

# گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

سال ۱۳۹۲

دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

## به نام خدا

### مقدمه:

بارداری یک پدیده طبیعی و از وقایع ویژه زندگی زنان و خانواده ها بوده است که می تواند زمان آرزوهای بزرگ و انتظاری لذت بخش باشد و نیز می تواند با ترس، رنج و حتی مرگ همزمان گردد. مادر هسته اصلی خانواده، عامل سلامت و موفقیت سایر اعضا است. مرگ مادر صدمات جبران ناپذیری را به خانواده و جامعه وارد می سازد. در هر جامعه ای مادران باردار یک گروه دارای اولویت را تشکیل می دهند. مادران نه تنها یک گروه پر جمعیت بلکه یک گروه آسیب پذیر و در معرض خطر ویژه هستند، که این خطر در ارتباط با زایمان و بارداری می باشد.

در هر جامعه ای مادران نقش اساسی و بنیادین در حفظ سلامت خانواده داشته و در نتیجه حافظ سلامت جامعه بوده و همواره از اهمیت خاص برخوردار می باشند. مرگ یک مادر، مرگ یک نفر نیست، بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است

مرگ و میر مادران یکی از خطرات عمده تهدید کننده حیات انسانی است که سال های سال قربانی های فراوانی گرفته است. شناختن علل و عوامل کاهش میزان آن همواره از دغدغه های بشری بوده است. مرگ و میر مادران صرفاً یک معضل بهداشتی نبوده بلکه یک معضل اجتماعی نیز محسوب می شود.

مرگ مادر در دوران بارداری، حین زایمان و تا ۴۲ روز پس از خاتمه بارداری، به هر دلیلی به جز حوادث، مرگ مادر ناشی از عوارض بارداری و زایمان محسوب می شود.

میزان مرگ و میر مادران به علت عوارض بارداری و زایمان از مهم ترین شاخص هایی است که نشان دهنده وضعیت توسعه کشورها می باشد. علت انتخاب این شاخص به عنوان یکی از بارزترین نمایه های توسعه، تاثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راه های روستایی، دسترسی به فوریت های مامایی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه وجود شبکه های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و ..... می باشد. در واقع خدمات بهداشتی- درمانی فقط بخشی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد. در اکثر کشورهای در حال توسعه، مرگ و میر و عوارض ناشی از بارداری و زایمان در زمره اولین علت های مرگ و معلولیت زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به حساب می آید.

با وقوع مرگ مادران باردار بنیان خانواده و سلامت فرزندان در معرض خطر قرار می گیرد. شناخت عوامل موثر بر این شاخص مهم، ما را در اتخاذ راهکارهایی جهت پیشگیری از بروز مرگ های مشابه و بهبود آن، یاری می نماید.

با توجه به اینکه آسیب ها، عوارض و مرگ و میر ناشی از بارداری در بسیاری از موارد قابل پیشگیری است، پس از بررسی علل مستقیم مرگ و میر مادران و مقایسه کاهش یا افزایش تعداد و علل آن باعث دستیابی به عوامل مستعد کننده و یا پیشگیری کننده و پیشنهاد راهکارهای عملی جهت ارتقا سلامت مادران باردار می شود.

## خلاصه ای از گزارش سازمان جهانی بهداشت – روند مرگ مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳

در سال ۲۰۱۳ حدود ۲۸۹۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که ۴۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کمتر شده است

حدود ۶۲ درصد درصد این مرگها در افریقای ساب ساهارا و حدود ۲۴ درصد در جنوب آسیا رخ داده است. در سطح کشورها، دو کشور حدود یک سوم مرگ مادران را تشکیل می دهند.

کشور هند با ۱۷ درصد و نیجریه با ۱۴ درصد مرگ مادران در دنیا نسبت مرگ مادر یا MMR در مناطق در حال توسعه (۲۳۰) حدود ۱۴ برابر مناطق توسعه یافته (۱۶) می باشد.

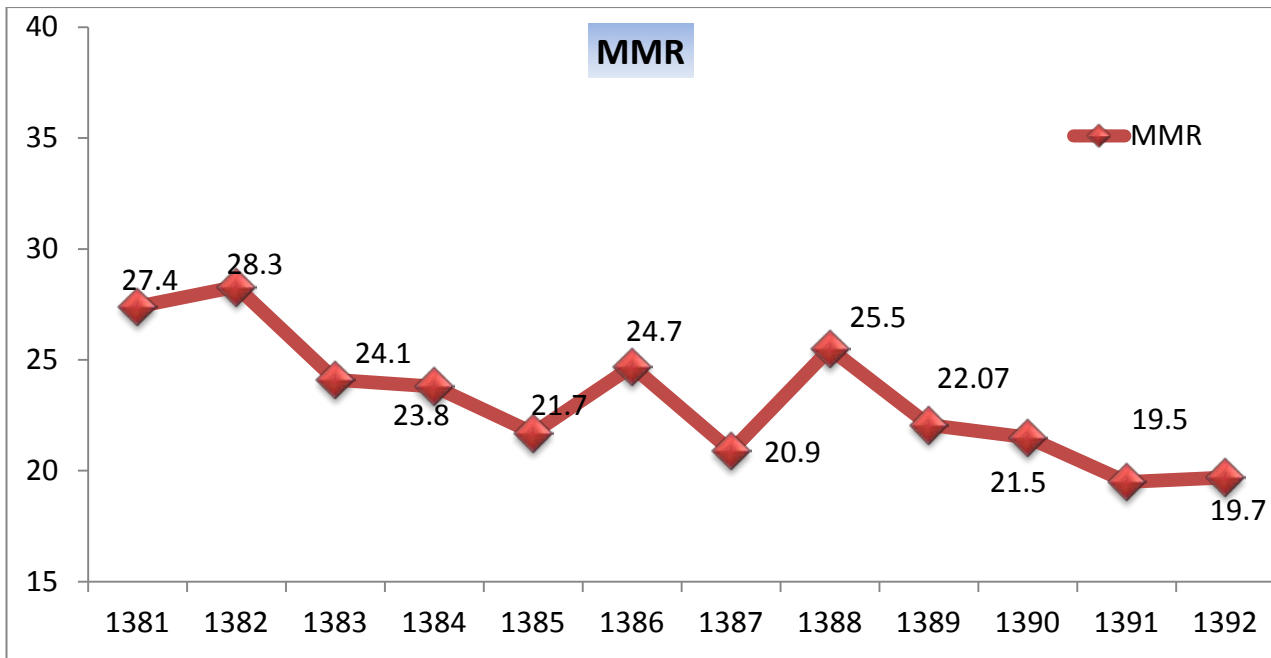
### شاخصهای MMR و Life time Risk of Maternal death در مناطق مختلف دنیا

#### بر اساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت

احتمال خطر مرگ در اثر عوارض بارداری و زایمان در طی عمر زن (یک تقسیم بر)	نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۳			منطقه
	حداکثر	حداقل	متوسط	
۴۰	۱۷۰	۳۷۰	۵۰۰	افریقا
۶۸۰	۹۲	۵۲	۶۸	امریکا
۳۳۰۰	۲۲	۱۴	۱۷	اروپا
۲۱۰	۲۷۰	۱۳۰	۱۹۰	آسیای جنوب شرقی
۱۲۰۰	۶۶	۳۲	۴۵	غرب پاسیفیک
۱۸۰	۲۶۰	۱۲۰	۱۷۰	مدیترانه شرقی(امرو)
۲۰۰۰	۳۵	۱۶	۲۳	- کشور ایران
۱۹۰	۲۹۰	۱۶۰	۲۱۰	دنیا
۱۶۰	۳۲۰	۱۸۰	۲۳۰	- مناطق در حال توسعه
۳۷۰۰	۲۳	۱۲	۱۶	- مناطق توسعه یافته
۵۲				- کشورهای کم درآمد
۳۴۰۰				- کشورهای پردرآمد

روند نسبت مرگ مادران در کشور طی ۱۲ سال اخیر در نمودار ذیل قابل مشاهده است.

نمودار شماره ۱: نسبت مرگ مادران در کشور بر اساس نظام مراقبت مرگ مادر



اگر چه طبق این نمودار میزان MMR در کشور روند رو به کاهش پیدا کرده است ، ولی با عنایت به هدف گذاری کمی شورای سیاستگذاری مبنی بر کاهش میزان مرگ مادران به ۱۵ در صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه پنجم توسعه ( سال ۱۳۹۴ ) مسئولیت وزارت بهداشت برای برنامه ریزی در جهت بهبود این شاخص سنگین تر شده است. بنابراین نیازمند تلاش بیش از پیش و اجرای مداخلاتی فراتر از برنامه های موجود و تکراری دارد.

