

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 بهداشت - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱	پیش گفتار
۳	فصل اول- آمار و ارقام مرگ مادری
۶	فصل دوم - تاریخچه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
۱۰	فصل سوم- توصیف علل مرگ ، عوامل منجر به مرگ
۱۴	فصل چهارم- تعریف واژه های کلیدی
۱۹	فصل پنجم- اهداف و اصول کلی نظام مراقبت مرگ مادری
۲۱	فصل ششم- فعالیتهای اصلی نظام مراقبت مرگ مادری
۲۴	فصل هفتم- شرح مراحل گردش کار نظام مراقبت مرگ مادری
۳۲	فصل هشتم- راهنمای اعضای کمیته بررسی مرگ مادری و تضمین کیفیت فعالیت های کمیته
۳۵	فصل نهم - شاخصهای پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری
۴۰	منابع مورد استفاده
	پیوستها
۴۱	پیوست شماره یک - فرم گزارش فوری
۴۳	پیوست شماره دو - فرمهای پرسشنامه مرگ مادری
۶۲	پیوست شماره سه - راهنمای تیم پرسشگری و دستور عمل تکمیل پرسشنامه مرگ مادری
۷۴	پیوست شماره چهار- جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای گروه بندی علل منجر به مرگ ..
۹۴	پیوست شماره پنج - جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادری
۱۰۰	پیوست شماره شش- دستور عمل تکمیل اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادری
۱۰۶	پیوست شماره هفت - نمونه پرسشنامه تکمیل شده
۱۲۲	پیوست شماره هشت - گواهی فوت و دستور عمل تکمیل آن
۱۲۷	پیوست شماره نه - اسلایدهای ارائه شده در سازمان جهانی بهداشت

پیش‌گفتار

مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان از مهمترین شاخص‌هایی است که نشان‌دهنده توسعه کشورهاست. علت انتخاب این شاخص به عنوان نمایه توسعه، تاثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. بی‌تردید 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 ... می‌باشد. در واقع کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی فقط بخش کوچکی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می‌دهد. اما قطعاً هیچ برنامه‌ریزی در این بخش منتظر توسعه سایر ارکان دولت (ارتباطات، سواد، راه، تغییرات فرهنگی و ...) نمی‌شود تا تاثیر 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 می‌تواند از بروز مرگ‌های بعدی جلوگیری کند. با مطالعه تاریخچه هر مورد مرگ مادر از زمانی که از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده می‌کرده تا وقوع حاملگی، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و سپس محل، زمان و شرایط زایمان به راحتی می‌توان:

- 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 می‌گردد (زیرا که بدنبال شناسایی و حل مشکلات بودیم نه انجام اقدام قانونی علیه افراد) علت این تاکید 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 می‌داد 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.

متاسفانه علیرغم فعالیتهای انجام شده در این عرصه (گزارش موارد مرگ، انجام پرسشگری، تجزیه و تحلیل پرسشنامه ها، بحث و بررسی پرسشنامه ها در جلسات کمیته دانشگاهی با حضور مدیران ارشد و سایر ذی 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 بعمل 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 تاکید 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 هیات های 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 تاکید 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 متاسفانه 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.

فصل اول

آمار و ارقام مرگ مادری

روزانه حدود ۸۰۰ مادر در دنیا بر اثر عوارض قابل اجتناب بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند. تخمین زده می شود که در دنیا به ازای هر مرگ حدود ۲۰ زن دچار عوارض مادری (Maternal Morbidity) می شوند. حدود یک چهارم از این ها عوارضی هستند که زنان ممکن است به شدت از آن رنج ببرند (Severe Maternal Morbidity). برای اندازه گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادران (Maternal Mortality Ratio) یا به اختصار MMR استفاده می شود که این شاخص تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده را نشان می دهد.

شاخصها و هدف گذارهای 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.

