای دفعات بعدی، فایل اکسل بصورت معمولی باز خواهد شد.

پس از باز کردن فایل اکسل، یک شیت به نام صفحه اصلی به شکل زیر مشاهده می شود. کارشناسان محترم دانشگاه باید روی مستطیل زرد رنگ کلیک نمایند



پس از ورود به مستطیل زرد رنگ، صفحه زیر مشاهده می شود

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر							
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :				نام دانشگاه / دانشکده محل تکمیل فرم :			
ردیف	دوره تکمیل فرم	نام متوفی	نام خانوادگی متوفی	کد ملی سرپرست خانوار	کد ملی متوفی	میزان تحصیلات	ملیت
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

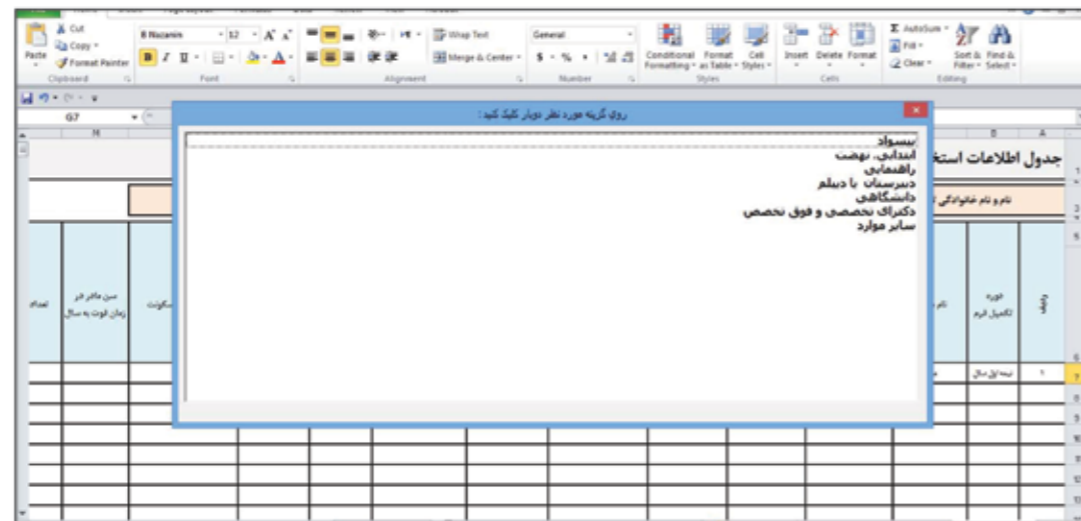
شیت جدول اطلاعات ، طبق راهنمای تکمیل سوالات باید تکمیل شود.

پس از تکمیل و ذخیره تمام اطلاعات ، کارشناسان محترم باید مجددا وارد شیت (صفحه اصلی) شده و از قسمت خروج (مستطیل قرمز رنگ)، از برنامه خارج شوند. قسمت گزارش گیری (مستطیل آبی رنگ) مربوط به اداره سلامت مادران بوده و برای همکاران دانشگاه قابل مشاهده نیست

تکمیل کلیه سوالات الزامی است و در صورت تکمیل نشده هر سوال پیغام خطا ظاهر می شود

نکته مهم :

- پاسخ سوالات زیر باید تایپ شوند : شماره ردیف ، نام و نام خانوادگی متوفی، کد ملی سرپرست خانوار و کد ملی متوفی ، نام شهرستان
- پاسخ سایر سوالات بصورت (List Box) از طریق **دبل کلیک** روی هر سلول ظاهر خواهد شد . روی پاسخ مربوطه نیز باید **دبل کلیک** نمایید تا انتخاب شود . مانند تصویر زیر :



راهنمای تکمیل سوالات

سطر اول سوالات مربوط به مشخصات تکمیل کننده فرم می باشد که شامل نام و نام خانوادگی، دانشگاه محل تکمیل فرم و سال وقوع **مرگها** است

سطر بعدی سوالات مربوط به اطلاعات هر مادر فوت شده می باشد که به شرح زیر باید کامل شود

- دوره تکمیل فرم، با توجه به زمان فوت که در نیمه اول یا دوم سال بوده ، نام و نام خانوادگی متوفی، کد ملی سرپرست خانوار و کد ملی متوفی
- میزان تحصیلات متوفی، یکی از پاسخهای مربوطه انتخاب شود: بیسواد، ابتدایی یا نهضت، راهنمایی، دبیرستان یا دیپلم، دانشگاهی، دکترا و فوق تخصص، سایر (مانند تحصیلات حوزوی یا قرآنی و …) و ملیت
- دانشگاه محل سکونت و محل فوت از لیست انتخاب و نام شهرستان محل سکونت ، نوشته شود
- منطقه سکونت ، متوفی یکی از پاسخهای مربوطه انتخاب شود (شهری، حاشیه شهر و سکونتگاه غیر رسمی، روستای اصلی، عشایر یا روستای قمر یا سیاری)

- سن مادر، گروه بندی سن مادر انتخاب شود(کمتر از ۱۸ سال، بین ۱۸ تا ۲۵ سال، بیشتر از ۲۵ سال)

- تعداد بارداری، با در نظر گرفتن بارداری منجر به فوت و بدون توجه به نتیجه بارداری ها (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس یا به موقع یا دیررس) باید انتخاب شود. نکته : بارداری منجر به فوت نیز در شمارش محسوب می شود
- فاصله دو بارداری آخر، این فاصله از زمان زایمان قبلی تا شروع بارداری فعلی محاسبه میشود. مطابق دستور عمل مراقبتهای خارج بیمارستانی، در صورتی که بارداری قبلی منجر به سقط یا مول یا بارداری خارج رحم شده است تاریخ آن در نظر گرفته نشود

- مراقبت پیش از بارداری ، در صورتی که طبق مجموعه مراقبت های خارج بیمارستانی مادر برای مراقبت پیش از بارداری مراجعه و فرم مربوطه برای او تکمیل شده یا طبق گفته خانواده، قبل از بارداری تحت نظر پزشک بوده است، پاسخ این سوال مثبت است

- خواسته بودن بارداری ، این سوال براساس مندرجات فرم مراقبت بارداری و در صورت در دسترس نبودن این فرم یا مدرک ثبتی دیگر، طبق گفته خانواده ، تکمیل شود

- در معرض خطر بودن، طبق فرم مراقبت بارداری برنامه خارج بیمارستانی(ویژه غیر پزشک–ماما) کلیه موارد نوشته شده در منطقه زرد یا قرمز مواردی هستند که مادر را در معرض خطر قرار می دهند . بنابراین در صورتی که مادر هر یک از موارد نوشته شده در منطقه زرد یا قرمز را داشته باشد پاسخ این سوال مثبت می باشد. مهم ترین آنها عبارتست از: پرخطر بودن از لحاظ باروری سالم ، وضعیت بارداری فعلی (مانند چند قلبوی، BMI غیر طبیعی و…)، سابقه یا ابتلا به بیماری زمینه ای، سوابق پرخطر در بارداری و زایمان های قبلی، رفتارهای پرخطر در مادر یا همسرش

- اعتیاد به مواد مخدر، در صورتی که مادر به هر یک از مواد زیر وابستگی یا اعتیاد داشته باشد پاسخ این سوال مثبت است: گروه افیونی (تریاک، شیره، هرویین، مورفین، کدیین)، محرکها (کوکائین، کراک، شیشه، کریستال، آفتماین، متامفتامین و…)، توهم زا (اسید، فن سیکلیدین، کتامین و…) ، حشیش و مواد مشابه (حشیش، علف، گراس، بنگ، ماری جوآنا و…)، مواد الکلی

- تناسب تعداد مراقبتها با سن بارداری، طبق دستور عمل مراقبت های خارج بیمارستانی در صورت طبیعی بودن همه شرایط ۸ بار مراقبت به شرح زیر در طی بارداری کافی است. یک بار در هفته ۶ تا ۱۰ ، یک بار در هفته ۱۶ تا ۲۰، یک بار در هفته ۲۶ تا ۳۰ ، یک بار در هفته ۳۱ تا ۳۴ ، یک بار در هفته ۳۵ تا ۳۷ ، سه بار در هفته های ۳۸ و ۳۹ و ۴۰ (هر هفته یک مراقبت). بنابراین در صورتی که با توجه به زمان فوت، تعداد مراقبت ها به شرح فوق برای مادر انجام شده ، پاسخ مثبت است. نکته: در صورتی

که مادر اصلا مراقبت بارداری انجام نداده یا هنگام پرسشگری دسترسی به مدارکی برای پاسخ به این سوال پیدا نشده به منزله این است که تعداد مراقبتها با سن بارداری متناسب نبوده

- مناسب بودن زمان شروع مراقبتها، طبق دستور عمل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران: شروع مراقبت ها از هفته ۶ تا ۱۰ مناسب می باشد درصورتی که در این زمان برای مراقبت مراجعه نکرده (دیرتر مراجعه کرده) یا اصلا مراقبت انجام نداده یعنی زمان شروع مراقبتها مناسب نبوده است.
- شاخص توده بدنی مادر، مطابق دستور عملهای اداره تغذیه و در صورت مشخص بودن شاخص توده بدنی گروه و عدد آن انتخاب شود و در صورتی که شاخص توده بدنی مشخص نیست، پاسخ *نامشخص* انتخاب شود
- مقطع فوت، با توجه به زمان فوت مادر که در کدامیک از مقاطع بارداری، ختم بارداری، بعد از خاتمه بارداری بوده تعیین می شود

نکته ۱ : در مواردی که مرگ مادر در فاصله ۴۲ روز پس از سقط، مول یا بارداری خارج رحم رخ داده است برای پاسخ گزینه *پس از خاتمه بارداری* انتخاب شود.