جدول شماره ۲: تعداد و نسبت مرگ مادران در کشور از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۲ براساس داده های

#### نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

سال	تعداد موارد مرگ مادران گزارش شده (مطابق با تعریف)	نسبت مرگ مادران در صد هزار تولد زنده
۱۳۸۱	۳۰۸	۲۷/۴

۲۸/۳	۳۳۲	۱۳۸۲
۲۴/۱	۲۷۸	۱۳۸۳
۲۳/۸	۲۹۵	۱۳۸۴
۲۱/۷	۲۷۳	۱۳۸۵
۲۴/۷	۳۱۶	۱۳۸۶
۲۰/۹	۲۷۳	۱۳۸۷
( گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۳۰ )		
۲۵/۴	۳۴۲	۱۳۸۸
۲۲/۰۷	۳۰۱	۱۳۸۹
( گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۲۱ )		
۲۱/۵	۲۹۷	۱۳۹۰
۱۹/۵	۲۷۸	۱۳۹۱
۱۹/۷	۲۹۱	۱۳۹۲
( گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۲۳ )		

## گزارش توصیفی اطلاعات استخراج شده از مرگ مادر در سال ۹۲

### تعداد کل مرگ مادر:

- تعداد موارد مرگ مادر در سال ۹۲، به میزان ۲۹۱ مورد مرگ مادر مطابق با تعریف نظام کشوری مراقبت مرگ مادری گزارش شده است .

### منطقه سکونت:

- از این تعداد ۵۶٪ ساکن شهر و ۳٪ حاشیه شهر و ۲۵٪ ساکن روستای اصلی و ۹٪ روستای قمر و ۷٪ مربوط به روستای سیاری و عشایر بوده اند .

### سن مادر:

- از نظر بررسی سنی موارد فوت شده: سه درصد موارد فوت شده زیر ۱۸ سال و ۲۴٪ بالای ۳۵ سال بوده اند.
- به عبارتی از تعداد ۱۸۴۲ ۱۲۵ زایمان ثبت شده ۱۷۴۵۰۷ زایمان در مادران بالای ۳۵ سال اتفاق افتاده است که ۷۱ نفر فوت نموده اند، و از تعداد ۱۸۶۶۸ زایمان که در مادران زیر ۱۸ سال اتفاق افتاده است ۸ نفر منجر به فوت شده اند. بنابراین بر اساس آمار موجود از هر ۱۰۰۰۰ زن باردار بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال سن، حدوداً ۴ نفر فوت شده اند. به طوریکه از هر ۱۰۰۰۰ زن باردار در سنین ۱۸-۳۵ سال ۲ نفر فوت شده اند.

### تعداد بارداری:

۱. بارداری اول ۳۱ درصد
۲. ۱۷٪ بارداری پنجم و بالاتر داشته اند.
۳. فاصله دو بارداری آخر کمتر از سه سال ۲۰٪ بوده است.

### مراقبت بارداری:

- ۶۸٪ موارد مرگ مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته اند. و فقط ۳۲٪ موارد مراقبت پیش از بارداری شده اند
- ۷۳٪ موارد یک فاکتور در معرض خطر نیز داشته اند.
- ۶٪ موارد مرگ، اعتیاد به مواد مخدر داشته اند.
- ۴۴٪ موارد مرگ مراقبت دوران بارداری در زمان مناسب شروع نکرده اند.
- ۴۰٪ موارد تعداد تعداد مراقبتها متناسب با سن بارداری نبوده است
- ۸۴٪ موارد بارداری خواسته بوده است.

### مقطع فوت مادران فوت شده:

- ۲۷٪ در زمان بارداری
- ۳٪ در زمان زایمان
- ۲۶٪ در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان
- ۴۴٪ پس از ۲۴ ساعت فوت شده اند.

### محل فوت موارد گزارش شده:

- ۱۲٪ در منزل
  - ۷٪ در بین راه
  - در تسهیلات زایمانی مرگ نداشته ایم
  - ۸۱٪ در بیمارستان فوت شده اند.
- از این تعداد مواردی که در بیمارستان فوت نموده اند نوع بیمارستان آنها شامل:

- ۵۷٪ در بیمارستان آموزشی درمانی
- ۲۶٪ در بیمارستان درمانی
- ۶٪ در بیمارستان تامین اجتماعی

- ۸٪ در بیمارستان خصوصی
- ۳٪ بیمارستانهای سایر ارگانها
- در بیمارستان های خیریه مرگ اتفاق نیافتاده است
- **محل زایمان موارد فوت شده:**
  - ۷٪ در منزل
  - ۱٪ در بین راه
  - ۴٪ در تسهیلات زایمانی
  - ۸۸٪ در بیمارستان زایمان نموده اند.
- **نوع بیمارستان محل زایمان آنها شامل:**
  - ۳۶٪ در بیمارستان آموزشی درمانی زایمان کرده اند.
  - ۴۱٪ در بیمارستان درمانی
  - ۹٪ در بیمارستان تامین اجتماعی
  - ۱۰٪ در بیمارستانهای بخش خصوصی
  - ۱٪ در بیمارستانهای خیریه
  - ۳٪ در بیمارستانهای سایر ارگانها
- **عامل زایمان مادران فوت شده :**
  - ۷۶٪ موارد زایمان توسط پزشک انجام شده است و این در حالی است که ۷۳٪ موارد بارداری پرخطر داشته اند.
  - در ۱۷٪ موارد عامل زایمان ماما بوده است
  - ۲٪ از موارد عامل زایمان ماما محلی بوده است
  - ۱٪ ماما روستا عامل زایمان بوده است
  - در ۴٪ موارد هیچکس عامل زایمان نبوده است
- **نوع زایمان**
- از تعداد ۱۲۵۱۸۴۲ زایمان ثبت شده ، ۵۴/۸۶٪ سزارین که ۱/۹٪ آنها فوت نموده اند و از ۴۵/۱۴٪ زایمان طبیعی ۱/۲٪ فوت نموده اند.
- و با توجه به آمار استخراج شده از نظام مراقبت مرگ مادر ۳۴٪ موارد فوت شده، زایمان مادران به صورت طبیعی (NVD) بوده است
- و در ۶۶٪ موارد زایمان مادران به صورت سزارین صورت گرفته است. درصد علل سزارین های صورت گرفته شامل:
- ۷٪ عدم پیشرفت
- ۵٪ پوزانتاسیون غیر طبیعی
- ۵٪ دکلمان

۱٪ جفت سرراهی

۱۶٪ سزارین تکراری

۴٪ دوقلویی و بالاتر

۲۲٪ زجر جنین

۳٪ سزارین انتخابی

۱۹٪ سایر موارد مانند: پره اکلامپسی و مشکلات مادری و نجات جنین پس از مرگ مادر

#### - **مداخلات درمانی حین زایمان:**

استیمولاسیون بدون اندیکاسیون در ۹٪ موارد مرگ مادر دیده شده است.

در ۴۳٪ از کل موارد مرگ، مادر خون دریافت کرده است. و در ۳۲٪ بیش از ۴ واحد خون یا فرآورده خونی دریافت نموده اند.

- ۲۱٪ اقدامات جراحی مجدد داشته اند. (return to theater)

- ۱۵٪ داروهای ویژه مانند (IVIg، فاکتور ۷، پروستاگلاندین و.....) دریافت کرده اند.

#### - **غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی درمانی در مقاطع مختلف پیش از بارداری، بارداری،**

##### **زایمان، ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و پس از ۲۴ ساعت اول**

در ۱۳٪ موارد در مقطع پیش از بارداری از طرف ارائه کنندگان خدمت غفلت صورت گرفته است.

در ۴۲٪ موارد در مقطع بارداری از طرف ارائه کنندگان خدمت غفلت صورت گرفته است.

در ۲۰٪ از کل مرگها در زمان زایمان غفلت صورت گرفته است.

۲۶٪ در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان غفلت وجود داشته است.

۱۸٪ موارد پس از ۲۴ ساعت غفلت وجود داشته است.

#### - **علل مرگ مادران فوت شده:**

در ۲۵٪ مادران فوت شده علل مرگ خونریزی بوده است

در ۱۳٪ موارد پره اکلامپسی علت مرگ بوده است

در ۶٪ موارد علت مرگ عفونت بوده است

در ۱۳٪ بیماری قلبی علت مرگ مادران بوده است

در ۱۳٪ موارد آمبولی علت مرگ مادران بوده است

۷٪ بیماری زمینه ای

در ۲۳٪ موارد سایر علل (مثل: انواع تومورها، افسردگی پس از زایمان، واکنشهای دارویی و بیهوشی،

TTP و.....) باعث مرگ مادر شده است.