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

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

تخمین نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۵			منطقه
حداکثر	حداقل	متوسط	
۶۵۰	۵۰۶	۵۴۲	افریقا
۵۹	۴۹	۵۲	امریکا
۱۹	۱۵	۱۶	اروپا
۱۹۹	۱۴	۱۶۴	آسیای جنوب شرقی
۲۱۶	۱۲۲	۱۶۶	مدیترانه شرقی (EMRO)
۳۱	۲۱	۲۵	- کشور ایران
۲۴۹	۲۰۷	۲۱۶	دنیا
۱۴	۱۱	۱۲	- مناطق توسعه یافته
۲۷۵	۲۲۹	۲۳۹	- مناطق در حال توسعه
۵۸۶	۴۶۸	۴۹۵	- کشورهای کم درآمد
۱۹	۱۶	۱۷	- کشورهای پردرآمد

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 مرگهای 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 مرگهای مادری، عوارض مادری و باروری، ناتوانیهای مرتبط با آن
- تقویت سیستمهای سلامتی برای پاسخ به نیازها و اولویتهای 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 با 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	۲۷/۴
۱۳۸۲	۳۳۲	۲۸/۳
۱۳۸۳	۲۷۸	۲۴/۱
۱۳۸۴	۲۹۵	۲۳/۸ (گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت = ۳۴)
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	۳۱۵	۲۰ (گزارش ۲۰۱۵ سازمان جهانی بهداشت = ۲۵)

فصل دوم

تاریخچه نظام کشوری

مراقبت مرگ مادری

به منظور شناخت عوامل موثر 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 موثر 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 مسولین و کارشناسان دانشگاه ها، نظام نهایی و اجرای آن به صورت رسمی از ابتدای سال ۱۳۸۰ در سراسر کشور آغاز گردید. برخی از شاخصهای 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 شاخصهای عملکرد نظام مراقبت مرگ مادری طی سالهای اخیر

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

در طی این سالها شاخصهای عملکرد نظام مراقبت بطور میانگین به این شرح است:

- ✓ در حدود ۱۵٪ موارد مرگها 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 متاسفانه این روند رو به افزایش است
- ✓ در حدود ۳۴٪ درصد از موارد اعضای کمیته دانشگاهی کامل نیستند
- ✓ در حدود ۲۳٪ درصد از موارد امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب و ارائه طرحهای مداخله برای پیشگیری از مرگهای مشابه وجود دارد
- ✓ در ۴۷٪ درصد از موارد این طرحها اجرا می شوند

مشکلات و محدودیتهای اجرایی

- تاخیر 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 راهکارهای تکراری است که ممکن است در کاهش عامل قابل اجتناب تاثیر زیادی نداشته باشد
 - افراد تصمیم گیرنده در کمیته، همان افرادی هستند که باید مجری مداخله باشند لذا هیچیک از مداخلات بصورت موثر و اثر بخش تدوین نمی شود و ضمانت اجرایی ندارد
 - در مورد مرگهایی 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 تاثیر آنها مشخص نمی باشد
 - امکان سنجش تاثیر نوع مداخله بر افزایش یا کاهش روند مرگ وجود ندارد
 - نظام مراقبت شاخصهای تحلیلی، کیفی و دانشگاهی ندارد و کلیه شاخصهای 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 دانشگاهها (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 فرمها، نسخه دوم مجموعه بازنگری گردید و در سال ۱۳۹۵ برای اجرا به دانشگاهها ارسال شد.

بطور 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 شاخصها 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 شاخصهای پایش و ارزشیابی داده شد
 - ✓ یک فرم با عنوان **اظهار نامه کارکنان فنی** به پرسشنامه اضافه گردید
 - ✓ جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت* بعنوان 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) بعنوان مرگ مادری محسوب و شمارش شوند

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

فصل سوم

توصیف علل و عوامل منجر به مرگ

همانگونه که در فصل پنجم توضیح داده خواهد شد هدف اصلی نظام مراقبت مرگ مادری کاهش مرگ مادران از طریق کشف 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 سالهای 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 سالهای اخیر در کشور به شرح زیر بوده است

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

سال						علت مرگ (درصد)
۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	
۲۱	۲۵	۲۷	۲۷	۳۰	۲۲	خونریزیهای مامایی
۱۴	۱۳	۱۳	۱۵	۱۴	۱۰	پره اکلامپسی، اکلامپسی و سندرم هِلپ
۱۶	۱۲	۱۳	۱۰	۸	۸	بیماری‌های قلبی عروقی
۱۰	۱۳	۸	۸	۱۱	۷	آمبولی
۷	۶	۶	۷	۸	۱۰	عفونت
۹	۷	۱۳	۱۳	۱۰	۹	بیماری زمینه ای

