

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

گروه سلامت خانواده و جمعیت

واحد سلامت مادران

آبان ماه 1400

هدف نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

کاهش میزان مرگ و عوارض ناشی از بارداری و زایمان از طریق کشف سیری 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

تاریخچه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

- از سال ۱۳۷۹ طراحی نظام کشوری مراقبت مرگ مادری آغاز گردید
- از سال ۱۳۸۰ اجرای نظام مراقبت مرگ مادری در سراسر کشور شروع شد
- در سال ۱۳۸۵ اولین بازنگری انجام شد
- در سال ۱۳۹۴ (مطابق با ۲۰۱۵ میلادی و پایان سال اهداف توسعه هزاره) نسخه دوم مجموعه بازنگری گردید و در سال ۱۳۹۵ برای اجرا به دانشگاه ها ارسال شد.

فعالیت‌های اصلی نظام مراقبت مرگ مادری

چرخه مراقبت با وقوع مرگ مادر آغاز می‌شود. در مرحله بعد، تیم پرسشگری داده‌های مرگ را جمع‌آوری می‌کند. 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 می‌کند.

بنابراین ۴ فعالیت اصلی در نظام مراقبت عبارتند از:

(۱) جمع‌آوری داده‌های مرگ مادران

(۲) بررسی موارد مرگ

(۳) طراحی و اجرای مداخلات

(۴) پایش و ارزشیابی

شاخصها و هدف گذاریهای بین المللی

➡ قبل از سال ۲۰۱۵

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

➡ **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

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

شاخص در کشورها:

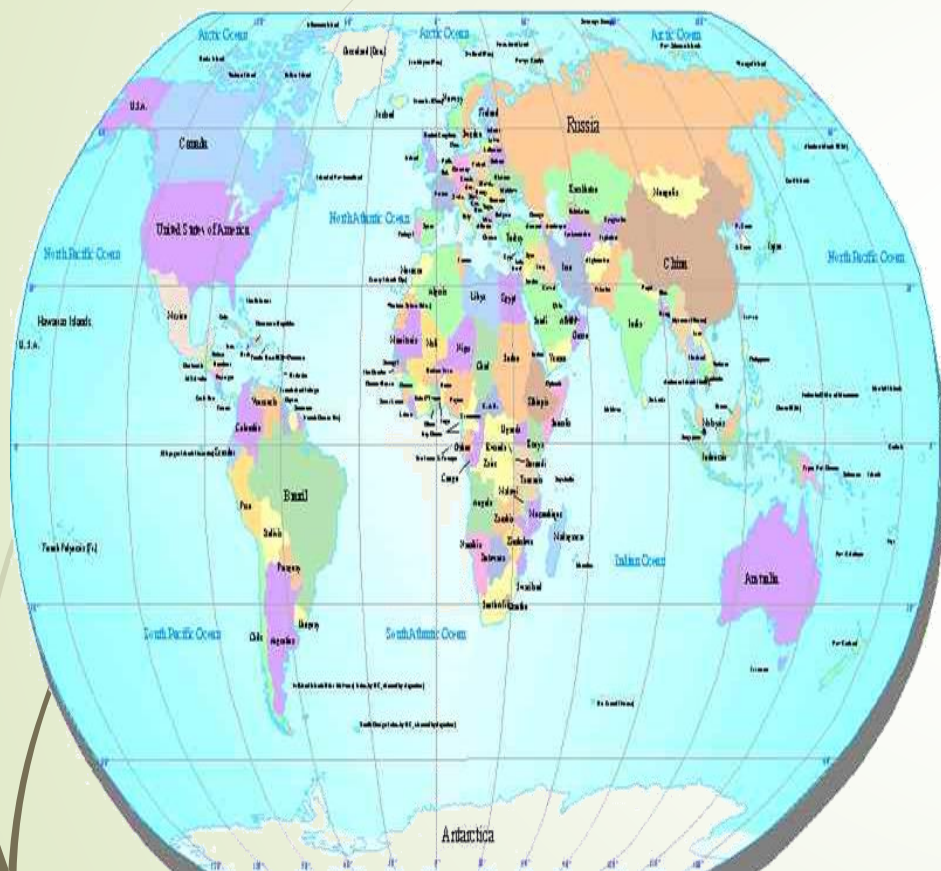
- در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ کمتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است (یعنی بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران)، رقم این شاخص تا سال ۲۰۳۰ حداقل به اندازه دو سوم آن در ۲۰۱۰ کاهش یابد.
- در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ بیشتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است کاهش این شاخص باید سیر نزولی بیشتری داشته و در سال ۲۰۳۰ در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده نباشد.

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

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

➡ **Ultimate Goal : Ending Preventable Maternal Mortality**

چالش های سلامت زنان



✎ روزانه در دنیا ۸۰۰ مادر در اثر عوارض قابل اجتناب بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند.

✎ بیش از ۹۰ درصد این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.

✎ یک مرگ مادر = ۲۰ عارضه مادری

✎ حدود یک چهارم عوارض مادری عوارض شدید هستند

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

- 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

با مرگ مادر خانواده عضو
اصلی خود را برای مدیریت
و مراقبت کودکان از دست
می دهد. اگر مادر بمیرد
احتمال مرگ کودک تا 5
سالگی دو تا سه برابر
بیشتر می شود.



تعریف مرگ مادر (برای محاسبه شاخص MMR)

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

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

➤ مرگ های تاخیری 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.

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 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 بصورت جداگانه اعلام می شوند

ضرورت تکمیل فرم گزارش فوری در مورد مرگ هایی که بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری رخ می دهند

اگر چه مرگ مادران بعد از روز ۴۲ پس از ختم بارداری فعلا 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، در صورت وقوع فوت مادر پس از ۴۲ روز (تا یک سال بعد از ختم بارداری) نیز اطلاعات در لیست **گزارش فوری** باید وارد شوند و در قسمت توضیحات فرم ، نوشته شود که زمان فوت بعد از ۴۲ روز بوده است.

نکات مهم

- 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 **فرم گزارش فوری تکمیل، پرسشگری انجام و کمیته** تشکیل شود.
- 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.
- 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
- در مرگهای مادری که محل سکونت و فوت مادر در دانشگاه های مجزا می باشد، تشکیل کمیته بر عهده دانشگاه **محل فوت** است

❖ اگر چه مرگ مادران بعد از روز ۴۲ پس از ختم بارداری فعلا برای محاسبه MMR کشوری شمارش نمی شود ولی به منظور بررسی عوامل موثر 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 مرتبط با بارداری) و ... رخ داده باشد **گزارش فوری** ارسال شود، اما نیازی به پرسشگری و بررسی در کمیته وجود ندارد

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

❖ در شرایطی که 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 تاثیر بوده یا آن را تشدید کرده باشد (ابتلا مادر به تومورها و ...). در این صورت نیز لازم است گزارش فوری تکمیل و تمام فعالیتهای نظام مراقبت (تکمیل پرسشگری و تشکیل کمیته و بررسی) انجام شود. در صورتی که از نظر کمیته دانشگاهی این مورد با تعریف مطابقت ندارد، مستندات 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

جمع آوری داده های مرگ مادران

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

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

۱) داده های حاصل از مصاحبه با **نزدیکان و خانواده** متوفی که اصطلاح **کالبد شکافی شفاهی** به آنها اطلاق می شود **Verbal Autopsy**

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

۳) نتیجه کالبدشکافی بالینی **Clinical Autopsy**
مجموعه این سه گروه داده برای تعیین عوامل مؤثر بر مرگ می باید در کمیته مورد بررسی قرار گیرند.



باتشکراز توجه شما