#### - **پایش نظام مراقبت مرگ مادر:**

عدم گزارش به موقع مرگ مادر به شهرستان در ۲۶٪ موارد

عدم گزارش به موقع مرگ مادر به استان در ۱۷٪ موارد



عدم انجام به موقع پرسشگری در ۳۶٪ موارد  
عدم کامل بودن اعضاء تیم پرسشگری در ۲۷٪ موارد  
در ۸۴٪ موارد کمیته ها به موقع تشکیل نشده است  
در ۳۷٪ موارد اعضاء کمیته دانشگاهی کامل نبوده است .  
در ۱۱٪ موارد در فرم شماره ۶ ( مصاحبه با خانواده) با سایر صفحات پرونده مغایرت داشته است .

#### - امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب:

در ۶۴٪ موارد مرگ مادر عوامل قابل اجتناب شناسایی شده است .و در ۳۶٪ موارد هیچ علت قابل اجتناب شناسایی نشده است.  
در ۶۳٪ موارد مداخله برای عامل قابل اجتناب طراحی و سطحی که مداخله باید اجرانماید و فرد مسئول اجرا تعیین شده است  
در ۴۳٪ موارد دوره زمانی مشخصی برای اجرای مداخله تعیین شده است.  
در ۳۹٪ موارد مداخله در زمان تعیین شده اجرا گردیده است.  
در ۴۹٪ موارد پسخوراند به سطوح و واحدهای محیطی داده شده است .

جدول شماره ۳: اطلاعات سهم دانشگاه از موالید ومرگ مادر از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲

سهام دانشگاه از		جمع ۵ سال مرگ مادران	جمع ۵ ساله موالید	مرگ ۵ سال					موالید ۵ سال					دانشگاه/دانشکده
در صد کل مرگ ۵ ساله	در صد کل موالید ۵ ساله			مرگ ۸۸	مرگ ۸۹	مرگ ۹۰	مرگ ۹۱	مرگ ۹۲	ولادت ۱۳۸۸	ولادت ۱۳۸۹	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	
۰,۸۲	۰,۹۲	۱۰	۴۲۵۸۳			۴	۴	۴			۲۰۸۵۱	۲۱۷۳۲	۲۱۶۲۲	آبادان
۴,۱۸	۴,۸۹	۵۱	۳۳۶۶۸۰	۹	۱۰	۸	۱۱	۱۳	۶۷۶۸۳	۶۷۷۳۴	۶۷۸۴۲	۶۸۶۶۹	۶۹۸۴۰	آذربایجان شرقی
۴,۷۶	۴,۵۱	۵۸	۳۱۰۰۵۲	۱۵	۱۲	۱۲	۱۱	۸	۶۲۱۷۰	۶۲۳۹۴	۶۲۲۸۹	۶۲۸۰۷	۶۵۸۱۱	آذربایجان غربی
۱,۹۷	۱,۷۳	۲۴	۱۱۹۵۹۳	۶	۲	۹	۳	۴	۲۳۶۵۷	۲۳۹۸۵	۲۳۹۰۸	۲۴۶۰۱	۲۴۸۰۴	اردبیل
۴,۹۲	۴,۹۵	۶۰	۳۳۹۹۸۴	۱۴	۱۴	۱۱	۱۴	۷	۶۷۱۵۹	۶۷۳۲۸	۶۸۳۷۳	۷۱۳۶۲	۷۲۰۰۲	اصفهان
۰,۵۷	۰,۴۹	۷	۳۱۳۵۶	۱	۲	۳	۱		۶۴۳۲	۶۴۴۳	۶۸۱۲	۶۸۸۹	۷۳۶۹	کاشان
۰,۷۴	۰,۷۳	۹	۵۰۴۲۳	.	۴	.	۱	۴	۹۹۹۸	۱۰۰۲۱	۱۰۲۶۱	۱۰۲۲۱	۱۰۷۳۴	ایلام
۲,۳۰	۱,۴۰	۲۸	۹۵۳۰۷	۱۰	۴	۶	۴	۴	۱۸۹۱۲	۱۸۹۸۱	۱۹۱۶۱	۲۰۱۸۱	۲۰۷۲۸	بوشهر
۰,۰۸	۰,۱۹	۱	۶۳۸۶			.	.	۱				۶۳۸۶	۶۸۱۲	تربت حیدریه
۱۲,۶۳	۱۲,۷۱	۱۵۴	۸۹۹۰۷۸	۳۳	۲۹	۲۳	۳۲	۳۷	۱۷۲۱۴۸	۱۷۴۸۵۷	۱۷۷۱۲۹	۱۷۸۸۳۲	۱۸۴۸۶۸	تهران(شهید بهشتی،تهران-ایران)
۲,۳۰	۲,۴۶	۲۸	۱۳۴۹۶۲	۵	۵	۹	۵	۴	۳۲۰۶۰	۳۳۳۶۴	۳۳۸۸۹	۳۵۶۴۹	۳۶۹۳۵	کرج
۰,۹۰	۱,۴۰	۱۱	۹۶۰۳۸	۴	۱	۳	۱	۲	۱۸۷۵۲	۱۸۷۵۲	۱۹۶۱۴	۲۰۴۰۷	۲۰۳۹۲	چهارمحال بختیاری
۰,۹۰	۱,۰۶	۱۱	۶۹۵۰۹	.	۳	۲	۴	۲	۱۳۳۷۵	۱۳۶۶۷	۱۴۵۶۱	۱۴۸۱۰	۱۷۴۳۰	خراسان جنوبی
۸,۷۰	۷,۸۶	۱۰۶	۵۴۸۴۳۰	۲۹	۲۲	۱۱	۲۰	۲۴	۱۱۲۰۹۷	۱۰۵۳۸۵	۱۱۷۹۴۵	۱۰۲۷۳۸	۱۱۱۲۸۱	خراسان رضوی
۰,۳۵	۰,۱۵	۳	۹۶۷۶	۱	.	.	.	۲	۱۷۳۲	۱۸۳۷	۱۸۱۸	۲۶۰۸	۲۸۱۱	گناباد
۱,۱۵	۰,۵۹	۱۴	۳۸۰۸۲	۵	۲	۱	۳	۳	۷۲۱۳	۷۲۴۲	۷۲۷۴	۹۴۳۹	۱۰۰۱۵	سیزوار
۱,۸۹	۱,۳۶	۲۳	۹۲۵۸۲	۵	۵	۴	۴	۵	۱۹۴۶۹	۱۸۶۴۵	۱۸۳۹۲	۱۸۳۷۶	۱۹۸۷۸	خراسان شمالی

سهم دانشگاه از		جمع ۵ ساله مرگ مادران	تولید ساله	مرگ ۵ سال					موالید ۵ سال					دانشگاه/دانشکده
در صد کل مرگ ۵ ساله	در صد کل موالید ۵ ساله			۸۸	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲	ولادت ۱۳۸۸	ولادت ۱۳۸۹	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	
۷,۳۸	۵,۸۷	۹۰	۴۳۰۸۹۷	۲۳	۲۱	۱۲	۱۶	۱۸	۱۰۰۵۲۸	۹۵۹۵۵	۶۸۰۸۰	۷۱۹۲۵	۷۳۳۸۵	خوزستان
۰,۹۸	۰,۷۳	۱۲	۳۵۸۸۸		۲	۳	۳	۴		۷۵۱۲	۱۳۵۷۶	۱۴۸۱۰	۱۵۱۵۵	دزفول
۱,۱۵	۱,۳۶	۱۴	۹۲۰۷۵	۳	۳	۱	۴	۳	۱۸۱۱۹	۱۷۹۴۲	۱۸۸۰۶	۱۹۵۱۵	۲۰۶۱۵	زنجان
۰,۸۲	۰,۴۲	۱۰	۲۸۱۳۴	۲	۴	۲	۱	۱	۵۳۸۳	۵۴۰۰	۶۰۵۱	۶۲۴۳	۶۳۳۵	سمنان
۰,۲۵	۰,۲۷	۳	۱۸۷۴۴	۱	.	.	۱	۱	۳۹۸۳	۳۹۷۲	۳۵۲۳	۳۵۲۴	۳۷۲۴	شاهرود
۱۵,۹۱	۵,۷۷	۱۹۴	۳۸۳۷۶۵	۳۳	۳۷	۳۴	۴۱	۳۹	۷۳۰۱۱	۸۵۰۸۵	۸۳۰۰۷	۷۷۶۵۱	۸۹۳۷۰	سیستان و بلوچستان و ایرانشهر
۱,۸۹	۰,۶۶	۲۳	۴۳۹۹۸	۳	۸	۶	۳	۳	۹۵۳۳	۸۷۶۷	۵۲۲۴	۱۱۷۱۹	۱۰۶۳۲	زابل
۵,۹۹	۵,۳۲	۷۳	۳۶۵۷۷۸	۱۳	۱۴	۱۹	۹	۱۸	۷۳۴۸۴	۷۴۱۵۶	۷۳۱۵۰	۷۴۷۳۸	۷۶۱۵۱	فارس
۰,۳۳	۰,۲۷	۴	۱۷۸۶۱	.	۱	۲	۱	.	۳۴۴۷	۳۶۲۲	۳۶۷۵	۳۸۲۲	۴۳۵۵	چهرم
۰,۱۶	۰,۲۹	۲	۱۹۴۱۵	۱	۱	.	.	.	۳۶۹۵	۳۹۸۹	۴۰۲۳	۴۱۷۶	۴۰۸۰	قضا
۱,۳۱	۱,۴۷	۱۶	۱۰۰۹۰۲	۵	۴	۲	۳	۲	۲۰۱۷۳	۲۰۳۷۶	۲۰۱۲۹	۲۱۱۷۷	۲۱۲۹۱	قزوین
۱,۸۰	۱,۵۴	۲۲	۱۰۴۵۸۱	۳	۵	۳	۸	۳	۲۰۷۲۵	۲۰۴۷۳	۲۱۰۸۰	۲۲۵۴۷	۲۲۸۷۸	قم
۲,۶۳	۲,۰۰	۲۲	۱۳۷۱۱۷	۷	۱۰	۱۰	۳	۳	۲۷۷۰۲	۲۷۱۵۳	۲۷۳۸۰	۲۸۰۷۴	۲۹۲۸۹	کردستان
۲,۶۳	۲,۲۰	۲۲	۱۶۹۰۸۰	۱۱	۵	۷	۴	۵	۳۴۵۵۴	۳۴۶۳۴	۲۱۷۶۹	۲۹۲۷۳	۳۴۴۸۲	کرمان
۰,۵۷	۰,۴۰	۷	۲۶۸۰۲	۱	۱	۳	۲	.	۵۵۴۱	۵۲۷۱	۵۰۲۴	۵۸۲۷	۵۹۷۷	رفسنجان
۰,۵۷	۰,۴۰	۷	۲۰۳۳۴		۲	۱	۴	.		۶۷۷۴	۶۷۲۳	۶۸۲۷	۷۵۲۸	بم
۱,۶۴	۱,۰۶	۲۰	۶۰۳۴۳	۲	۴	۷	۴	۳	۱۵۰۱۱	۱۵۱۲۹	۱۴۶۴۹	۱۵۵۵۴	۱۲۸۲۲	جیرفت
سهم دانشگاه از		ساله	تولید	مرگ ۵ ساله					موالید ۵ ساله					دانشگاه/دانشکده