جدول شماره ۶ - شاخص های جمعیتی و کیفیت خدمات مربوط به مادران فوت شده طی سالهای اخیر
نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

شاخص (درصد)						۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
شاخص های جمعیتی											
مادران فوت شده ساکن شهر						۵۹	۶۷	۵۷	۶۱	۵۹	۶۳
مادران فوت شده ساکن روستای اصلی						۳۱	۲۲	۳۱	۲۵	۲۵	۲۵
مادران فوت شده ساکن روستای قمر و سیاری						۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۶	۱۲
مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال						۷۶	۷۶	۷۷	۷۲	۷۲	۷۳
مادران فوت شده زیر ۱۸ سال						۳	۲	۳	۱	۳	۱
مادران فوت شده بالای ۳۵ سال						۲۱	۲۲	۲۰	۲۷	۲۴	۲۶
شاخص های مربوط به خدمات سلامت باروری											
خواستگاری						۸۰	۸۳	۸۲	۷۹	۸۳	۸۰
تعداد بارداری یا بیشتر						۲۲	۲۱	۲۱	۱۸	۱۷	۲۲
فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال						۲۴	۲۳	۱۷	۲۰	۲۰	۲۴
ابتلا مادر به بیماری های زمینه ای						۷۴	۷۵	۷۱	۷۳	۷۳	۷۸
متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری						۸۰	۸۳	۸۲	۷۹	۸۳	۶۱
شاخص های مربوط به خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان											
مادران فوت شده در زمان بارداری						۲۶	۲۵	۲۷	۲۹	۲۷	۲۸
مادران فوت شده حین زایمان						۴	۴	۳	۴	۳	۲
مادران فوت شده پس از زایمان						۷۰	۷۱	۷۰	۶۷	۷۰	۷۰
مادران زایمان کرده در منزل						۹	۶	۴	۵	۷	۵
مادران زایمان کرده بین راه						۲	۱	۱	۱	۱	۱
مادران زایمان کرده در تسهیلات زایمانی						۰	۲	۲	۳	۴	۲
مادران زایمان کرده در بیمارستان ها						۸۹	۹۱	۹۴	۹۱	۸۸	۹۲
مادران فوت شده در منزل						۸	۱۱	۷	۱۳	۱۲	۹
مادران فوت شده در بین راه						۸	۴	۵	۴	۷	۷
مادران فوت شده در تسهیلات زایمانی						۰	۱	۱	۰	۰	۱
مادران فوت شده در بیمارستان ها						۸۴	۸۴	۸۷	۸۳	۸۱	۸۴
مادران زایمان کرده توسط متخصص						۷۷	۷۵	۷۶	۷۵	۷۵	۷۴
مادران زایمان کرده توسط مامای تحصیلمکرده						۱۵	۱۸	۲۰	۲۰	۱۷	۲۱
مادران زایمان کرده توسط مامای محلی						۵	۴	۱	۲	۳	۱
مادران زایمان کرده توسط ماما روستا						۰	۰	۰	۱	۱	۰
مادرانی که کمکی در زایمان نداشته اند						۳	۳	۳	۲	۴	۳
مادرانی که سزارین شده اند						۶۰	۵۸	۶۲	۶۳	۶۶	۶۳
مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است						۴۰	۴۲	۳۸	۳۷	۳۴	۳۷

توصیف عوامل منجر به مرگ

شکل داده های بدست آمده از نظام مراقبت مرگ مادری بصورت 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 سالهای ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۳ زمانی با این پیش فرض امکان پذیر است که تغییری در خصوصیات مادران زایمان کرده طی این سالها 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 و تسهیلات زایمانی و ماماها و روستایی راهکار 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 و دوره ندیده و غیر مجاز در امر زایمان، آموزش و حمایت از خدمات ماماها و 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 فوریتها و به خصوص حساس نمودن کارکنان بیمارستان ها به مساله مرگ مادر می تواند نقش تعیین کننده در کاهش مرگهای بیمارستانی داشته باشد. اطلاعات نظام مراقبت نشان می دهد که درصد قابل توجهی از خطاهای پزشکی و عوامل قابل اجتناب منجر به مرگ در بیمارستانها وجود داشته (جدول شماره ۷ و ۸) که با برنامه ریزی و مداخله در آنها 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	
	پس از زایمان	کمبود تجهیزات	۵
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