نکته ۲ : در مواردی که ختم بارداری بعد از فوت مادر و برای نجات جان جنین انجام شده ، پاسخ این سوال *ختم بارداری* انتخاب شود (جهت سهولت در پاسخ به سایر سوالات)

- محل فوت یکی از پاسخهای زیر انتخاب شود : بیمارستان یا زایشگاه، تسهیلات زایمانی، درمانگاه یا مطب، بین راه، منزل . در صورتی که *محل فوت*، بیمارستان باشد قسمت بعدی سوال باید تکمیل شود
- نوع بیمارستان محل فوت، یکی از پاسخهای زیر انتخاب شود: آموزشی درمانی، درمانی ، خصوصی، تامین اجتماعی ، خیریه، وابسته به سایر ارگان ها
- محل ختم بارداری مانند سوال *محل فوت* پاسخ داده شود
- نوع بیمارستان محل ختم بارداری . مانند سوال *نوع بیمارستان محل فوت* پاسخ داده شود
- عامل زایمان یا ختم بارداری یکی از پاسخهای زیر باید نوشته شود: پزشک متخصص(یا رزیدنت) ، پزشک عمومی ، مامای تحصیلکرده ، ماماروستا (یا بهورز ماما) ، ماما محلی ، هیچکس یا اطرافیان
- نوع زایمان شامل پاسخهای طبیعی، سزارین، مول یا بارداری خارج رحمی یا سقط است
- در صورت سزارین علت آن : پاسخها شامل : سزارین تکراری یا سابقه میومکتومی، عدم پیشرفت، زجر جنین، نمایش غیر طبیعی ، مشکلات جفت و بند ناف ، عدم تناسب سر و لگن ، فشار خون بالای مادر، سزارین الکتیو ، نجات جان جنین بعد از فوت مادر، سایر موارد(مانند بیماری قلبی مادر یا …)
- سن حاملگی هنگام ختم بارداری سن حاملگی هنگام ختم بارداری برحسب هفته انتخاب شود
- وزن نوزاد موقع تولد وزن نوزاد موقع ختم بارداری بر حسب گرم انتخاب شود

- سوالات مربوط به تاخیرها، با توجه به بررسی در کمیته و فرم ۸ پرسشنامه در این سوالات مشخص می شود که آیا از لحاظ زمانی، تأخیر در تصمیم گیری توسط خانواده، ارجاع به سطح بالاتر یا درمان وجود داشته یا خیر
- علت فوت . برای سهولت بیشتر برای پاسخ به این سوال به شیت راهنمای تکمیل سوال علت فوت مراجعه و آن را مطالعه کنید و سپس علت فوت را از بین گزینه ها انتخاب نمایید
- کد ICD – MM و گروه بندی علت فوت پاسخ این سوالات بطور خودکار وارد سیستم می شود
- تاریخ فوت، تاریخ گزارش به دانشگاه، تاریخ اتمام پرسشگری از تقویم باید انتخاب شود
- کامل بودن اعضای تیم پرسشگری با توجه به فرم ۱۱ و شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ مادر تعیین شود

- تاریخ تشکیل کمیته از تقویم انتخاب شود
- کامل بودن اعضای کمیته با توجه به فرم ۱۲ و با توجه به شرح مراحل گردش کار بررسی مرگ مادر تعیین شود
- تناقض در مندرجات فرم ۶ با سایر فرمها . ممکن است در اطلاعات فرمهای مصاحبه با اطرافیان و کارکنان فنی تناقض وجود داشته باشد. در این صورت در این ستون پاسخ مربوطه انتخاب شود
- با توجه به فرم ۸ و دستور عمل تکمیل آن پاسخ هر یک از سوالات بعدی انتخاب شود :
- وجود هر نوع عامل قابل اجتناب که در هر مقطعی می تواند رخ بدهد (طبق موارد نوشته شده در جدول فرم ۸) تکرار عوامل قابل اجتناب از یک سال پیش تا کنون در سطح همان دانشگاه
- وقوع خطای یا قصور پزشکی که در هر مقطعی می تواند رخ بدهد (طبق موارد نوشته شده در جدول فرم ۸) تعیین کارکنانی که وقوع خطای پزشکی در هر مقطعی، توسط آنها انجام شده (متخصص، پزشک عمومی، ماما، سایر رده های کارکنان)
- استفاده از دستور عملهای کشوری در پیشگیری یا درمان عارضه
- ارجاع پرونده به نظام پزشکی
- ارجاع هر یک از کارکنان به هیئت تخلفات اداری یا انتظامی هیئت علمی

- ارائه پیشنهادات اصلاحی(مداخله) ، در صورتی که در پایان جلسات کمیته با توجه به مشکلات و عوامل مؤثر در مرگ مادر پیشنهادات اصلاحی یا مداخله برای پیشگیری از وقوع عوامل قابل اجتناب توسط اعضای کمیته ارائه شده باشد، پاسخ سوال مثبت است
- در صورتی که پیشنهادات اصلاحی یا مداخله ارائه شده باشد در سوالات بعدی باید مشخص شود که آیا فرد مسئول اجرا و زمان یا دوره اجرای مداخله مشخص شده یا خیر ؟
- ارسال پسخوراند به سطوح و واحدهای مربوطه اگر پیشنهادات اصلاحی به صورت پسخوراند در اختیار سطوح مربوطه قرار میگیرد، در این ستون باید مشخص شود
- اجرای مداخله حداکثر تا ۳ ماه پس از تعیین زمان یا دوره اجرا، در صورتی که مداخله حداکثر تا ۳ ماه بعد اجرا شد در این ستون باید مشخص شود
- علت فوت را با توجه به فرم ۸ عینا بنویسید . در صورتی که هر نوع توضیح دیگری ضروری می باشد نیز در این ستون نوشته شود

پیوست شماره ۷

نمونه فرمهای پرسشنامه تکمیل شده نظام مراقبت مرگ مادری

هو الحکیم
نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
پرستشاهه پررسی مرگ مادر

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل فوت : **الف** شهرستان محل فوت: **ج**
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل سکونت : **ج** شهرستان محل سکونت : **ی**

نام و مدرک تحصیلی اعضای تیم پرستگری: **م.ب (دبیر کمیته) - دکتر س (پزشک عمومی مسئول مادران پرخطر و پرستگری) - م.ر (کارشناس اداره نظارت) - س.س (کارشناس مادران مرکز بهداشت شهرستان) - س.ف (رابطه معاونت بهداشتی مادران باردار پرخطر)**

- تاریخ گزارش مرگ به شهرستان : **۹۳/۸/۱۸**
- تاریخ تکمیل نهایی پرستشاهه : **۹۳/۹/۱**

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

فرم ۱ : خلاصه اطلاعات (این فرم طی پرستگری بر اساس نظام کشوری مراقبت مرگ مادری و بندریج تکمیل می شود)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: الف	شماره پرستشاهه :	منبع اخذ خبر: بیمارستان	
نام و نام خانوادگی متوفی: مرحومه ج. س	کد ملی متوفی	کد ملی سرپرست خانوار:	
تحصیلات متوفی: بیسوار ■ ابتدایی/پنجت <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی و فوق دکتری <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	فاصله دو بارداری اخیر: ۲ سال و ۳ ماه	تعداد بارداری: ۳	تعداد سقط: صفر
سن در هنگام فوت: ۲۶ سال	پسین: ۳	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: ۹۳/۱۲/۱۰	تاریخ احتمالی زایمان: ۹۳/۹/۱۷
تعداد فرزند زنده: دختر: ۳	محل فوت: بیمارستان الف	تاریخ و ساعت فوت: ۹۳/۸/۱۸ ساعت ۳:۱۵ صبح	نام و نسبت همراه بیمار: خانم گ. الف (مادر شوم)
محل سکونت: شهر: □	روستای اصلی: ■	روستای قری: □	روستای سیلری: □
	شهر: □	روستای سیلری: □	حاشیه شهر: □
	شهر: □	روستای سیلری: □	ملیت: ایرانی ■ غیر ایرانی □
مسیر حرکت و ارجاع (از اینجا تا انتها)			
میداء	وضعیت مادر	وضعیت مادر	تاریخ
روستای الف	حالت عمومی خوب ، مختصری درد شکم	بیمارستان الف	خوبتریزی (-) آبریزش (-) مختصری درد شکم ۱۲
مقطع فوت مادر: بارداری □			
مقطع فوت مادر: بارداری □			
محل زایمان: بیمارستان			
محل زایمان: متخصص زنان			
وضعیت نوزاد: زنده سالم ■ (مرد دوقلو)			
وضعیت نوزاد: زنده سالم □			
نوع زایمان: سزارین			
ساعت زایمان: ۱۰ و ۱۵ دقیقه			
وضعیت نوزاد: زنده سالم □			
نوع زایمان: سزارین			
ساعت زایمان: ۱۰ و ۱۵ دقیقه			
مقطع فوت مادر: بارداری □			
مقطع فوت مادر: بارداری □			
ساعت	کد کار فنی	ساعت	کد کار فنی
متخصص زنان	OB	متخصص زنان	M
متخصص بیبوشی	A	مراقب سلامت	C
پزشک عمومی	P	بهوز	B
سوپر وایزر	S	ماماروستا	RM
سایر		کارکنان اورژانس ۱۱۵	E
ساعت	کد کار فنی	ساعت	کد کار فنی
متخصص زنان	OB	ساعت	M
متخصص بیبوشی	A	مراقب سلامت	C
پزشک عمومی	P	بهوز	B
سوپر وایزر	S	ماماروستا	RM
سایر		کارکنان اورژانس ۱۱۵	E

فرم ۲ : اطلاعات اقتباس شده از پرونده خانوار یا مدارک پزشکی (خارج بیمارستانی)

خانه بهداشت ■ پایگاه بهداشتی / پایگاه سلامت □ مراکز بهداشتی درمانی / مرکز سلامت جامعه □ مطب خصوصی ■ تسهیلات زایشی □

کد کار فنی	اقدامات ضروری انجام نشده	اقدامات انجام شده	وضعیت در معرض خطر بودن	باروری سالم
B	-	تجویز قرصی ال تی به مدت ۱۵ ماه قبل از بارداری	-	باروری سالم
B M	-	بهر روز ارجاع غیر لوری به ماه و پزشک به علت نماند نمود بدنی غیر طبیعی مانا، اعلا شرح حال، معاینه بائینی، مشاوره و آموزش، درخواست آزمایشات، تجویز مکمل ها، اینس ساری	سابقه ۳ بار سزارین قهلی نماند نموده بدنی غیر طبیعی	پیش از بارداری
B M P OB	با توجه به سابقه ۳ بار سزارین ولکه بینی، درخواست سونوگرافی یا لاکید بر رد چسبندگی جفت همین زمان ختم بارداری در هفته ۳۶-۳۳ با توجه به چسبندگی جفت و همچنین دوقلوبی هماهنگی، برای ارجاع مابره به بیمارستان سطح ۳	انجام مراقبتها طبق دستور عمل ، درخواست آزمایشات و سونوگرافی تجویز مکملها و ارائه آموزشها، درمان سوزش انداز ارجاع به متخصص به علت سزارین قهلی ولکه بینی ارجاع به متخصص، به علت یک بار فشار خون بالا در ۵ ماهگی	دوقلوبی سابقه ۳ بار سزارین قهلی نماند نموده بدنی غیر طبیعی (BMI= 27.8)	دوران بارداری
-	-	سزارین در بیمارستان انجام شده	-	ختم بارداری (در تسهیلات زایشی)
-	-	چند ساعت پس از ختم بارداری فوت کرده و مراقبت خارج بیمارستانی انجام نشده	-	پس از خانه بارداری

کیفیت ثبت در پرونده خانوار / مدارک پزشکی :

اطلاعات : کامل	■ ناقص	□ توضیح موارد نقص :
اطلاعات : خوانا	■ ناخوانا	□ توضیح موارد ناخوانا :

* به تعداد مراکز ارائه دهنده خدمات باید فرم شماره ۲ تکمیل شود

* اطلاعات با هماهنگی از پرونده موجود در بخش خصوصی یا سایر مدارک موجود مانند نسخ ، سونوگرافی و ...