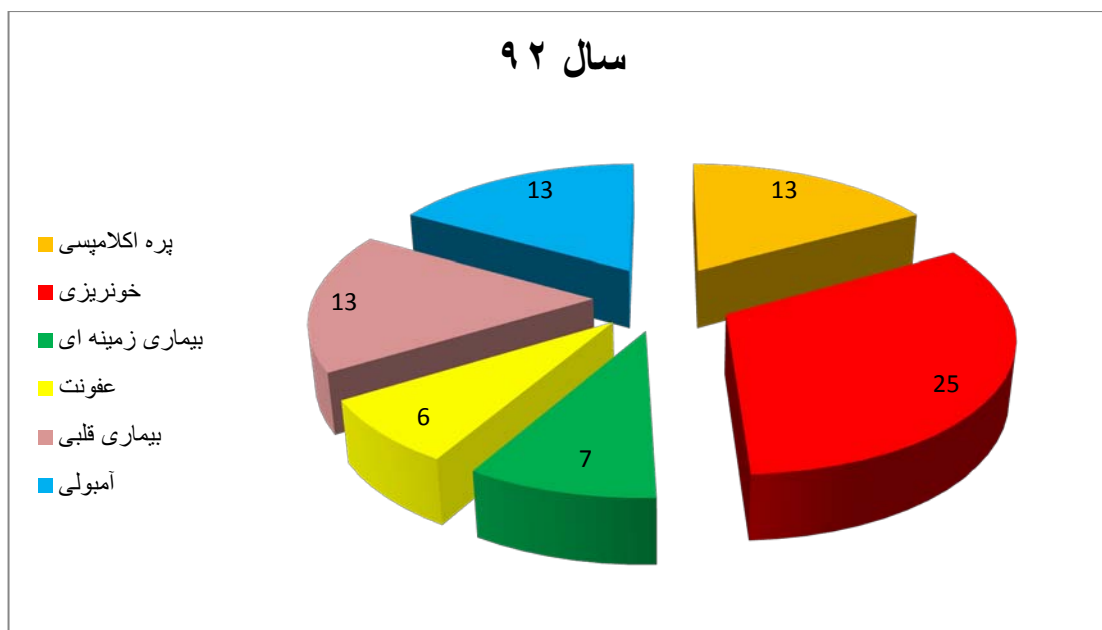
در صد کل مرگ ۵ ساله	در صد کل موالید ۵ ساله			مرگ ۸۸	مرگ ۸۹	مرگ ۹۰	مرگ ۹۱	مرگ ۹۲	ولادت ۱۳۸۸	ولادت ۱۳۸۹	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۲	
۳,۱۲	۲,۴۲	۲۸	۱۶۷۲۷۱	۱۰	۸	۷	۵	۸	۲۳۴۴۲	۲۳۲۱۹	۲۳۴۱۴	۲۴۱۷۱	۲۵۰۲۸	کرمانشاه
۱,۹۷	۱,۱۰	۲۴	۷۵۶۸۹	۶	۴	۶	۳	۵	۱۵۱۴۷	۱۴۹۲۶	۱۵۱۹۹	۱۵۸۸۲	۱۵۹۰۹	کهگیلویه و بویراحمد
۳,۳۶	۲,۷۹	۴۱	۱۸۸۴۲۸	۱۴	۴	۹	۱۱	۳	۲۶۳۱۲	۲۶۷۴۳	۲۹۱۵۴	۴۱۰۲۲	۴۱۷۴۷	گلستان
۱,۲۳	۲,۳۰	۱۴	۱۶۰۰۴۴	۶	۱	۵	۱	۲	۲۱۸۵۴	۲۲۰۳۷	۲۱۹۷۷	۲۲۱۹۸	۲۲۶۴۵	گیلان
۳,۶۹	۲,۶۰	۴۵	۱۷۷۵۲۹	۱۳	۷	۸	۷	۱۰	۲۵۵۲۰	۲۵۰۱۱	۲۵۷۹۹	۲۷۱۵۴	۲۷۹۴۴	لرستان
۱,۹۷	۲,۶۱	۲۴	۱۸۲۳۶۴	۱۳	۴	۴	۰	۳	۲۶۶۶۵	۲۶۵۴۲	۲۶۱۰۸	۲۶۲۹۶	۲۶۹۵۴	مازندران
۰,۱۶	۰,۵۵	۲	۲۸۰۳۶	۰	۰	۱	۰	۱	۷۶۵۱	۷۵۱۱	۷۵۱۷	۷۶۸۹	۷۹۷۲	بابل
۱,۴۸	۱,۵۲	۱۸	۱۰۴۱۳۵	۶	۲	۵	۳	۲	۲۰۵۷۱	۲۰۶۷۹	۲۱۰۶۸	۲۱۵۵۸	۲۲۰۴۱	مرکزی
۰,۹۰	۰,۵۶	۱۱	۲۸۳۲۶		۱	۶	۲	۲		۸۷۵۶	۹۱۲۹	۱۰۴۴۱	۱۱۰۹۰	نیشاپور
۵,۹۱	۲,۵۷	۷۲	۱۷۳۹۴۵	۱۰	۱۹	۱۶	۱۳	۱۴	۲۳۳۳۰	۲۴۵۸۱	۲۵۶۵۶	۲۷۲۸۰	۲۸۴۴۶	هرمزگان
۱,۹۷	۲,۰۹	۲۴	۱۴۳۶۶۲	۴	۳	۹	۲	۶	۲۹۹۹۸	۳۰۱۶۲	۳۰۶۴۵	۳۱۳۸۸	۳۲۲۸۹	همدان
۲,۱۳	۱,۷۲	۲۶	۱۱۷۴۷۳	۳	۱۰	۳	۴	۶	۲۱۲۹۱	۲۲۱۱۰	۲۲۲۹۸	۲۳۵۰۱	۲۲۵۰۲	یزد
		۱۰		۲	۲	۰	۳	۳						مشترک
۱۰۰,۰۰	۱۰۰,۰۰	۱۲۱۹	۶۸۱۶۱۷۲	۲۴۲	۳۰۲	۲۹۷	۲۷۸	۲۹۱	۱۳۴۸۵۴۶	۱۳۶۳۵۴۲	۱۳۸۲۲۲۹	۱۴۲۱۶۸۹	۱۴۷۱۸۳۴	کل کشور

جدول شماره ۴: مقایسه شاخص های حاصل از نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در ۵ سال اخیر (اعداد به درصد)