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	۱۹	
	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
کاردان یا بهورز		۸	

فصل چهارم

تعریف واژه های کلیدی

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

واژه اول : مرگ مادر (*Maternal death*)

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

تعاریف مرگ مرتبط با بارداری

ICD - ۱۰	ACOG/CDC
	چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم داشته باشند
<i>Maternal Death</i>	<ul style="list-style-type: none"> • مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
<i>Late Maternal Death</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • مرگ حین بارداری تا یکسال پس از ختم بارداری
	چنانچه بین مرگ و بارداری وجود رابطه علیتی مطرح نباشد
<i>Pregnancy-Related Death</i>	<ul style="list-style-type: none"> • مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
<i>Not defined</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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-۱۰) 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.

همانطور که در فصل هفتم توضیح داده خواهد شد، موارد مرگ مادری که با تعاریف آلترناتیو مطابقت داشته باشند هم الزاما باید گزارش شوند. فعلا برای محاسبه MMR در کشور از تعاریف آلترناتیو 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 مرگهای مستقیم (direct) و غیر مستقیم (indirect) می باشد. به عبارت دیگر هم مرگهای 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، غفلتها، 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 بازخواند مداوم داده های بطور منظم گردآوری شده که بطور معمول با استفاده از روشهای متمایز برحسب عملی بودن، یکسان بودن و سرعت و نه دقت در کامل بودن آنها، 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 بطور 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، پایگاههای 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)."

*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)

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

"Surveillance is the ongoing systematic collection, analysis, and interpretation of health data essential to the planning, implementation, and evaluation of public health practice, closely integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know. The final link in the surveillance chain is the application of these data to prevention and control."

در همین کتاب ویژگی های یک نظام مراقبت به قرار زیر تعریف شده است:

۱. سادگی (Simplicity)
۲. حساسیت بالا (Sensitivity)
۳. انعطاف پذیری (Flexibility)
۴. مقبولیت (Acceptability)
۵. به موقع و در زمان مناسب (Timeliness)
۶. نمایانگر مشکلات (Representative ness)
۷. ارزش اخباری مثبت بالا (High predictive value positive)

همچنین فعالیت های یک نظام مراقبت باید تابع چرخه ای با خصوصیات تعریف شده زیر باشد:

۱. گردآوری اطلاعات (Collection of data)
 - مرتبط و مناسب (Pertinent)
 - منظم (Regular)
 - مکرر (Frequent)
 - به موقع و زمان بندی شده (Timely)
۲. ادغام و تفسیر داده ها (Consolidation & interpretation)
 - به ترتیب (Orderly)
 - توصیفی (Descriptive)
 - ارزشیابی کننده (Evaluative)
 - به موقع و زمان بندی شده (Timely)
۳. انتشار نتایج و پسخوراند (Dissemination)
 - سریع (Prompt)
 - در اختیار ذینفعان (All who need to know)
۴. فعالیت هایی برای کنترل و پیشگیری (Action to control and prevention)
 - لازم الاجرا و قابل اجرا

با توجه به مطالب فوق الذکر گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار به هنگام، مستمر و منظم داده های مربوط به سلامتی نوعی مراقبت می باشد و بایستی 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.