فرم ۳ الف : اظهارنامه کارکنان فنی (خارج بیمارستانی)

(این فرم در اولین فرصت حداقل تا یک هفته پس از وقوع فوت و توسط خود کار فنی بدون انجام مصاحبه تکمیل شود)

فقط وقایع مشاهده شده، صحبتها و اقداماتی که توسط خود فرد یا دیگران برای متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

مرحومه را ۳ بار مراقبت نمودم، آزمایشات درخواست شد آموزش علایم خطر، مصرف مکمل ها روزانه دو عدد و تغذیه صحیح داده شد. در بررسی آزمایشات پلاکت (۱۳۵۰۰۰) و فشارخون (۱۲۸/۷۰) جهت بررسی بیشتر به پزشک مرکز ارجاع شده است . به علت سوزش انداز تحت درمان بوده است
با توجه به تنگنیت کمر درد آموزش حمایت از کمر داده شد و توصیه مراجعه به پزشک در صورت لکه بینی و تشدید کمر درد داده شد، به علت فشارخون قهلی ۱۳/۸ به متخصص مراجعه ودر مطب پزشک فشارخون نرمال بوده و توصیه به رژیم غذایی کم نمک و کم چرب توسط متخصص داده شد و در رابطه با سردرد، دردهای گاستر، تازی دید سؤال شد و آموزش داده شد که در صورت مشاهده سربها مراجعه نماید و توصیه به چک فشارخون هر سه روز یکبار داده شد مصرف مکمل ها و علایم خطر آموزش داده شد.

فرم ۳ ب : مصاحبه با کارکنان فنی (خارج بیمارستانی)

مانا روستایی □ خانه بهداشت □ پایگاه بهداشتی / پایگاه سلامت □ مرکز بهداشتی درمانی / مرکز سلامت جامعه ■ مطب خصوصی □ تسهیلات زایمانی □

توضیحات	توصیحات	کد کار فنی	شرح موانعهای انجام شده
<p>مطرفی G4P4AB0L5D0 بارداری وی خواسته و سابقه بیماری خاصی در دوران بارداری و قبل از آن را نداده است. از وسیله پیشگیری قرص ال دی به مدت 15 ماه استفاده نموده و به علت تمایل به حاملگی قطع مینماید. سابقه مصرف دخانیات نداشته است.</p> <p>از هفته ۴ تشکیل پرونده و شروع مراقبها انجام شد. در مجموع ۱۰ بار مراقبت توسط من انجام شد.</p> <p>به دلایل دوقلوبی، سابقه سزارین، نایبه نموده بدنی غیر طبیعی، لکه بینی و سوزش ادرار ارجاع فوری انجام شد و توسط مانا، پزشک مرکز و متخصص نیز ویزیت می شد. آخرین بار در سن بارداری ۳۱ هفته بود که ایشان را مراقبت نمودم. به علت کمردرد به پزشک مرکز ارجاع دادم و فرمای آن روز پس از پیگیری اطرافیان گفتند در بیمارستان بستری شده. در ۳۶ هفته هم پیگیری کردم که خواهر شوهرش گفت کمی درد داشته مستقیم به بیمارستان مراجعه کرده و بستری میاشند.</p>	<p>موارد زیر از کار فنی پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود.</p> <p>سلامت عمومی :</p> <p>وضعیت سلامت مادر در دوران بارداری و قبل از آن، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو و</p> <p>تنظیم خانوادگی قبل از این بارداری :</p> <p>نمط پرورش بون، روش پیشگیری، مدت استفاده، مدت عدم استفاده از روش پیشگیری تا بارداری، ثبت پرونده، ...</p> <p>مراقبتهای دوران بارداری :</p> <p>زمان شروع مراقبتهایمراقبتهای معمول بارداری، تعداد و نوع مراقبتهای نیاز مادر به پزشک و علت آن، وجود پس خوردن پزشک در موارد ارجاع، ...</p> <p>اقدام قبل از فوت :</p> <ul style="list-style-type: none"> •• چه مدت قبل از فوت مادر را دیدید ؟ •• آیا اقدام خاصی قبل از فوت انجام دادید؟ •• مادر یا چه علاقهی فوت کرده، علت فوت چه بود؟ •• آیا فکر می کنید اقدام خاصی لازم بود که در صورت انجام آن مادر فوت نمی کرد 	<p>B</p>	<p>شرح وضعیت بیمار از بنویس و درود</p> <p>با شکایت دردهای زودرس و دوقلوبی و سه بار سزارین قبل</p> <p>علایم حیاتی نرمال و معاینه 3- stage: -%40 - eff: %40 - FHR: 140 - Dill: 1finger - BP: 120/90, PR: 130, SpO2=100% به اتاق عمل منتقل شد</p> <p>BP: 120/90, SPO2: 100%, PR: 120</p> <p>اکستتویه شد، بیقرار و گاهی تاکیکارد است</p> <p>BP: 60/p - PR=150 و</p> <p>اینتویه است وهاچوری دارد، GCS=4،</p> <p>Hb= 5</p>

فرم ۴ : اطلاعات اقباس شده از اسناد پزشکی (بیمارستانی)

بیمارستان، زایشگاه دولتی ■ بیمارستان، زایشگاه خصوصی □

نام واحد	تاریخ / ساعت	شرح وضعیت بیمار از بنویس و درود	اقدامات انجام شده	وضعیت و تکمیل ارجاع	کد کار فنی
بخش زایمان	۹۴/۸/۱۷ ۱۳:۳۰	با شکایت دردهای زودرس و دوقلوبی و سه بار سزارین قبل <p>علایم حیاتی نرمال و معاینه 3- stage: -%40 - eff: %40 - FHR: 140 - Dill: 1finger - BP: 120/90, PR: 130, SpO2=100% به اتاق عمل منتقل شد</p>	آزمایشات روزین و کلس ادرار (بسیار سابقه فشار بالا از ۵ ماهگی) ارسال و نرمال	ارجاع نشده	M OB
اتاق عمل	۹۴/۸/۱۷ ۱۵:۱۵	BP: 120/90, SPO2: 100%, PR: 120 <p>اکستتویه شد، بیقرار و گاهی تاکیکارد است</p> <p>BP: 60/p - PR=150 و</p>	سزارین انجام شد. قل اول و دوم با آنگار ۹-۱۰ تولید شدند. سپس به دلیل خونریزی شدید ناشی از پلاستا پراکرتا هیستترکتومی سوپراسرویکال شد. ۷ واحد پگسل و ۹ لیتر سرم تزریق شد	A OB	
بخش ICU	۹۴/۸/۱۷ ۲۰:۱۵	BP: 120/90, SPO2: 100%, PR: 120 <p>اکستتویه شد، بیقرار و گاهی تاکیکارد است</p> <p>BP: 60/p - PR=150 و</p>	سرم سنتوسینون در جریان است، ترشحات درن زیاد است، متخصص زنان بیمار را ویزیت کردند. سونوگرافی اورژانس انجام شد. دو واحد پگ سل تزریق شد و CVline کارگذاشته شد. به دلیل کاهش هوشیاری اینتویه و مجدداً به اتاق عمل منتقل شد	OB A N	
اتاق عمل	۹۴/۸/۱۷ ۲۱:۴۵	BP: 60/p - PR=150 و <p>اینتویه است وهاچوری دارد، GCS=4،</p>	از داخل شکم یک و نیم لیتر خون ساکن شد و ۱۴ عدد لنگار پگ شد، تزریق ۲ واحد پگسل و ۲ واحد FFP انجام شد	A OB	
بخش ICU	۹۴/۸/۱۸ ۳:۳۰	اینتویه است وهاچوری دارد، GCS=4، <p>Hb= 5</p>	تزریق ۲ واحد پگسل و ۳ واحد پلاکت، خون روشن و خونریزی فعال واریسان در محل سوچورها- انفوزیون دوپامین و بی کریبات و کلسیم گلوکونات- برادیکارد و آسیستول- انجام عملیات احیای ناموفق بود و مادر فوت شد		

نتیجه بر اساس پرونده

تاریخ فوت : ۹۴/۸/۱۸ ساعت فوت ۳:۱۵ صبح تشخیص نهایی : خونریزی ناشی از پلاستا پراکرتا محل فوت : بیمارستان الف

کیفیت ثبت در اسناد پزشکی :

اطلاعات : کامل □ ناقص ■	توضیح موارد نقص : در گزارش ها و ساعات ثبت شده در پرونده تناقض وجود دارد
اطلاعات : خوانا ■ ناخوانا □	توضیح موارد ناخوانا :

فرم ه الف : - اظهار نامه کارکنان فنی (بیمارستانی)

کک کارکن فنی **OB** (این فرم در اولین فرصت حداکثر تا یک هفته پس از وقوع فوت و توسط خود کارکن فنی بدون انجام مصاحبه تکمیل شود) فقط وقایع مشاهده شده، صحبتها و اقداماتی که توسط خود فرد یا دیگران برای متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

در ساعت دو بعد از ظهر به من اطلاع دادند که بیمار ۲۵ساله، دو قلو و سن بارداری ۳۷ هفته ، حاملگی چهارم با ۳ بار سابقه سزارین. با شکایت درد مراجعه کرده است و در معاینه کلیه علائم حیاتی نرمال خونریزی و آبریزش ندارد قلب هر دو جنین سنج شده است و نرمال بوده سابقه بیماری و مصرف دارو و جراحی ندارد رضایت به TL ندارد.

پس از اقدامات و معاینات اولیه دستور بستری وی صادر گردید . در ساعت ۱۵:۴۰ هوشیار با پای خودش به اتاق عمل منتقل و پس از انجام آستیزی اسپینال جراحی شروع شد. پس از باز کردن پوست جلد ورود به حفره شکم امکان پذیر نبود آنچه که مشاهده و لمس می شد تماماً جفت عروق جفتی بودند بلافاصله قبل از هر اقدام و برش متخصص محترم بیپوشی و پرسنل اتاق عمل به کمک طلیعه شدند و دستور آماده شدن ۳ واحد خون داده شد جهت بیمار نمونه کراس منج گرفته شد آستیزی بیمار به بیپوشی عمومی تبدیل شده دو عدد 1۷ با آنژیوپکت طوسی رنگ تهیه شد فراوان آماده تزریق شد و با اجازه پزشک بیپوشی برش سزارین بر روی جفت و عروق آنها زده شد هر دو نوزاد با حال عمومی خوب و آبیگر ۹/۰۱ متولد شدند در همان برش و آبیژود اول خونریزی حدود ۳-۴ لیتر خون از دست داد و به گفته متخصص بیپوشی برادیکاردی و ایست قلبی اولیه اتفاق افتاد که همزمان از سوپرولایزر محترم خواسته شد آنکال دوم زنان، متخصص جراحی و اورولوژی را به کمک بطلبید. در همین اثنا اینچاقب پس از رویت عدم کنترل خونریزی اقدام به انجام هیستروکتومی سوپرا سوریگان نمودم . هنگامی که به پایت های انتهایی رسیدم خونریزی کنترل شده بود در این فاصله جراح و متخصص زنان دیگر نیز حضور داشتند. هیستروکتومی سوپراسوریگان انجام و درن شکمی تهیه شد. خونریزی کاملاً کنترل و در ۱۹:۰۰ به ریگوری و ۱۹:۳۰ به ICU تعویل شد. ساعت ۲۱:۰۰ که به بنده اطلاع دادند که فشار خون بیمار افت ناگهانی و برادیکاردی رخ داده و خون داخل درن افزایش یافته. بر بالین بیمار حاضر شدم شکم بیمار دیستنسین داشت و بیمار آزرده بود بلافاصله درخواست سونوگرافی اورژانسی شد و سونوولوژیست اعلام کرد مقدار زیادی خون داخل شکم وجود دارد. به جراح اطلاع دادیم و بیمار جهت لاپاراتومی به اتاق عمل در ساعت ۲۱:۳۰ انتقال داده شد و شکم بیمار باز شد و حدود ۱/۵ تا ۲ لیتر خون با منج تا مشخص بود که پس از تجسس و شستشو با تعداد زیاد گاز شکم یک شد و درن گذاشته شد بیمار مجدداً در ساعت ۰۰:۳۰ به ICU منتقل شد که تا ساعت ۱ بهامداد خونریزی فعال واژینال محل استزیون و محل آنژیوپکت داشت. هماچوری کامل و در درن خون روشن حدود ۸۰۰ سی سی داشت. بیمار سیر نزولی طی کرد و مطافانه دچار ایست قلبی شد. حدود ۵۴ دقیقه عملیات احیا انجام که ناموفق بود و در ساعت ۲۱:۱۵ بیمار فوت کرد .