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	الف. شاخص های عملکرد نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (درصد)
۸۳	۸۲	۸۴	۹۰	۸۷	گزارش به موقع مرگ های مادر اتفاق افتاده
۶۴	۵۸	۵۹	۶۸	۶۲	انجام به موقع پرسشگری
۷۳	۷۰	۷۸	۸۲	۸۳	کامل بودن تیم پرسشگری
۱۶	۱۷	۲۷	۳۳	۲۶	تشکیل به موقع کمیته بررسی مرگ و میر مادران
۶۳	۶۰	۶۷	۷۲	۶۳	کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی برای بررسی موارد مرگ
۶۳	۵۷	۶۹	۷۱	۷۱	ارایه طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه
۴۳	۴۵	۴۵	۶۱	۶۲	اجرای طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه
۶۴	۵۸	۶۸	۷۳	۶۹	امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ
۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	ب. شاخص های جمعیت شناسی (درصد)
۵۹	۶۱	۵۷	۶۷	۵۹	مادران فوت شده ساکن شهر*
۲۵	۲۵	۳۱	۲۲	۳۱	مادران فوت شده ساکن روستاهای اصلی
۱۶	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	مادران فوت شده ساکن روستاهای قمر و سیاری
۷۳	۷۲	۷۷	۷۶	۷۶	مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال
۳	۱	۳	۲	۳	مادران فوت شده زیر ۱۸ سال
۲۴	۲۷	۲۰	۲۲	۲۱	مادران فوت شده بالای ۳۵ سال
۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	پ. شاخص های مرتبط با پوشش و کیفیت خدمات تنظیم خانواده (درصد)
۸۳	۷۹	۸۲	۸۳	۸۰	خواستگاری بودن بارداری
۱۷	۱۸	۲۱	۲۱	۲۲	تعداد بارداری ۵ یا بیشتر
۲۰	۲۰	۱۷	۲۳	۲۴	فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال
۷۳	۷۳	۷۱	۷۵	۷۴	در معرض خطر بودن (ابتلا به بیماری زمینه ای از ابتدای بارداری)
۵۹	۵۳	۶۵	۶۲	۶۵	متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری

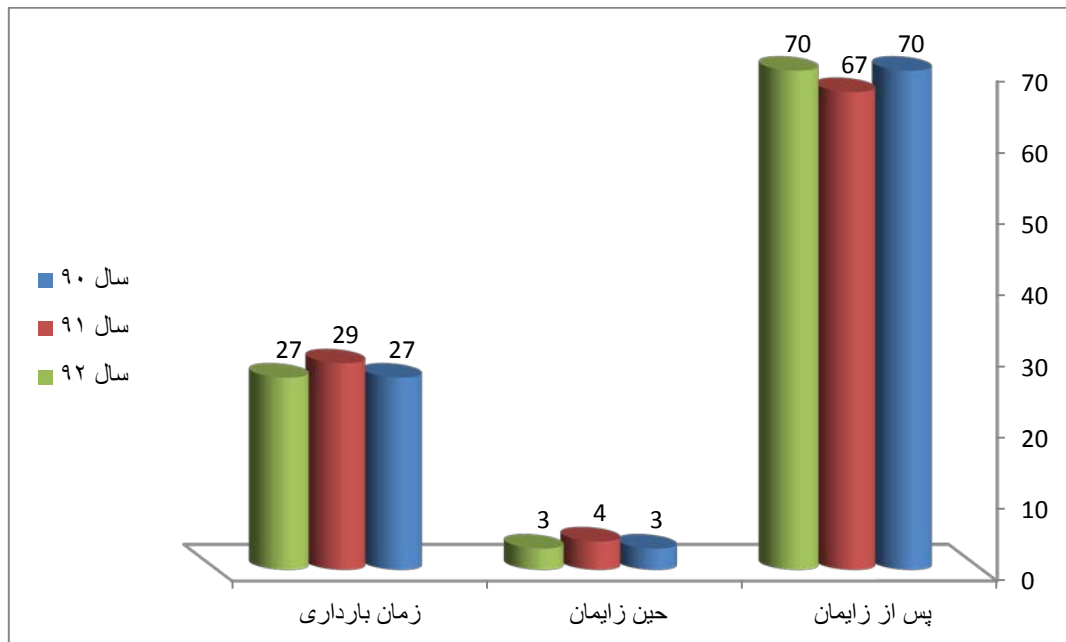
۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	ت. شاخص های مرتبط با دسترسی و کیفیت خدمات (درصد)
۲۷	۲۹	۲۷	۲۵	۲۶	مادران فوت شده در طول بارداری*
۳	۴	۳	۴	۴	مادران فوت شده حین زایمان
۷۰	۶۷	۷۰	۷۱	۷۰	مادران فوت شده پس از زایمان
۷	۵	۴	۶	۹	مادران زایمان کرده در منزل
۱	۱	۱	۱	۲	مادران زایمان کرده بین راه
۴	۳	۲	۲	۰	مادران زایمان کرده در واحدهای تسهیلات زایمانی
۸۱	۹۱	۹۳	۹۱	۸۹	مادران زایمان کرده در بیمارستان ها
۱۲	۱۳	۷	۱۱	۸	مادران فوت شده در منزل*
۷	۴	۵	۴	۸	مادران فوت شده در بین راه
۰	۰	۱	۱	۰	مادران فوت شده در واحدهای تسهیلات زایمانی
۸۱	۸۳	۸۷	۸۴	۸۴	مادران فوت شده در بیمارستان ها
۹۲	۹۵	۹۶	۹۳	۹۲	مادرانی که زایمان آنها توسط متخصص یا ماما انجام شده است
۳	۲	۱	۴	۵	مادرانی که زایمان آنها توسط ماما محلی انجام شده است
۱	۱	۰	۰	۰	مادرانی که زایمان آنها توسط ماما روستا انجام شده است
۴	۲	۳	۳	۳	مادرانی که خودشان زایمان خود را انجام داده اند
۶۶	۶۳	۶۲	۵۸	۶۰	مادرانی که زایمان آنها به صورت سزارین انجام شده است
۳۴	۳۷	۳۸	۴۲	۴۰	مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است

درصد شایعترین علل مرگ های مادر سال ۹۲

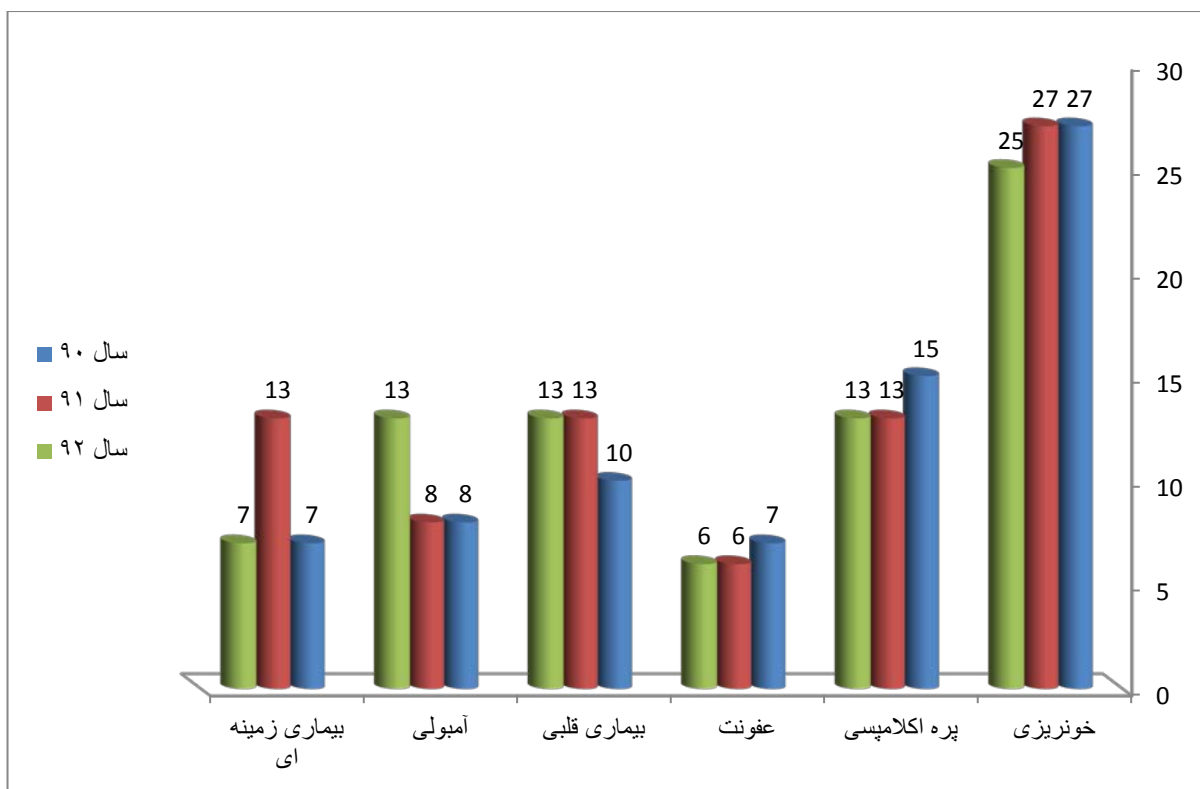


نمودارهای ذیل بر اساس مقایسه ارقام شاخص ها در مقطع سه ساله (۹۰-۹۲) محاسبه و ارائه گردیده است .