** John M. Last, Public Health & Preventive Medicine, ۱۳th edition, ۱۹۹۲

نظام های مراقبت را به سه گروه می توان تقسیم نمود:

۱. مراقبت عوامل خطرمانند عوامل مستعد ساز بیماری ها غیر واگیر همچون فشارخون، قند خون و ...
۲. مراقبت از بیماری ها که بیشتر برنامه های مراقبت فعلی را شامل می شوند؛
۳. مراقبت از مرگ؛

در حالیکه نظام مراقبت از بیماری ها وضعیت فعلی رویدادهای مربوط به سلامت و بیماری را در یک جامعه مشخص می کند، نظام مراقبت از عوامل خطر دارای توانایی پیش بینی مسایلی است که در آینده یک جامعه با آنها روبرو خواهد شد و به همین علت لازم است با شناسایی بموقع وضعیت، در صورت مخاطره آمیز بودن به کنترل عوامل خطر که پیشگیری از بیماری ها در آینده است بپردازد. دسته آخر، نظام های مراقبت از مرگ است. مشکل در این نوع نظام ها این است که واقعه سلامتی روی داده و دیگر فرصت مداخله برای افراد درگیر (و یا گزارش شده) وجود ندارد.

پس نظام مراقبت از مرگ، بدون شک زمانی به بررسی موارد می پردازد که دیگر رویداد واقعه، تجربه شده و صرفاً باید از آن برای درس آموزی برای مداخله و عدم تکرار موارد مشابه استفاده کرد.

نظام مراقبت مرگ، از جهت دیگری نیز دارای اهمیت است. هر یک از برنامه های سلامتی را می توان به مثابه زنجیره ای از مراحل در نظر گرفت که شامل درون داد، فرآیند ارائه خدمات، برون داد و ... هستند. نقطه پایانی این زنجیره بهره سلامتی است. در واقع سلامت مادران باردار، حاصل و هدف تعداد زیادی از برنامه ها بخصوص مراقبت های معمول در حین بارداری، طی زایمان و پس از زایمان و نیز مراقبت های فوریت دار در طی همین مراحل زمانی است. در نتیجه وقتی مرگ مادر رخ می دهد بایستی توجه داشت که مجموعه این برنامه ها به نتیجه مطلوب خود نرسیده اند. مرگ مادر از آنجایی که شکست ماحصل کلیه برنامه های ذکر شده است، اهمیت دارد و بایستی به آن پرداخته شود.

واژه سوم: تضمین کیفیت (Quality Assurance)

مجموعه فعالیت هایی که قبل از اجرای یک فعالیت و برای اطمینان از کیفیت آن صورت می گیرد. این فعالیت ها می توانند شامل این موارد باشند: وجود دستورالعمل برای انجام کارها، انتخاب افراد مناسب برای گردآوری داده ها و آموزش آنها، مشخص بودن شیوه تصمیم گیری در کمیته مراقبت از مرگ مادران و وجود برنامه مدون برای کنترل کیفیت مراقبت از مادران باردار.

واژه چهارم: کنترل کیفیت (Quality Control)

فعالیت هایی که به منظور پایش عملیات اجرایی در هنگام انجام و پس از آنها صورت می گیرد. هدف از کنترل کیفیت در نظام مراقبت مرگ مادری، اطمینان از مداخله درست متعاقب مرگ مادر است. این فعالیت ها به صورت مدیریت گردآوری داده ها، ارزیابی روایی و پایایی داده ها و ... صورت می پذیرند.

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 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

اهداف اختصاصی

- تعیین دقیق تر میزان بروز مرگ
- تعیین عوامل خطر مرتبط با مرگ
- طراحی و اجرای مداخلات مناسب برای بهبود شاخصهای سلامت مادران در سطح دانشگاهها 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)
۲. 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
۳. در دانشگاههایی که نظام ثبت مرگ دارند، گزارشهای جاری مرگ مادر مبنای فعال شدن نظام مراقبت است.
۴. کلیه فعالیتهای 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 شهرستانهای 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 مرگها، 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 مرگها تلاشی عقیم است که جز گرفتن وقت از نظام ارایه 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

فعالتهای اصلی نظام مراقبت مرگ

مادری

چرخه مراقبت با وقوع مرگ مادر آغاز می شود. در مرحله بعد، تیم پرستگری داده های مرگ را جمع آوری می کند. کمیته کاهش مرگ و میر مادران پس از بررسی پرسشنامه تکمیل شده توسط تیم پرستگری، 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 اتوپسی 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 اصطلاح اتوپسی شفاهی* به آنها اطلاق می شود، (۲) داده های حاصل از مصاحبه با کارکنان نظام سلامت که پرسشگری محرمانه† نام دارد، و (۳) نتیجه اتوپسی 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 تایید 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