فرم ه ب : مصاحبه با کارکنان فنی (بیمارستانی)

بیمارستان یا زایشگاه دولتی ■ بیمارستان یا زایشگاه خصوصی □

توضیحات	توضیحات	توضیحات
بیمار خانم ۶۲ساله حاملگی چهارم و ۳ بار سزارین قلبی جهت سزارین به اتاق عمل آورده شد بیمار ابتدا اسپینال و سپس جنرال شد پس از خروج نوزادان و جفت پره که تا بلافاصله خونریزی شدید آغاز شد بلافاصله دوره گزرگ گرفته شد در طی جراحی اول ۷ واحد PCP و ۲ واحد FFP تزریق شد بیمار به ICU منتقل شد در آن جا اکستروپ شد بیمار هوشیار بود		
پس از یک ساعت مجدداً تاکیکارد و دچار افت فشار خون شد بیمار اینتوبه شد و به اتاق عمل منتقل شد یک و نیم لیتر خون داخل شکم بود در طی عمل دوم ۲ واحد پکسل و ۲ واحد FFP دریافت کرد سپس به ICU منتقل شد در آن جا اکت فشار خون داشت درینب این نفرین شروع شد ۲ واحد پکسل و ۴ واحد FFP و ۴ واحد پلاکت دریافت کرد خونریزی فراوان از محل سوچورها و دهان داشت در نهایت بیمار ارست قلبی داشت ۴۵ دقیقه CPR شد ولی فوت کرد	A	موارد زیر از هر یک اعضاء فنی پرسنل و توضیحات به طور کامل نوشته شوند. رخدادی مرتبط با متوفی با هنگام ورود تا فوت : فاصله زمانی پذیرش بیمار تا اولین معاینه، وضعیت خانم در اولین معاینه، اولین فرد معاینه کننده، وضعیت بارداری خانم اولین تشخیص و اقدام، سایر اقدامات، مدت زمان بستری، سایر علائم بیماری، علت فوت،
ساعت ۲۰:۰۰ که شیفت را از همکارم تحویل گرفتم شرح حال بیمار بستری در ICU را دادم که هیستروکتومی شده بود. بر بالین بیمار حاضر شدم ساعت ۲۰:۳۰ درخواست سونوگرافی اورژانسی برای او شد و سریعاً با آنکال مصاحف شد و به صورت پرتابل بر بالین بیمار انجام و مانع آزاد گرازش شد. ساعت ۲۱:۳۰ دچار افت فشارخون و کاهش هوشیاری شده بود و دستور انتقال به اتاق عمل جهت لاپاراتومی داشت جراح هم حضور پیدا کردند تا ساعت ۲۳:۴۵ بیمار در اتاق عمل بود و اینتوبه به ICU منتقل شد. در طول این مدت فراورده های درخواستی پکسل و FFP و گازیو از آزمایشگاه بیمارستان و بانک خون در سه نوبت تهیه و تزریق شد. مجدداً خودم برای پیگیری وضعیتش به ICU رفتم. بیمار از محل بگ، درن و سوچوره های عمل و واژینال خونریزی فعال داشت متخصص زنان و بیپوشی بر بالین بیمار حاضر شدند. ادیار کاملاً خوبی بود بیمار در ساعت ۲:۳۰ دچار ارست قلبی تنفسی شد و عملیات احیا شروع شد ولی موثر نبود بیمار ساعت ۳:۱۵ بیمار فوت شد. حدود ۲۰ دقیقه قبل از ارست دستور تهیه فاکتور ۷ نوترکیب را دادم که به داروخانه اعلام و تهیه شد ولی تزریق نشد.	S	- آیا فکر می کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن ، مرگ مادر اتفاق نمی افتاد؟

با توجه به اطلاعات فرمهای ۳ و ۵ آیا تمامی اقدامات ضروری متناسب با وضعیت مادر و به موقع ارائه شده است؟ خیر بله

اقداماتی که انجام نشده: در نظر داشتن احتمال چسبندگی جفت، کراس منج خون قبل از سزارین، زردی خون و فراورده ها به اندازه کافی، آمادگی برای هیستروکتومی، اطلاع به آنکال دوم و جراح برای حضور در اتاق عمل قبل از شروع سزارین، چاکیگری خون و فراورده ها به مقدار کافی.

اقداماتی که نباید انجام می شد: جدا کردن جفت در موارد چسبندگی، ضمناً تجویز فاکتور ۷ اندیکاسیون نداشته (مراجعه به پخشنامه شماره ۲۵۵۱/۲۵۵۲ مورخ ۱۳۹۱/۸/۲)

فرم ۶ (و ادامه فرم ۶) : مصاحبه با اطر اقبان مادر

توضیحات	نسبت	اطرافیان	نظرات اطر اقبان متوقفی
آن روز یک نفر در روستا فوت شده بود من رفته بودم مراسم ختم . شهورش رنگ زد گفتم بیا خانم (ح) <p>مریض است بعد خودش آمد دنبالم . ما با تمام آزمایشات وسونوگرافی ها و نامه دکتر که برای نوبت سزارین داده بود ساعت یازده باماشین شخصی رفتهیم بیمارستان . حدودا ساعت ۱۲ ظهر تحویل بخش زایمان دادیم معاینه اش کردند گفتند درد زایمانش شروع شده و دو سانتیمتر دهانه رحمش باز شده است. ساعت سه و نیم به اتاق عمل بردند به ما گفتند باید جهت سزارین بدهید و ما هم رضایت دادیم توی اتاق عمل بود که دوباره آمدند گفتند برای لوله بستن و درآوردن رحمش رضایت بدهید باز هم ما رضایت دادیم حدود ساعت هشت شب بود که از اتاق عمل بیرون آوردند ولی حالش اصلا خوب نبود تا ما رفتهیم بینیمش او را بردند به اتاق آی سی یو. پرستار سه بار صدایش زد فقط یک بار چشمانش را باز کرد به ما هیچ جوابی نمی دادند فقط می گفتند شما بروید بیرون برایش دما کنید ولی بعداز حدودا یک تا دو ساعت از آی سی یو بیرون آوردند و مجددا به اتاق عمل انتقال دادند ما که پرسیدیم گفتند خونریزی داخلی کرده باید رحمش را دربیازیم. شهورش به دکترش گفت ما که بار اول رضایت دادیم چرا رحمش را در نیارودید. دکتر فقط گفت برایش دما کنید. عروسم را سه بار به اتاق عمل و دو بار به آی سی یو بردند یکبار برای سزارین و بار دوم برای درآوردن رحم بار سوم نسیدوتم برای چی بردند. کسی که به ما جواب نمی داد. ما فقط دیدیم همه دکترها آمدند بالای سرش. تا اینکه حدودا ساعت سه صبح به ما خبر دادند مریض شما به علت خونریزی فوت شده است. قبل از بارداری مشکلی نداشت و داروی خاصی مصرف نمی کرد . برای مراقبت هم به خانه بهداشت و هم به متخصص مراجعه می کرد . در سن 1۸ سالی ازدواج کرده بود و به جنس این دوکوهما سه بچه دیگر داشت. دخترچه بینه روستایی دارند. وضعیت اقتصادی متوسط. بی سواد و خانه دار بود.</p> <p>اگر روزتر رحمش را در می آوردند شاید فوت نمی کرد</p>	مادر شوهر		موارد زیر از اطر اقبان پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود. <p>رخداهایی مرتبط با متوقفی از زمان شروع مشکل تا هنگام فوت(اقامات خانوانه در زمان بروز مشکل، اقامات درمانی خانوانه،وجود مشکلات و مواقع اقام مانا روستا یا مانا محل،مدت زمان تصمیم گیری برای ارجاع،شوخه انتقال مادر، مدت زمان انتقال ، علت تاخیر، وجود مرکز یا واحد درمانی در نزدیکی محل سکونت، علائم بیماری تا زمان مرگ، <p>آیا فکر می کنید مورده وجود داشته است که در صورت انجام آن مرگ حاد اتفاق نمی افتاد؟</p> <p>واحد درمانی :</p> <p>مدت زمان ورود بیمار تا پذیرش وی،اقامات انجام شده در واحد (در صورت حضوری)، وجود اتفاق خاصی یا غیرطبیعی، توصیه ها و خواسته های افراد فنی از خانوانه ، <p>سلامت عمومی :</p> <p>وضعیت سلامتی مادر در دوران بارداری و قبل از آن سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو، <p>مراقبتهای دوران بارداری :</p> <p>دریافت مراقبتها، محل دریافت مراقبتها، زمان شروع مراقبت، ارجاع به پزشک، وجود مدارک پزشکی، <p>عوامل اجتماعی :</p> <p>سن اولین ازدواج، تعداد کل فرزندان زنده، شغل متوقفی و همسر، وابستگی مالی به همسر،وضعیت اقتصادی، بهداشتی و بینه خانوانه، سطح سواد متوقفی و همسر، <p>آیا فکر می کنید مورده وجود داشته است که در صورت انجام آن ، مرگ مادر اتفاق نمی افتاد</p></p></p></p></p></p>
			آیا بین اطلاعات فرم ۶ و سایر فرمها تناقضی وجود دارد؟ ■ خیر

در صورت پاسخ بله، تفاوتها را بنویسید.
صحبتها در مورد رضایت برای بستن لوله ها و هیستروکتومی و تعداد دفعات انتقال به اتاق عمل با موارد ثبت شده در پرونده تناقض دارد