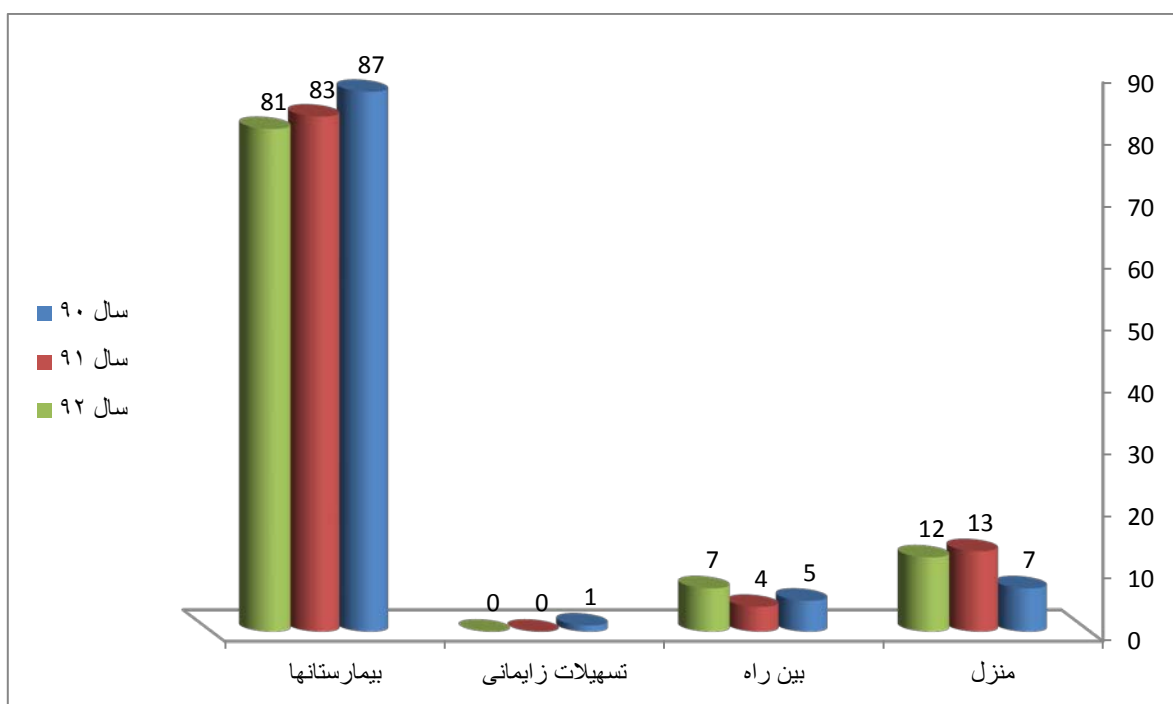
#### درصد مادران فوت شده بر حسب مقطع فوت