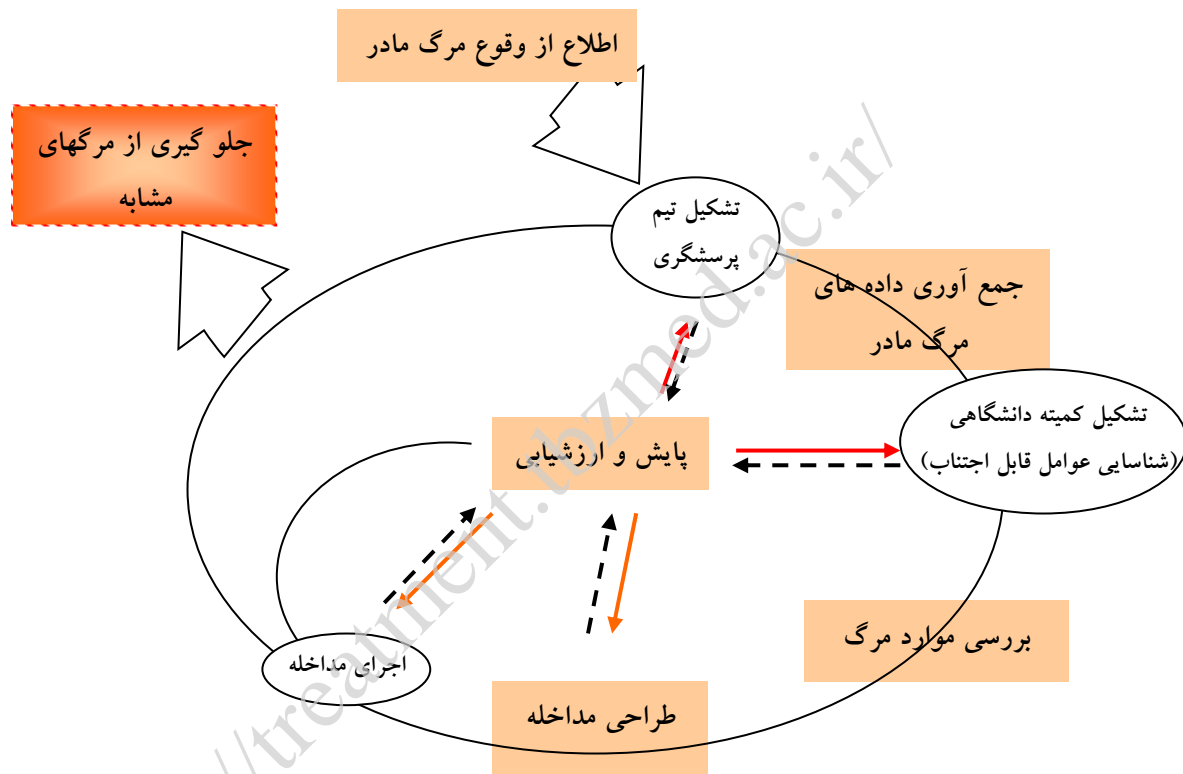
* Verbal Autopsy

† Confidential Enquiry

‡ Clinical Autopsy

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. 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