فرم ۷ : خلاصه گزارش بررسی مرگ مادر

توضیحات	مشخصات
متوقفی خانم ح.س، ۲۶ ساله ، G4P3AB0L3D0 ، LMP = ۹۳/۱۲/۱۰ ، EDC = ۹۴/۹/۱۷	مشخصات کلی مادر : سن ، تعداد بارداری و زایمان ، دوش زایمان قبلی ، سقط ، نوزاد زنده
بارداری وی دووقطه و خواسته بزرده . (BMI= 27.8) . دارای بینه روستایی وضعیت اقتصادی متوسط بی سواد وخانه دار وسابقه بیماری خاصی یا مصرف دخانیات نداشته است. سابقه سه بار سزارین و در خانمگی سوم سابقه فشار بالا داشته است. از وسیله پیشگیری قرص ال دی به مدت 1۵ ماه استفاده نموده و به علت تمایل به خانمگی قطع مینماید.	۱- شرح مختصر برنامه باردوری سلام ، مراقبتهای بارداری ، سابقه بیماری قبلی یا فعلی و بارداری قبلی
بار بارداری ۴ بار توسط بهوزر ، ۴ بار توسط مانا ۴ بار توسط پزشک مرکز و ۶ بار متخصص زنان ویزیت شده است. فقط در ۵ ماهگی فشار بالا داشته است که دارو مصرف نکرد. سه بار آزمایشات و چهار بار سونوگرافی انجام شده. آزمایشات انجام شده، آزمایشات طبیعی و در سونوگرافی ۹ هفته (هشتم ساب کوریونیک با ابعاد 3۲mm*34 در حد فاصل بین دو ساک رویت شد) . در تاریخ ۹۴/۷/۱۳ به علت کمردرد (احتمال PTL) به بیمارستان ارجاع و بستری شده (۳1 هفته و اروزن) .آزمایشات کامل پره اگلاهیپسی طبیعی ولی پروتئین ادرار + 1 بوده است. توسط متخصص زنان ویزیت شد. دستورات دارلنی (اسرم تریای و آمبول آسپین سلین و آمبول پانلوزن ۱۲ میلی گرم)اجرا شد. کنتراکشن بسیار مختصر داشته ، سونوگرافی انجام شده. قل اول 34W+1D سگلیک با جفت قداسی وحاوی ونوس ایک متعدد و قل دوم 32W+6D با پرزانتاسیون عرضی و موقعیت جفت احراک چپ است. جواب آزمایش ادرار ۲۴ ساخته ۱۰۰ و کراتی نین ۰/۶ بود. در تاریخ ۹۴ /۷/۱۴ توسط متخصص زنان ویزیت و با علائم حیاتی نرمان ترخیص گردید	۲- شرح مختصر زایمان : نوع و محل زایمان ، فرد کمک کننده به زایمان ، علت مراجعه ، مسیر حرکت ، نحوه انتقال مادر، سیر زایمان ، مشکلات هنگام زایمان، ...
با مراجعه به متخصص، نامه بستری برای تاریخ ۹۴/۸/۲۰ داده می شود ولی در تاریخ ۹۴/۸/۱۷ به علت درد مختصر شکم در ساعت 11 صبح (سن حاملگی ۳۶ هفته) به بیمارستان مراجعه نموده .آزمایشات روئین و پروتئین ادرار نرمان گزارش شد. پس از اطلاع به متخصص زنان در ساعت 1۵:۲۵ ویزیت و به اتاق عمل منتقل شد. بیوشی ابتدا اسپایان و سپس جنرال شد. پس از برش تمام لفظای شکمی توسط جفت ابقال شده بود رحم وروی جفت برش داده شده. قل اول و دوم با آپگار ۹-۱۰ متولد شدند. خونریزی شدید در حدود ۴-۳ لیتر از عروق جفتی وجود داشت و پس از حضور آنکار دوم هیستروکتومی سوزااسرویکال صورت گرفت. دو عدد لنگار داخل رحم و واژن یک و درن گذاشته شد. جین عمل هفت واحد پکسل، 30CC یکریبات و 100CC کلسیم کلرکوبات دریافت کرد. در ساعت 20:15 اینتوبه با علائم حیاتی PR:120,SP02:100%,BP:120/90 به ICU منتقل واکستپوه شد. پیقرار و گاهی تاکیکارد شده تحت مانیتورینگ کامل قلبی ریوی و پاس آگسی شتری بوده . سرم سنتوسیتون دریافت می کرده. در ساعت 21:30 دچار افت فشار خون و کاهش سطح هوشیاری و افزایش ترشحات درن شد. بلافاصله توسط متخصص بهبودی مجددا اینتوبه و CVline شد. در سونوگرافی اورژانسی مایع آزاد رویت شد. طبق دستور ۲ واحد پک یک سل و سرم رویابنیم انفوزیون شد. پس از یک و نیم ساعت از تحویل مجدد به اتاق عمل منتقل شد. جراح و متخصص زنان حضور داشتند. حدود یک و نیم لیتر خون در شکم وجود داشت ساکشن شد. محل بایت ها گرفته شد و با نرمان سگین شستشو داده شد. داخل شکم ۶ عدد لنگار یک شد و درن گذاشته شد. پکسل و F۴P هر کدام ۲ واحد دریافت و در ساعت ۳۰ دقیقه باهماد بسمورت اینتوبه ، هلمپوریک ، فشار خون BP=100/60 و نبش P=130 و GCS= 4 به ICU منتقل شد. پکسل دو واحد و رویابنیم برای بیمار شروع به انفوزیون شد. پلاکت ۴ واحد تزریق شد . خونریزی فعال واژینال و در محل بخیه ها خون روشن وجود داشت. Hb= 5 بود . ترشحات درن از مقدار کم شروع و به ۱۲۰۰ سی سی رسید. فشار خون مرتب الت داشت طبق دستور رویابنیم بیمار قطع و این نفرین به میزان ۲- 1 میلیگرم شروع شد و دستور ۲ واحد پکسل و ۴ واحد F۴P و ۴ واحد پلاکت داده شد که سریعا تزریق شد. طبق دستور NAHCO2 به میزان 50CC طی یک ساعت و کلسیم کلرکوبات به میزان 100CC به همراه 100CC سرم نرمال سالین از یک رگ دیگر انفوزیون شد . در ساعت ۳۰: ۲ صبح برادیکارد و آسیتول شد که بلافاصله احیا شروع و به مدت ۴۵ دقیقه ادامه یافت ولی متاسفانه بیمار فوت کرد	۳- شرح مختصر زایمان : نوع و محل زایمان ، فرد کمک کننده به زایمان ، علت مراجعه ، مسیر حرکت ، نحوه انتقال مادر، سیر زایمان ، مشکلات هنگام زایمان، ...

فرم ۹ : شبکه علت تعیین علل بروز عوامل و طراحی مداخله آن

مداخله		علت	عامل
اطلاع رسانی و تاکید به متخصصین برای رعایت بخشنامه ها : درخواست سونوگرافی با تاکید بر تشخیص چسبندگی و نفوذ غیر عادی جفت در موارد پلاسنتا پروپا و سزارین تکراری (مطابق بخشنامه شماره ۳۰۲/۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰)	مداخله اول	هنگام بارداری: بی توجهی به سابقه سزارین و عدم تاکید بر تشخیص چسبندگی جفت در درخواست سونوگرافی	غلظت و عدم حساسیت پزشک، ماما یا سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز
آموزش متخصصین برای استفاده از راهنمای کشوری ارائه خدمات ماما و زایمان (مطابق بخشنامه شماره ۱۱۰۶ مورخ ۱۳۹۱/۸/۲۳)	مداخله دوم		
در صورت تشخیص چسبندگی جفت : برنامه ریزی برای ختم بارداری (سزارین هیستروکتومی) در هفته ۳۴ تا ۳۶ در بیمارستان	مداخله اول	انجام سزارین در وضعیت اورژانسی و بدون آمادگی	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی
آموزش متخصصین: در موارد تشخیص چسبندگی جفت ، انتقال بیمار به اتاق عمل همراه با خون و فرآورده ها به اندازه کافی ، آمادگی برای هیستروکتومی (اجا نکردن جفت) ، اطلاع به آنگال دوم و جراح برای حضور در اتاق عمل قبل از شروع سزارین	مداخله دوم		
اصلاح فرایند دزدو خون و فرآورده ها به اندازه کافی برای مادران پرخطر در بیمارستانها	مداخله اول	دریافت ناکافی خون و فرآورده ها	

فرم ۸: بررسی عوامل قابل اجتناب و علت فوت مادر

عوامل قابل اجتناب در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی			
<input type="checkbox"/>	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری	<input type="checkbox"/>	مقطع فوت
<input type="checkbox"/>	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم غیرغم نیاز	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم و عدم استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	عدم دریافت هر گونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	عدم دسترسی به مراکز فوریت‌های مامایی	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات ، دارو ، خون یا فرآورده های خونی کافی و مناسب در بیمارستان	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی‌توجهی مادر و خانواده به علائم خطر	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	سایر موارد	<input type="checkbox"/>	بارداری
عوامل قابل اجتناب (خطای پزشکی) در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی			
<input type="checkbox"/>	غلط و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب	<input type="checkbox"/>	مقطع فوت
<input type="checkbox"/>	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز خارج بیمارستانی	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	غلط و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	مشکلات مرتبط با بیهوشی و ارائه خدمات نامناسب توسط متخصص بیهوشی	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	سزارین بدون اندیکاسیون و عوارض آن	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	سایر موارد	<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	آیا تاخیر در تصمیم‌گیری توسط خانواده وجود داشته است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر	چه مدت؟
<input type="checkbox"/>	آیا تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر وجود داشته است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر	چه مدت؟
<input type="checkbox"/>	آیا تاخیر در درمان وجود داشته است؟ حدود دو هفته قبل یعنی در ۳۳ هفته باید در مرکز مجهز بستری و ختم بارداری در نظر گرفته می‌شد.	<input type="checkbox"/> بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر	چه مدت؟ حدود دو هفته

۱- مقطع فوت	<input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> ختم بارداری <input type="checkbox"/> پس از ختم بارداری
۲- آیا مرگ مادر به هر دلیل قابل اجتناب بوده است؟	<input checked="" type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
در صورتی که مرگ مادر قابل اجتناب بوده است :	
۳- آیا عامل قابل اجتناب در مرگهای قبلی نیز (در سطح همان دانشگاه از یک سال قبل تا کنون) تکرار شده بوده؟	<input type="checkbox"/> بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر
۴- آیا عامل قابل اجتناب جزو خطا یا قصور پزشکی بوده؟	<input checked="" type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
۵- خطا یا قصور پزشکی توسط کدام رده انجام شده؟	<input checked="" type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> پزشک عمومی <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> سایر رده های کارکنان
۶- آیا برای پیشگیری یا درمان عارضه از دستور عمل کشوری استفاده شده است ؟	<input type="checkbox"/> بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دستور عمل کشوری برای درمان عارضه موجود نیست
۷- آیا پرونده، از طرف کمیته برای بررسی به نظام پزشکی ارجاع شده ؟	<input checked="" type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> موردی نداشته
۸- آیا در صورت وجود تخلف، فرد یا افراد متخلف به هیئت تخلفات اداری یا هیئت تخلفات اعضای هیئت علمی معرفی شده اند ؟	

۹- بر اساس مدارک بیمارستانی، گواهی فوت و نظر کمیته دانشگاهی، علت فوت را بنویسید خونریزی پس از زایمان به دنبال چسبندگی جفت
۱۰- برای اتوپسی اقدام شده ؟ <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی اگر بلی، علت فوت بر اساس نتیجه اتوپسی را بنویسید
۱۱- با توجه به راهنمای سازمان جهانی بهداشت (پیوست شماره چهار) علت منجر به مرگ در کدامیک از گروههای زیر قرار می‌گیرد ؟
<input type="checkbox"/> گروه اول : حاملگی منتهی به سقط Pregnancies with abortive outcome
<input type="checkbox"/> گروه دوم : ختلالات فشار خون در حاملگی، زایمان و پس از زایمان Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium
<input checked="" type="checkbox"/> گروه سوم : خونریزی مامایی Obstetric haemorrhage
<input type="checkbox"/> گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری Pregnancy-related infection
<input type="checkbox"/> گروه پنجم : سایر عوارض مامایی Other obstetric complication
<input type="checkbox"/> گروه ششم : عوارض غیر قابل انتظار از درمان Unanticipated complications of management
<input type="checkbox"/> گروه هفتم : عوارض غیر مامایی Non-obstetric complications
<input type="checkbox"/> گروه هشتم : علل ناشناخته یا تعیین نشده Unknown/undetermined
<input type="checkbox"/> گروه نهم : علل دیگر مرگ که بطور تصادفی (بازمان بارداری تا پس از زایمان مادر) هم زمان شده اند Coincidental causes
<input type="checkbox"/> گروه X