#### درصد موارد فوت شده بر حسب شایعترین علل مرگ مادر

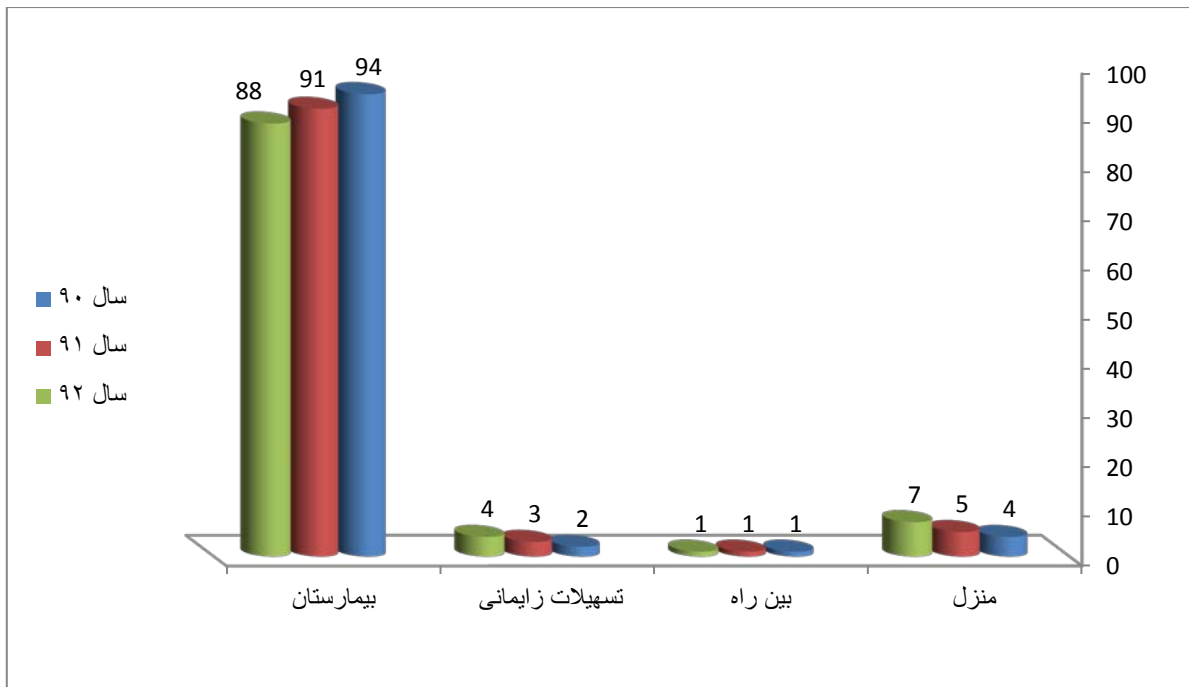


### درصد مادران فوت شده بر حسب محل فوت

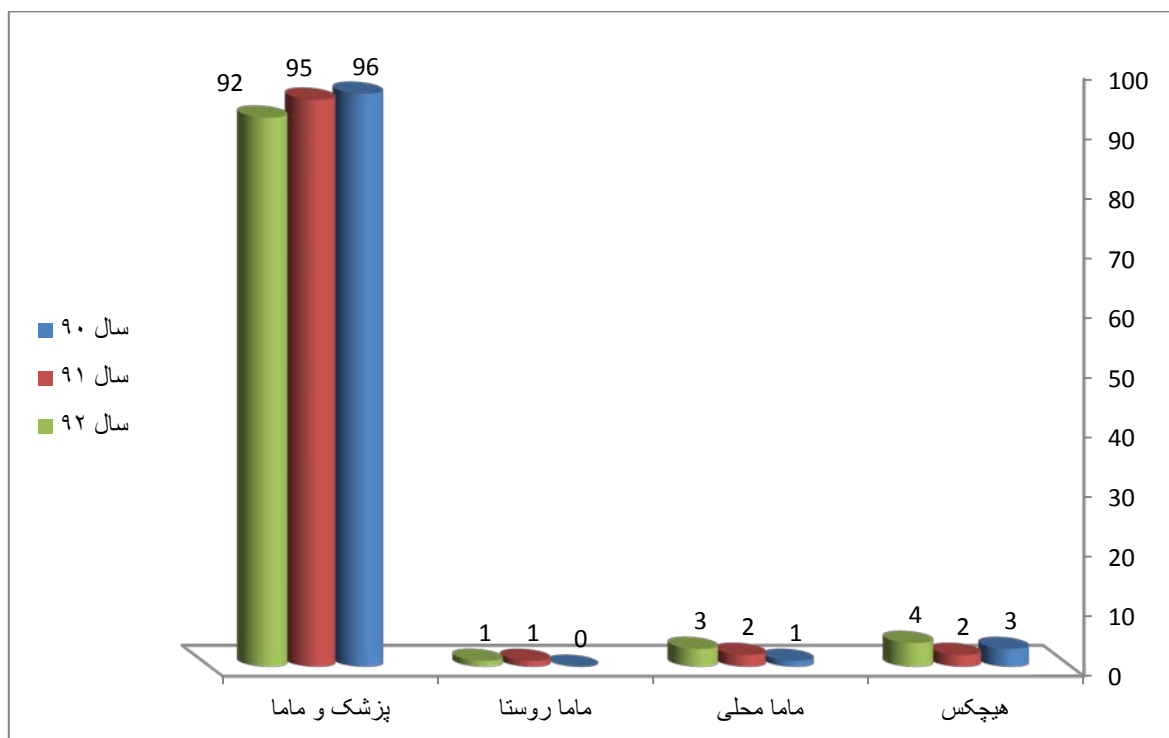


### درصد مادران فوت شده بر حسب محل زایمان

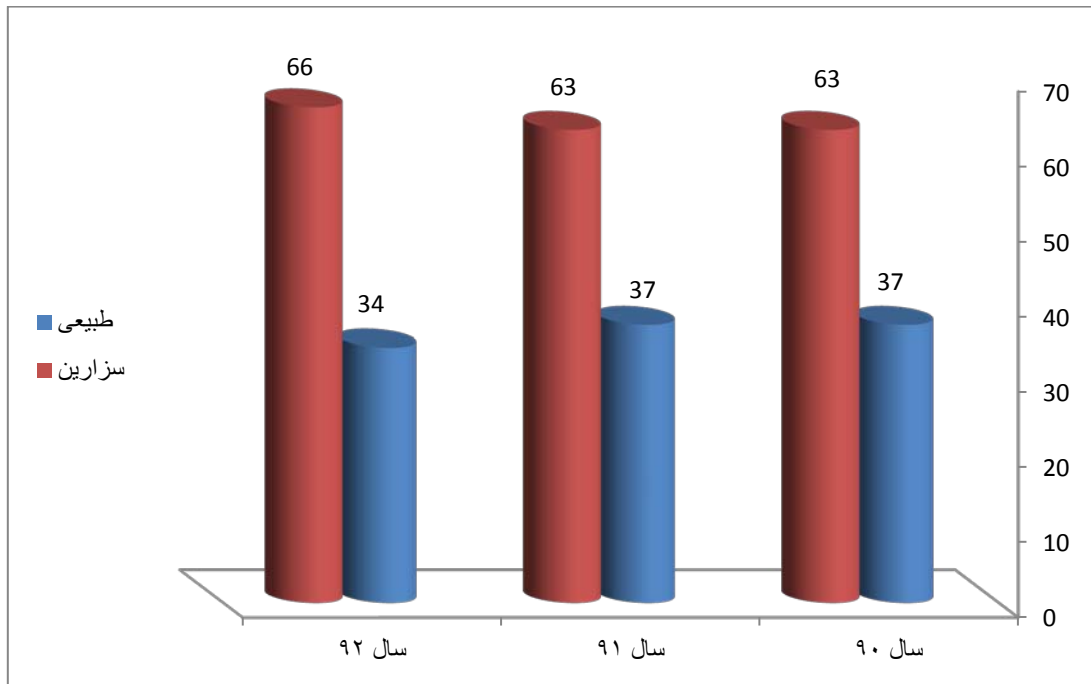




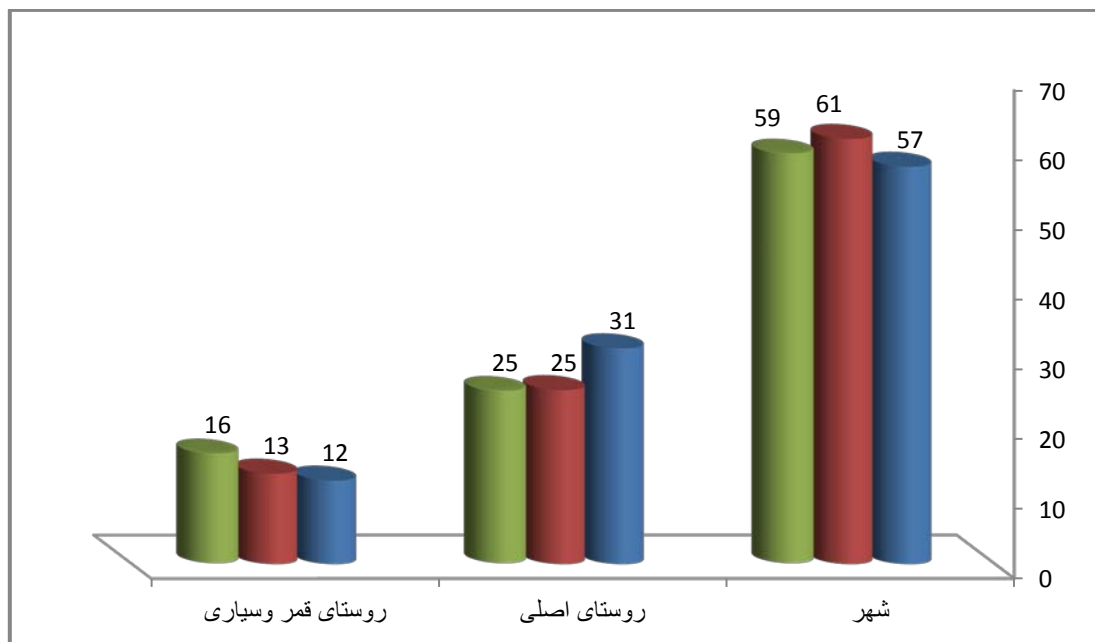
### درصد مادران فوت شده بر حسب فرد کمک کننده به زایمان



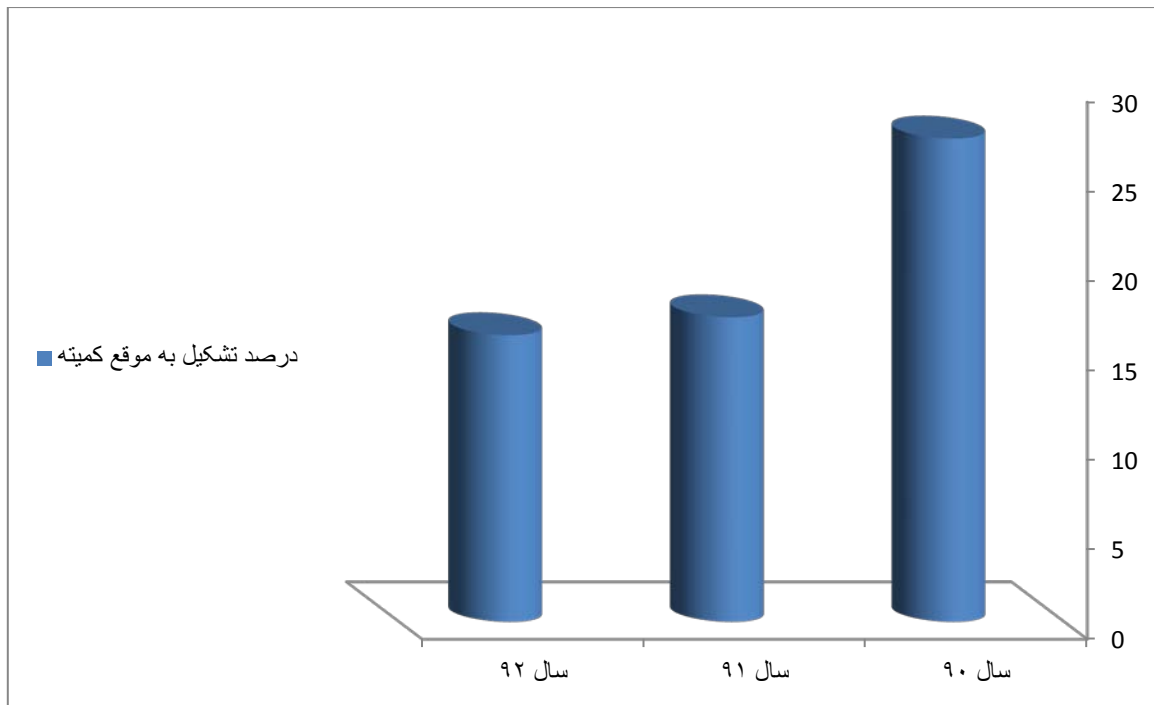
### درصد مادران فوت شده بر حسب نوع زایمان