نام مادر : ح.س تاریخ تشکیل کمیته: ۹۳/۹/۱۸ **فرم ۱۰: جدول فعالیت تفصیلی مداخلات تعیین شده برای کاهش عوامل قابل اجتناب مرگ مادری**

علاقت یا تأخیر یا عدم اجرا	پایش اجرا		محل تأمین اعتبار	کل هزینه (ریال)	تعداد	واحد فعالیت	زمان یا دوره اجرا	فرد مسئول اجرا	سطح مسئول مداخله	راه حل (فعالیت مداخله)
	اجرا در زمان مقرر	تاریخ اجرا								
			-	-	یک نوبت	ارسال نامه یا بارگذاری پخشنامه ها روی سایت	مستمر	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	مهارت‌های درمان و آموزشی	اطلاع رسانی و تاکید به متخصصین برای رعایت پخشنامه ها در موارد پالستت پروتیا و سزارین تکمیلی؛ درخواست سوزن‌گذاری با تاکید بر تشخیص چسبندگی و نفوذ غیر عادی جفت (مطابق پخشنامه شماره ۳۰۲/۸/۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰)
			جاری	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۳ کارگاه یک روزه	کارگاه	بهمن ماه ۱۳۹۳	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	مهارت‌های درمان و آموزشی	آموزش متخصصین برای استفاده از راهنمای کشوری ارائه خدمات مالمی و رایسان (مطابق پخشنامه شماره ۱۱۰۵۶ مورخ ۱۳۹۱/۸/۲۳)
			جاری	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۳ کارگاه یک روزه	کارگاه	بهمن ماه ۱۳۹۳	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	مهارت‌های درمان و آموزشی	آموزش متخصصین: در موارد تشخیص چسبندگی جفت، برزانه ریزی برای ختم بارداری (سزارین هیستریکتومی) در هفته ۳۴ تا ۳۶ در بیمارستان سطح سه و توسط تیم با تجربه
			جاری	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۲ کارگاه یک روزه	کارگاه	بهمن ماه ۱۳۹۳	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	مهارت‌های درمان و آموزشی	آموزش متخصصین: در موارد تشخیص چسبندگی جفت، انتقال بیمار به اتاق عمل همراه با خون و فرآورده ها به اندازه کافی، آمادگی برای هیستریکتومی (اجدا نکردن جفت)، اطلاع به آنکال دوم و جراح برای حضور در اتاق عمل قبل از شروع سزارین اصلاح فرایند زرد ز خون و فرآورده ها به اندازه کافی برای مادران پرخطر در بیمارستانها

مداخلات طراحی شده در کمیته باید حداقل ظرف ۳ ماه اجرا گردیده و چنان‌که کامل شده به دفتر سلامت خانواده و جمعیت اداره سلامت مادران ارسال گردد. (رئیس دانشگاه فرم ۱۰ را برای اجرا ابلاغ می‌کند).

فرم ۱۱: پایش فعالیت‌های تیم پرستگری، برای بررسی در کمیته بررسی مرگ مادری

دانشگاه: الف		تاریخ گزارش مرکز: ۹۳/۸/۱۸		محل یا فرد گزارش کننده: سوپر وایزر بیمارستان	
الف- نام متوفی: ح.س		ب- زمان سنجی فعالیت‌ها		محل یا فرد گزارش کننده	
۱- زمان مرگ	۹۳/۸/۱۸	مطلوب	کامل		
۲- تاریخ ثبت گزارش در دبیرخانه شبکه	۹۳/۸/۱۸	مطلوب			
۳- تاریخ صدور حکم مأموریت	۹۳/۸/۲۰	مطلوب			
۴- شروع پرستگری	۹۳/۸/۲۳	مطلوب			
۵- تحویل نتیجه پرستگری به دبیر کمیته	۹۳/۹/۱	مطلوب			
پ- همکاری با پرستگری (مطلوب - نامطلوب)					
۱- املرفیان مادر		مطلوب			
۲- کارکنان فنی		مطلوب			
۳- برای ملاحظه اسناد		مطلوب			
ت- ترکیب تیم پرستگری (کامل - ناقص)					
ث- کیفیت داده‌ها (مناسب - نامناسب):					
۱- اتوپسی شفاهی		مناسب			
۲- پرستگری محرمانه		مناسب			
۳- اتوپسی بالینی		-			

فرم ۱۲: پایش فعالیت کمیته بررسی مرگ مادری

ساختار نیروی انسانی نظام مراقبت مرگ مادری در دانشگاه		دانشگاه: الف
تصمیم در خصوص تشکیل تیم های پرستگری	کارشناس نظارت بر درمان دانشگاه: م.ر	۹۳/۹/۱۸
دانشگاهی: ■ شهرستانی: شهرستانی:	کارشناس مسئول بهداشت خانواده دانشگاه: ز.ج	دبیر کمیته بررسی مرگ مادری: م.ب
در صورت انتخاب شهرستان دلیل:	کارشناس مامایی یا کارشناس برنامه مادران: ک.خ	متخصص زنان و زایمان: خاتم دکترین: ح.ح
افراد اضافه شده به اعضای کمیته بررسی مرگ مادری: متخصص نیهوشی - متخصص داخلی - متخصص رادیولوژی - ریاست بیمارستانی - ریاست مراکز بهداشتی		
تاریخ ابلاغ احکام امضاء از طرف رئیس دانشگاه: ۹۳/۸/۲۰		
زمان پیش بینی شده برای بازبینی ساختار نیروی انسانی		
عملکرد کمیته در هر نوبت بررسی مرگ		
الف- نام متوفی: ح.س		
ب- زمان سنجی و نتایج فعالیتها		
۱- زمان تحویل نتیجه پرستگری به دبیر کمیته	۹۳/۹/۵	
۲- تاریخ برگزاری جلسه بررسی علت	۹۳/۹/۱۸	
۳- آیا ترکیب اعضای جلسه ، کامل بوده (بله - خیر)	بله	
آیا نتیجه جلسه به شناسایی علل قابل پیشگیری منجر شده ؟ (بله - خیر)	بله	
۳- تاریخ بررسی برنامه مداخله توسط کمیته	۹۳/۱۱/۱۵	
آیا ترکیب اعضای جلسه ، کامل بوده (بله - خیر)	بله	
آیا مداخله مشخصی در نظر گرفته شده (بله - خیر)	بله	
۴- تاریخ ابلاغ مداخله به واحدهای دیگر	۹۳/۹/۲۵	
۵- زمان پیش بینی شده برای ارزیابی مداخله	۹۳/۱۱/۱	
۶- زمان برگزاری جلسه برای ارزیابی مداخله	۹۳/۱۱/۲۰	

پیوست شماره ۸ نمونه گواهی فوت و دستور عمل تکمیل آن

دستور العمل تکمیل فرم گواهی فوت

قبل از تکمیل گواهی فوت، مندرجات ظهر (نسخه) سفید به دقت مطالعه شود

این گواهی برای کلیه متوفیان به غیر از موارد مرده زایی (جنین هفته ۲۲ حاملگی به بعد) و نوزادان مرده به دنیا آمده و متولدینی که کمتر از ۷ روز عمر کرده اند، تکمیل می گردد. بنابراین باید در هنگام صدور گواهی فوت، در صورتی که متوفی نوزاد است سن دقیق آنها مورد توجه قرار گیرد.

شماره ثبت در سامانه: این شماره، پس از ثبت اطلاعات در سامانه ثبت مرگ و میر اخذ و بر روی گواهی فوت درج می گردد.

مشخصات عمومی متوفی: در این بخش مشخصات عمومی و شناسنامه ای متوفی که از نظر هویتی، قانونی و ابطال شناسنامه با اهمیت است به طور کامل نوشته می شود و لازم است نکات زیر در هنگام صدور گواهی فوت مورد توجه قرار گیرد:

۱. شماره ملی و شماره شناسنامه متوفی باید به صورت دقیق در قسمت سربرگ و در قسمت مشخصات عمومی متوفی ثبت گردد.
۲. در بخش شماره ملی سرپرست خانوار، شماره ملی فردی که به عنوان سرپرست خانوار متوفی شناخته می شود، باید ثبت گردد.
۳. وضعیت سواد متوفی بر اساس گزینه های مشخص شده، ثبت شود.
۴. برای مواردی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته باشد و مادر وی در قید حیات باشد در قسمت مشخصات متوفی در ردیف های ۱۳ الی ۱۵ اطلاعات مربوط به مادر در کادر مربوطه کامل گردد.
۵. تاریخ تولد و تاریخ فوت باید بر اساس روز، ماه و سال به عدد و به حروف نوشته شود.
۶. نشانی محل سکونت دائمی متوفی محلی است که متوفی در زمان فوت در آنجا زندگی می کرده مشروط بر اینکه اقامتگاه دیگر نداشته باشد، اقامتگاه خانوارهایی که بیش از یک اقامتگاه دارند، محلی است که بیشترین مدت سال را در آن به سر می برند.
۷. در قسمت تلفن ثابت، شماره تماس ثابتی و کد منطقه از خانواده درجه یک متوفی ثبت گردد و در صورت نداشتن تلفن ثابت، شماره تماسی فرد دیگری برای پیگیری های بعدی قید گردد.
۸. در قسمت مکان فوت با توجه گزینه های ذکر شده، یک مورد انتخاب و در صورتیکه مکان فوت در بین موارد وجود ندارد، گزینه سایر انتخاب و مشخص گردد.
۹. چنانچه متوفی زن در سن باروری می باشد باید یکی از گزینه های موجود در بخش ۲۱ انتخاب گردد.

علت فوت

۱۰. به طور کلی بر اساس استاندارد بین المللی، بخش علت گواهی فوت شامل دو قسمت می باشد، در قسمت اول به ترتیب، سلسله علل بیماری و یا وضعیتی که منجر به فوت (بند الف) توسط پزشک ذکر می گردد و هر بند از بند قبلی منتج شده و بیماری اولیه ای که سبب بروز سلسله وقایع منجر به فوت شده است در آخر این علل ذکر می شود. به عبارت دیگر از بین بیماری یا حالت ها، آخرین بیماری، آسیب یا عارضه ای که قبل از مرگ وجود داشت است در قسمت (الف) نوشته می شود و به همین ترتیب تا بیماری اولیه سلسله علل مرگ ثبت می گردد.

در قسمت دوم، سایر وضعیت ها و یا بیماری هایی که به روند مرگ کمک کرده اند و در واقع در وقوع مرگ موثر بوده اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند همراه با فاصله تقریبی هر وضعیت تا مرگ باید مشخص گردد. (به مثال زیر توجه شود)

فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ	کد های ICD-10	۲۲- علل فوت
..... یک سال	<input type="text"/>	قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند
..... ۵ سال	<input type="text"/>	الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:نارسایی مزمن کلیه.....
..... ۱۰ سال	<input type="text"/>	ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:دیابت نفروتیک.....
.....	<input type="text"/>	ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:دیابت نوع دوم.....
.....	<input type="text"/>	د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:
.....	<input type="text"/>	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:
.....	<input type="text"/>	ه)
.....	<input type="text"/>	و)

لازم به ذکر است که علایم بیماری و یا حالات و نشانات فوت همانند ایست قلب، ایست تنفسی، ضعف و غیره نباید منظور گردد. کد ICD-10 مربوط به هر یک از بیماریها در کادر مربوطه پس از تکمیل فرم گواهی پزشکی توسط کدگذاران تعیین و ثبت میشود. ضمناً لازم است فاصله زمان تقریبی هر بیمار و یا وضعیت تا مرگ بر حسب سال، ماه، روز، هفته و یا ساعت ثبت شود.

۱۱. در قسمت صادر کننده لازم است نام و نام خانوادگی پزشک صادر کننده گواهی دقیقاً ثبت و مهر زده شود. در صورتی که واحد صادر کننده گواهی موسسه درمانی اعم از بیمارستان، زایشگاه، مرکز بهداشتی درمانی و یا سایر موسسات بهداشتی و درمانی باشد، باید ضمن تکمیل بند اول، توسط پزشک، نام واحد صادر کننده گواهی نوشته و مهر آن در قسمت مربوطه زده و توسط رئیس آن موسسه امضاء شود.

۱۲. در قسمت جواز دفن مشخصات صادر کننده مجوز دفن (نام و نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی) ثبت شده و مهر و امضا شود.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه
گروه اطلاعات و آمار نظام شبکه

تذکرات مهم:

۱. به منظور جلوگیری از انعکاس مندرجات در سایر سربرگ های نسخ حتماً برگه مقوایی را در زیر چهار برگ نسخ قرار دهید.
۲. تکمیل فرم باید منحصرأ توسط پزشک صورت پذیرفته و مسئولیت صحت اطلاعات بر عهده ایشان است.
۳. تکمیل قسمت های مختلف فرم الزامی بوده و در صورت ناخوانا بودن و ناقص بودن گواهی فوت فاقد اعتبار بوده و عودت داده خواهد شد.

پیوست شماره ۹

توصیه های سازمان جهانی

بهداشت در مورد کاهش

مرگ مادران

Eclampsia is characterized by the occurrence of generalized seizures in women with pre-eclampsia, provided that the tonic-clonic seizures are not attributable to other causes (e.g. epilepsy)

7

Magnitude of the problem

- A systematic review (Abalos et al 2013) included 129 studies, from which 74 reports with 78 datasets reporting HIP were analysed. This represents nearly 39 million women from 40 countries.

8

اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی بهداشت در مورد علل مرگ مادران (پره اکلامپسی، اکلامپسی)

اردن - ۲۰۱۵



1

Addressing Preeclampsia /eclampsia as one of the main causes of maternal mortality: case definition, contribution to maternal mortality, preventive and management measures

Prof.Hany Abdel-Aleem
Faculty of Medicine, Assiut, Egypt.
Amman 2015

2

Magnitude of the problem

- The overall estimates are **4.6%** (95% uncertainty range 2.7–8.2), and **1.4%** (95% uncertainty range 1.0–2.0) of all deliveries for preeclampsia and eclampsia respectively, with a wide variation across regions.

9

Crude and model-based incidences of preeclampsia (Abalos et al 2013).

AFRO	4.0%	5.6 (3.6–11.3)
AMRO	2.3%	3.0 (1.5–5.2)
EMRO	1.2%	1.0 (0.1–2.6)
EURO	3.8%	5.3 (1.8–9.3)
SEARO	2.7%	5.1 (1.9–10.9)
WPRO	4.2%	3.9 (1.8–9.2)
Overall	2.3 %	4.6 (2.7–8.2)

10

Introduction

Hypertensive disorders of pregnancy are an important cause of severe morbidity, long-term disability and death among both mothers and their babies.

3

Introduction

In Africa and Asia, nearly one tenth of all maternal deaths are associated with hypertensive disorders of pregnancy, whereas one quarter of maternal deaths in Latin America have been associated with those complications.

4

Crude and model-based incidences of eclampsia (Abalos et al 2013).

AFRO	2.7	2.9 (1.4–7.4)
AMRO	1.1	0.7 (0.4–0.9)
EMRO	0.5	1.9 (0.7–2.9)
EURO	0.1	0.1 (0.0–0.4)
SEARO	1.3	1.1 (1.0–1.3)
WPRO	0.1	0.1 (0.0–0.1)
Overall	0.5	1.4 (1.0–2.0)

11

The majority of deaths due to pre-eclampsia and eclampsia are avoidable through the provision of timely and effective care to the women presenting with these complications.

12

Among the hypertensive disorders that complicate pregnancy, pre-eclampsia and eclampsia stand out as major causes of maternal and perinatal mortality and morbidity.

5

The onset of a new episode of hypertension during pregnancy (with persistent diastolic blood pressure >90 mm Hg and systolic blood pressure 140 or more mm Hg) with the occurrence of substantial proteinuria (>0.3 g/24 h) can be used as criteria for identifying pre-eclampsia.

6

4. Magnesium sulfate is recommended for the prevention of eclampsia in women with severe pre-eclampsia in preference to other Anticonvulsants

5. Magnesium sulfate is recommended for the treatment of women with eclampsia in preference to other anticonvulsants.

19

- The full intravenous or intramuscular magnesium sulfate regimens are recommended for the prevention and treatment of eclampsia.
- For settings where it is not possible to administer the full magnesium sulfate regimen, the use of magnesium sulfate loading dose followed by immediate transfer to a higher level health-care facility is recommended for women with severe pre-eclampsia and eclampsia.

20

Optimizing health care to prevent and treat women with hypertensive disorders is a necessary step towards achieving the Millennium Development Goals.

13

WHO has developed the present evidence-informed recommendations with a view to promoting the best possible clinical practices for the management of pre-eclampsia and eclampsia (WHO 2011).

14

6. Induction of labour is recommended for women with severe preeclampsia at a gestational age when the fetus is not viable or unlikely to achieve viability within one or two weeks.

21

7. In women with severe pre-eclampsia, a viable fetus and before 34 weeks of gestation, a policy of expectant management is recommended, provided that uncontrolled maternal hypertension, increasing maternal organ dysfunction or fetal distress are absent and can be monitored.

22

Interventions that are recommended for prevention or treatment of pre-eclampsia and eclampsia

1. In areas where dietary calcium intake is low, calcium supplementation during pregnancy (at doses of 1.5–2.0 g elemental calcium/day) is recommended for the prevention of pre-eclampsia in all women, but especially those at high risk of developing pre-eclampsia.

15

2. Low-dose acetylsalicylic acid (aspirin, 75 mg) is recommended for the prevention of pre-eclampsia in women at high risk of developing the condition. [previous preeclampsia; diabetes; chronic hypertension; renal disease; autoimmune disease; and multiple pregnancies].

16

8. In women with severe pre-eclampsia, a viable fetus and between 34 and 36 (plus 6 days) weeks of gestation, a policy of expectant management may be recommended, provided that uncontrolled maternal hypertension, increasing maternal organ dysfunction or fetal distress are absent and can be monitored.

23

9. In women with severe pre-eclampsia at term, early delivery is recommended.

10. In women with mild pre-eclampsia or mild gestational hypertension at term, induction of labour is recommended.

24

3. Women with severe hypertension during pregnancy should receive treatment with antihypertensive drugs.

17

The choice and route of administration of an antihypertensive drug for severe hypertension during pregnancy, in preference to others, should be based primarily on the prescribing clinician's experience with that particular drug, its cost and local availability.

18

اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی
بهداشت در مورد علل مرگ مادران (خونریزی)
اردن - ۲۰۱۵



1

Obstetric Haemorrhage

Matthews Mathai

2

11. In women treated with antihypertensive drugs antenatally, continued antihypertensive treatment postpartum is recommended.

12. Treatment with antihypertensive drugs is recommended for severe postpartum hypertension

25

Interventions that are not recommended for prevention or treatment of pre-eclampsia and eclampsia

1. Advice to rest at home is not recommended as an intervention for the primary prevention of pre-eclampsia and hypertensive disorders of pregnancy in women considered to be at risk of developing those conditions.

26

Outline

- Case definition
- Contribution to maternal mortality
- Prevention
- Treatment

3

Causes of Vaginal Bleeding

- Early pregnancy
 - Abortion related; ectopic; molar pregnancy
- Later pregnancy – **Antepartum Haemorrhage**
 - Abruptio placenta – "accidental haemorrhage"
 - Placenta praevia – "inevitable haemorrhage"
 - *Vasa praevia*
- Following childbirth – **Postpartum Haemorrhage**
 - Primary: atonic uterus, traumatic, retained placenta
 - Secondary: retained placenta bit, infection

4

2. Strict bed rest is not recommended for improving pregnancy outcomes in women with hypertension (with or without proteinuria) in pregnancy.

27

3. Restriction in dietary salt intake during pregnancy with the aim of preventing the development of pre-eclampsia and its complications is not recommended.

28

Abruptio placenta

- Premature separation of a normally situated placenta
- Hypertension, trauma, external version, PROM
- Revealed external bleeding, concealed, or mixed
- Prevention
- Complications – fetal distress/death; maternal shock; renal failure; coagulation failure
- Management – shock; early delivery

5

Placenta praevia

- Painless, recurrent, apparently causeless bleeding starting in early pregnancy
- Fetus rarely affected unless massive bleeding
- Low implantation in early pregnancy may change in later pregnancy
- Conservative management until baby is mature
 - If preterm birth required consider antenatal steroid administration
- CS for major placenta praevia
- Watch out for postpartum haemorrhage

6

4. Vitamin D supplementation during pregnancy is not recommended to prevent the development of preeclampsia and its complications

5. Individual or combined vitamin C and vitamin E supplementation during pregnancy is not recommended to prevent the development of pre-eclampsia and its complications.

29

6. Diuretics, particularly thiazides, are not recommended for the prevention of pre-eclampsia and its complications.

7. The use of corticosteroids for the specific purpose of treating women with HELLP syndrome is not recommended.

30

اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی
بهداشت در مورد علل مرگ مادران (سپسیس)
اردن - ۲۰۱۵



1

**Sepsis during pregnancy and
after birth.
WHO recommendations for
prevention and treatment of
maternal sepsis**

Matthews Mathai

2

Prevention

- The use of uterotonics for the prevention of PPH during the third stage of labour is recommended for all births.
- Oxytocin (10 IU, IV/IM) is the recommended uterotonic drug for the prevention of PPH.
- In settings where oxytocin is unavailable, the use of other injectable uterotonics (if appropriate ergometrine/ methylergometrine or the fixed drug combination of oxytocin and ergometrine) or oral misoprostol (600 µg) is recommended.

7

Prevention

- In settings where skilled birth attendants are not present and oxytocin is unavailable, the administration of misoprostol (600 µg PO) by community health care workers and lay health workers is recommended for the prevention of PPH.