### درصد مادران فوت شده بر حسب محل سکونت



### درصد تشکیل به موقع کمیته مرگ مادر



### اهم مصوباتی که دانشگاهها جهت کاهش مرگ مادر ملزم به اجرا می باشند:

- ۱- تشکیل به موقع کمیته های مرگ و میر مادر مورد تاکید قرار گیرد. (مطابق مجموعه نظام مراقبت مرگ مادرانجام به موقع پرسشگری دو هفته پس از تاریخ فوت و تشکیل به موقع کمیته ها نیز دو هفته پس از پرسشگری می بایست انجام شود).
- ۲- فرم ۷ پرسشنامه های نظام مراقبت مرگ مادری به طور کامل نوشته شوند. (ثبت LMP، تاریخچه بارداری و زایمان با فرمت GPAbI، گزارش سیر ایجاد عوارض تا هنگام فوت با تاکید بر سن بارداری و سایر نکات مهم) و پس از تکمیل، فرم ۷-۱۲ پرسشنامه های مرگ مادر به همراه صورتجلسات به اداره سلامت مادران ارسال گردد.
- ۳- مداخلات مناسب و مؤثر در پیشگیری از موارد مرگ و میر مادران در کمیته ها طراحی، تدوین و اجراء گردد، و از به کار بردن عبارات کلی و مبهم اجتناب شود.
- ۴- اجرای برنامه مراقبت قبل از بارداری (شامل شناسایی بیماریهای زمینه ای و موارد پرخطر) مراقبت های دوران بارداری و پس از زایمان با جدیت بیشتر مورد تاکید قرارگیرد. معاونت بهداشت
- ۵- مطابق نامه شماره ۵۰۰/۱۸۹۴/د مورخ ۹۱/۸/۷ اجرای طرح استاد معین و آنکال دوم در مراکز درمانی اجرایی شوند. معاونت درمان
- ۶- با توجه به نامه معاونت محترم درمان در خصوص شیوه نامه ارتقاء حضور متخصص زنان و زایمان به شماره ۴۰۰/۱۴۲۶۴/د مورخ ۹۱/۱۰/۲۶ نسبت به اجرای مقیم شدن متخصصین زنان و زایمان مورد تاکید قرار گیرد. معاونت درمان
- ۷- نحوه تکمیل و ثبت اطلاعات در پرونده های بیمارستانی توسط تمام کارکنان (بخصوص در مورد کنترل و ثبت علائم حیاتی) در مراحل مختلف زایمان و پس از آن مورد نظارت جدی قرار گیرد. معاونت درمان
- ۸- معاونت محترم درمان دانشگاه بر نحوه عملکرد پزشکان نظارت بیشتر داشته باشند. معاونت درمان

- ۹- دستورات تلفنی حداکثر تا ۳۰ دقیقه بعد باید کتبی شود و بیمار توسط متخصص محترم ویزیت شود. معاونت درمان
- ۱۰- با توجه به نامه شماره ۱۱۰۵۶/۴۰۰/د مورخ ۹۱/۸/۲۳ متخصصین محترم برای اداره عوارض و فوریتها ملزم به استفاده از راهنمای کشوری ارائه خدمت و کتب مرجع شوند. معاونت درمان
- ۱۱- مطابق نامه استاندارد بلوگ زایمان به شماره ۴۰۰/۱۵۸۷ مورخ ۸۹/۹/۲۱ بیمارستانها به ازای هر ۱۰۰۰ زایمان در سال می بایست به دو عدد مانیتورینگ الکترونیک تجهیز شوند. معاونت درمان
- ۱۲- با توجه به فراهم بودن انواع پروستاگلاندین ها (میزوپروسترول و  $F_2\alpha$ ) استفاده از آن بر اساس اندیکاسیونهای علمی و با رعایت ضوابط مربوطه مورد تاکید قرار گیرد. معاونت درمان
- ۱۳- لزوم مادران در شرایط Unstable به هر صورتی خودداری شود. معاونت درمان
- ۱۴- همکاری معاونت آموزشی در خصوص آموزش متخصصین زنان با توجه به بررسی موارد مرگ و تپیه گزارش به صورت توضیح malpractice و mismanagement و ارائه راهکارهای علمی و مستند به کلیه بیمارستانها و صاحبان فرایند انجام پذیرد. معاونت درمان و آموزشی
- ۱۵- مطابق نامه شماره ۵۰۴/۲۱۰/د مورخ ۹۱/۴/۱۳ سرپرست محترم آموزش مداوم جامعه پزشکی تمهیدات لازم برای شرکت تمامی متخصصین زنان و ماماها و پزشکان عمومی شاغل در بیمارستانهای آموزشی-درمانی، درمانی، تامین اجتماعی، ارتش، خیریه، خصوصی و وابسته به سایر ارگانها در دوره های آموزشی فوریتهای مامایی فراهم گردد. معاونت درمان و آموزشی
- ۱۶- هیات امناء دانشگاه موظف به تامین نیروی انسانی مامایی برای بلوک های زایمان و بخش های زنان و مامایی کلیه مراکز درمانی و دانشگاهی طبق استاندارد ابلاغ شده می باشد. (با توجه به نامه مقام محترم وزارت وقت به شماره ۱۰۰/۳۸۳ مورخ ۹۱/۳/۲۴) معاونت درمان
- ۱۷- با توجه به اینکه انجام هر بار سزارین، سزارینهای تکراری و عوارض آن (چسبندگیهای جفت، عوارض بیهوشی و.....) را به همراه دارد لذا از انجام سزارینهای بدون اندیکاسیون علمی جلوگیری و بر تسریع در راه اندازی کلاسهای آمادگی برای زایمان و زایمان فیزیولوژیک تاکید گردد معاونت درمان
- ۱۸- معاونت آموزشی بر فعالیت رزیدنت ها نظارت داشته باشند. معاونت درمان و آموزشی
- ۱۹- امکان دسترسی به خون و فراورده ها در مراکز درمانی بخصوص شهرستانها باید تقویت گردد. معاونت درمان
- ۲۰- مقررات مناسبی جهت جلوگیری از مخدوش شدن پرونده ها پس از فوت تدوین گردد. معاونت درمان
- ۲۱- برنامه های آموزش مداوم در زمینه آشنایی متخصصین و ماماها شاغل با اصول و اقدامات بیمارستانهای دوستدار و زایمان فیزیولوژیک توسط معاونت محترم درمان و معاونت آموزشی برگزار گردد. معاونت درمان و آموزشی
- ۲۲- روند مشاوره بخصوص در بیماران پرخطر تقویت شوند. معاونت درمان
- ۲۳- لزوم آنجا که گروه آموزشی زنان از مهمترین ارکان مدیریت سلامت زنان در دانشگاهها می باشند، لذا متخصصین محترم زنان و زایمان، وظیفه نظارت بر حسن ارائه خدمات حتی در بیمارستانهای خصوصی و غیر آموزشی را انجام دهند. معاونت درمان و آموزشی
- ۲۴- تراکت های آموزشی بردیوارهای بلوک زایمان در مراکز درمانی، آموزشی و غیر آموزشی نصب گردد. (با بهره گیری از راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان) معاونت درمان
- ۲۵- اشتغال به کار متخصصین مشمول تعهدات قانونی ضریب K، در بخش خصوصی و تامین اجتماعی صرفاً با اطلاع و مجوز معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مجاز می باشد. معاونت درمان

- ۲۶ مادران نیازمند به مراقبت ویژه از طریق ارتباط بیمارستانها و مراکز خارج بیمارستانی پیگیری گردند.  
( استقرار یک نفر درستاد مرکز بهداشت و درمان شهرستانها برای پیگیری ارجاع بیماران High Risk و ارتباط با مراکز بیمارستانی و خارج بیمارستانی) - معاونت بهداشت و درمان
- ۲۷ دوره های آموزشی مستمر باتاکید بر علائم خطر دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان به منظور حساس سازی و ارتقاء ارائه خدمات پزشکان اورژانس بیمارستانها برگزار گردد. معاونت درمان و آموزشی
- ۲۸ به استناد نامه شماره ۱۰۰/۳۸۳ مورخ ۹۱/۳/۲۴ وزیر محترم وقت به مشاور وزیر و دبیر مجامع و شوراها و هیئت های امنای جذب نیروی انسانی در دستور کار هیئت امنای دانشگاه قرار بگیرد (معاونت بهداشت و درمان)
- ۲۹ مراقبتهای پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان در تمام سطوح غیر پزشک و پزشک تقویت گردد و اجرای آن مطابق راهنماهای خارج بیمارستانی در بازدیدها مورد نظارت قرار بگیرد (معاونت بهداشت)
- ۳۰ به استناد نامه شماره ۴۰۰/۶۶۲۲ د مورخ ۹۱/۵/۱۶ تمام مادران باردار که به هر دلیل حتی مشکلات غیر مامایی به اورژانسها یا مراکز درمانی مراجعه می کنند علاوه بر ویزیت پزشک عمومی توسط متخصص زنان ویزیت شوند (معاونت درمان)
- ۳۱ به منظور بالا بردن کیفیت مراقبتها، متخصصین محترم نتیجه معاینه موارد ارجاع شده و اقدامات مورد نیاز بعدی را بصورت کتبی به محل ارجاع پس خوراند دهند (معاونت بهداشت و درمان)
- ۳۲ برای زنان ساکن مناطق صعب العبور طرح اسکان در مجاورت بیمارستان در نظر گرفته شوند (معاونت بهداشت)
- ۳۳ پیگیری مادران پرخطر در سطوح خارج بیمارستانی (معاونت بهداشت)
- ۳۴ آموزش گروه هدف (مادران باردار و خانواده های آنان) در مورد اهمیت مراقبتها از پیش از بارداری تا پس از زایمان، زایمان ایمن، علائم خطر و مراجعه به موقع (معاونت بهداشت)
- ۳۵ جلب همکاریهای درون بخشی (اورژانس ۱۱۵) و برون بخشی (هلال احمر، استانداری و ...) برای انتقال مادران پرخطر (معاونت بهداشت)