8

Outline

- Case definition
- Contribution to maternal mortality
- Prevention
- Treatment

3

**Sepsis during and following pregnancy
and childbirth**

- **Genital tract or outside genital tract**
- **Early pregnancy**
 - Abortion related; urinary tract infection
- **Late pregnancy**
 - Chorioamnionitis; urinary tract infection
- **After childbirth**
 - Metritis, retained placental tissue, wound and breast infection, urinary tract infection

4

Treatment

- Prevention and management of hypovolemic shock
 - Use isotonic crystalloids is recommended in preference to the use of colloids for the initial intravenous fluid resuscitation of women with PPH.
- Intravenous oxytocin alone is the recommended uterotonic drug for the treatment of PPH
 - If intravenous oxytocin is unavailable, or if the bleeding does not respond to oxytocin, use intravenous ergometrine, oxytocin-ergometrine fixed dose, or a prostaglandin drug (including sublingual misoprostol, 800 µg)
- Uterine massage

9

Treatment

- Examine for other causes of postpartum bleeding and manage accordingly
- Other options if oxytocin and other uterotonics fail
 - Tranexamic acid
 - Bimanual uterine compression
 - External aortic compression
 - Intrauterine balloon tamponade
 - Non-pneumatic anti-shock garments
 - Uterine artery embolization
 - Surgical interventions

10

WHO Study on Causes of Maternal Death

- Assessed causes of death of more than 60,000 maternal deaths from 115 countries
- Pre-existing medical conditions, exacerbated by pregnancy (e.g. diabetes, malaria, HIV, obesity) caused 28% of deaths



Published May 2014 in *The Lancet Global Health*

5

Prevention

- Hand hygiene, asepsis
- Screening for urinary tract infection
- Restricting number of vaginal examinations during labour
- Prophylactic antibiotics - caesarean section, manual removal of placenta, repair of third and fourth degree perineal tears

6

اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی
بهداشت در مورد علل مرگ مادران
(مداخلات مبتنی بر شواهد و مقرون به صرفه)

اردن - ۲۰۱۵



1

Quick Wins
To Maternal Health Evidence- Based, Cost-
Effective Interventions

Dr Karima Gholbzouri
WHO/EMRO

2

Treatment

- Antibiotics - aerobic and anaerobic; gram positive and gram negative
- Evacuation of "infection source"
- Prevention and management of septic shock

7

List of 21 key question that will be addressed

1. Perineal shaving in women in labour
2. Intervals for vaginal examinations during labour
3. Vaginal cleansing in women in labour to prevent infections
4. Vaginal cleansing in women in labour to prevent GBS infections

8

Outline

- Introduction
- Quick wins concept
- Quick wins maternal health interventions
- Strengths and challenges
- Conclusions
- Recommendations

3

Introduction

- Maternal mortality has decreased by 50% between 1990-2013 in the Eastern Mediterranean Region
- Yet, 80 women die every day during the childbearing period of preventable causes

4

List of 21 key question that will be addressed

Questions specific to women undergoing C-section:

5. Vaginal cleansing
6. Pre-operative skin preparation with a particular antiseptic agent
7. Skin preparation using a particular method of application
8. Routine antibiotic prophylaxis
9. Timing of antibiotics prophylaxis

9

List of 21 key question that will be addressed

Questions specific to women undergoing C-section:

10. Use of a particular class of antibiotics
11. Administration of antibiotics prophylaxis during the 2nd or 3rd trimester
12. GBS colonized women
13. Preterm labour with intact membranes
14. Preterm prelabour with rupture of membranes

10

Introduction

- Over 50% of maternal deaths are due to haemorrhage, sepsis and eclampsia
- Hence, we need to act quick to win positive maternal health outcomes

5

"Quick wins" concept



6

List of 21 key question that will be addressed

Administration of antibiotics to other high risk groups

15. Prelabour rupture of membranes at term
16. Meconium-stained amniotic fluid during labour
17. Manual removal of retained placenta
18. Operative vaginal deliveries
19. Third- or fourth-degree perineal tear
20. intra-amniotic infection /chorioamnionitis
21. postpartum endometritis

11

List of 21 key question that will be addressed

Administration of antibiotics to other high risk groups

16. Meconium-stained amniotic fluid during labour
17. Manual removal of retained placenta
18. Operative vaginal deliveries
19. Third- or fourth-degree perineal tear
20. intra-amniotic infection /chorioamnionitis
21. postpartum endometritis

12

Strengths & Challenges

Strengths <ul style="list-style-type: none"> Evidence Based Low cost Effective Interventions High impact with short period of time Adoption by MOH Easy to ensure coverage 	Areas for improvement <ul style="list-style-type: none"> Integration [iron supplementation programme] Scaling up Sustainability Avoid duplication with existing interventions Target underlying social determinants of health
---	--

13

Conclusion

- Maternal health quick wins are evidence based and cost effective interventions
- Positive impact on MN health and prevent avoidable MN deaths in short period of time
- Sustainability to be targeted
- Suitable for countries with high burden of MN deaths and with low coverage of MNC health services

14

Quick Wins Maternal Health Interventions Criteria of Selection

Maternal health list of “quick wins” are based on three essential criteria:

- Potential contribution to reduce the overall burden of MNCH deaths
- Existence of a solid evidence base for their effectiveness
- Costs and feasibility of achieving highly equitable, effective coverage

7

Quick Wins To Maternal Evidence- Based, Cost-effective Interventions

- Misoprostol sublingual** tablet at home delivery to reduce Post Partum Haemorrhage (PPH).
- Calcium** supplementation to prevent pre-eclampsia and hypertensive disorder
- Low-dose acetylsalicylic acid (aspirin)** prevent pre-eclampsia in women at high risk
- Participatory learning** with self-monitoring the utilization of maternal and newborn services through **pregnant women group (PWG)**

8

Recommendations

- Evidence sharing to advocate to decision makers on the low cost, evidence based, effective interventions (MoH)
- Update policy, strategy and training guidelines is needed
- Use to advocate for funding with donors

15

Recommendations

- Implementation of the quick wins interventions include:
 - Training manuals and Behavioral change communication
 - Procurement and supply of medicines and logistics
 - Training to health workers
- Monitoring and evaluation: need for suitable indicators to be added in HMIS

16

1- Misoprostol to Prevent PPH at Home

Intervention : A single dose 600 microgram sublingually immediately after child birth at home delivery where oxytocin is not available (**WHO 2009**)

Evidence: 41% reduction in PPH (relative risk 0.59, 95% confidence intervals 0.41–0.84),

Cost : **1.2 USD** per pregnant women

Processes: Distribution of tablet misoprostol at 7/8 months of gestation (at 3rd or 4th ANC visit) at HF or community health workers

WHO recommendations: Use of misoprostol in settings where it is not possible to use oxy-tocin or another injectable uterotonic (WHO/RHR/09.22)

9

2- Calcium supplementation to prevent pre-eclampsia and hypertensive disorder

Intervention : **1.5–2.0 g** elemental calcium/day in divided doses from 20 weeks’ gestation until the end of pregnancy in areas where calcium intake is low (**WHO 2013**)

Evidence:

59% reduction in risk of pre-eclampsia	(RR: 0.41; 95% CI 0.24-0.69)
45% reduction in risk of gestational hypertension	(RR: 0.55; 95% CI 0.36-0.85)
30% reduction in all-cause neonatal mortality	(RR: 0.70; 95% CI 0.56-0.88)

Cost : **11.7 USD** per Pregnant women

10

3- Low-dose acetylsalicylic acid (aspirin) to prevent pre-eclampsia

Intervention : **75 mg/day** in women at high risk of developing the condition before 20 weeks of pregnancy. (**WHO 2011**)

Evidence: **18%** reduction in the **development of pre-eclampsia** women (44 trials, 32,750 women; RR 0.82, 95% CI 0.76–0.89).

Cost : **2.3 USD** per pregnant

Implementation:

- SOM**: Some practices at private sector
- SUD**: Plan to train for care providers and secure supply of aspirin and support distribution channels
- EGY**: Individual basis practice

11

4- Participatory learning with self-monitoring through pregnant women group (PWG)

Intervention : A pregnant women group (PWG) is a socially cohesive peer support group of **8-15** pregnant women and postnatal mothers who live in the same ward and meet monthly to identify and prioritize problems during pregnancy and address priority problems. This process is facilitated by a trained facilitator

Evidence: **33%** reduction of Neonatal Mortality Rate (WHO 2014)

Cost : **0.5 USD** per newborn

Implementation:

- SUD**: Piloted on a very limited scale. Intentions to scale up community initiatives led by VMWs and adopted by mothers
- YEM**: Piloted in few communities by trained midwives

12

mhGAP recommendations- Maternal mental health interventions to improve child development

- Non-specialist setting
- **Outcomes:** child growth and development outcomes, maternal mood or depression, and mother-infant interaction.
- For poorly nourished, frequently ill and other groups of at risk children, **parenting interventions** promoting mother-infant interactions including psychosocial stimulation should be offered to improve child development outcomes. Such programmes should be delivered preferably within ongoing mother and child health programmes. (Strength of recommendation: STRONG)
- To improve child development outcomes, mothers with depression or with any other mental, neurological or substance use condition should be treated using effective interventions (IPT, CBT, psychoeducation). (STRONG)


7

mhGAP recommendations- Maternal mental health interventions to improve child development

- **Additional psychosocial support** should be offered to mothers with depression or with any other mental, neurological or substance use condition including home visiting, psycho-education, improving mothers' knowledge on child rearing practices. (Strength of recommendation: STRONG)

8

اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی بهداشت در مورد سلامت روان مادران اردن - ۲۰۱۵



1

Tools and packages available to support integration of mental health of women and children

Dr Chiara Servili
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization/ HQ

2

Depression Assessment and Management Guide

DEPI

9

Flowchart for Depression Assessment and Management Guide

10

Comprehensive mental health action plan 2013 - 2020

The *vision* of the action plan is a world in which mental health is valued and promoted, mental disorders are prevented and persons affected by these disorders are able to exercise the full range of human rights and to access high-quality, culturally-appropriate health and social care in a timely way.

Goal: to promote mental well-being, prevent mental disorders, provide care, enhance recovery, promote human rights and reduce the mortality, morbidity and disability for persons with mental disorders.

Guiding principles:

- Universal health coverage
- Human rights
- Evidence-based practice
- multisectoral approach
- life-course approach

1) Empowerment of persons with mental disorders.

3

Optimal mix of services for mental health

4

Intervention packages

- Thinking Healthy For health professionals and CHWs for psychological management of perinatal depression
- WHO Parent Skills Training for Caregivers of Children with Developmental Disorders

11

Lessons from countries

Challenges <ul style="list-style-type: none"> • Cultural beliefs contradicting advice and education provided by HCW • No community-level interventions in place for MH care • Inadequate consultation and referral systems, weak health systems • Lack of motivation of HCW • Negative attitude towards MH • Resource allocation 	Opportunities <ul style="list-style-type: none"> • Maternal psychosocial care already provided through antenatal, perinatal and postnatal care • Partnership with NGOs can be instrumental for raising awareness at community level
---	--

12

The renewed Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2015

- Roadmap for ending all preventable deaths of women, children, and adolescents by 2030 and improving their overall health and well-being
- Moving beyond reductions in mortality to a vision of healthy life for all through the life-course
- More focus on women empowerment and NCDs

5

Packages of interventions

6