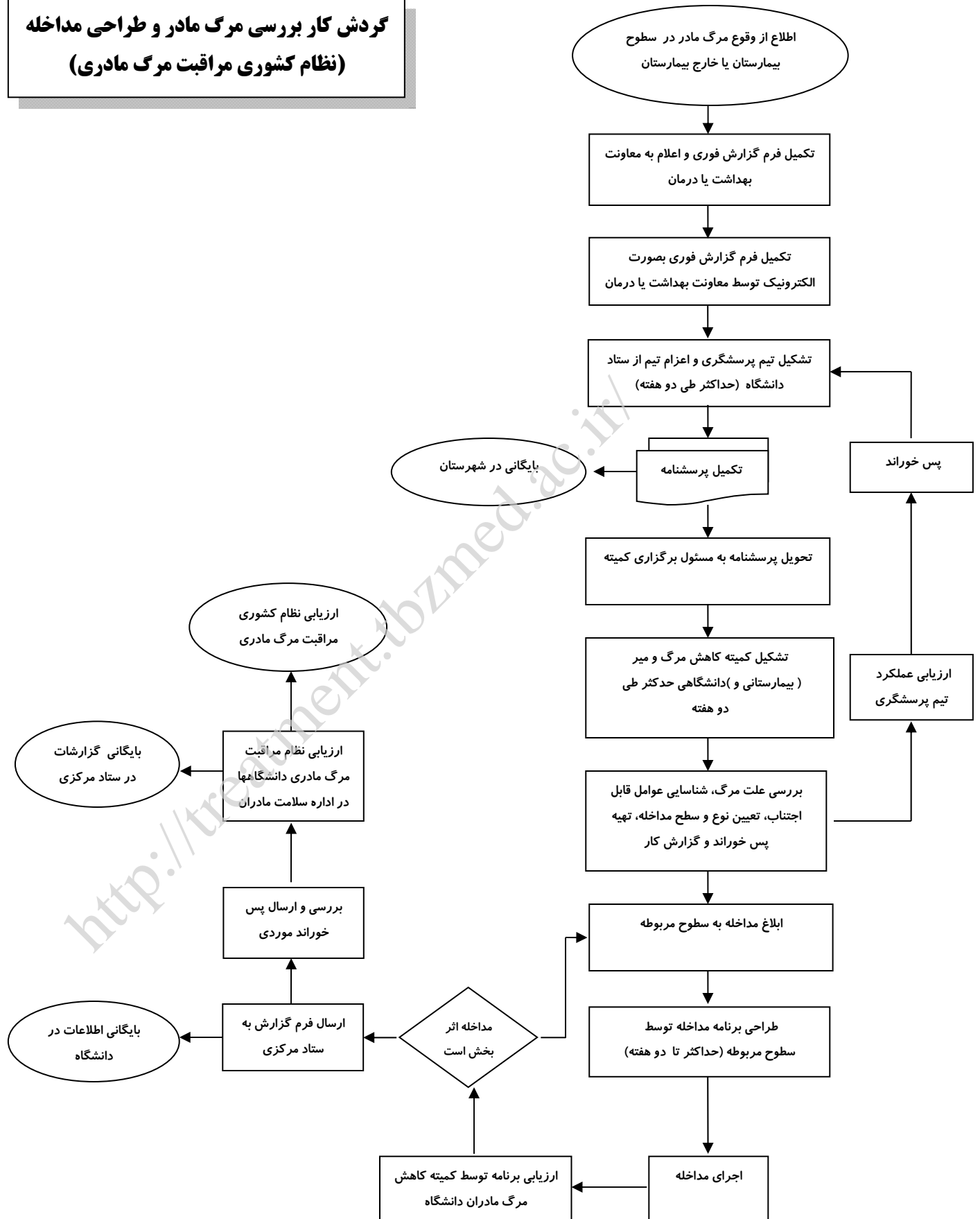


فصل هفتم

گردش کار نظام مراقبت مرگ مادری و شرح مراحل گردش کار

مراحل انجام فعالیتهای نظام مراقبت مرگ مادری بطور خلاصه در follow chart صفحه بعد نشان داده شده و سپس توضیحات مرتبط با هر یک از مراحل ارائه می شود

**گودش کار بررسی مرگ مادر و طراحی مداخله
(نظام کشوری مراقبت مرگ مادری)**



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 پایگاهها و بیمارستان ها قرار گیرد تا به محض وقوع مرگ مادر، مراتب به ستاد دانشگاه منعکس گردد.
 ۳. چنانچه مرگ در هر یک از بخشهای بیمارستان رخ داده باشد، مترون یا سوپروایزور 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) معاونتهای بهداشت یا درمان دانشگاه اطلاع داده می شود.
۵. بنابراین باید در مورد اهمیت اطلاع رسانی به موقع، با بیمارستانها و سایر واحدهای بهداشتی و درمانی به ویژه بخشهای خصوصی، تاکید 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 درمان، 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 پرسشگری بیمارستان: متخصص زنان و زایمان به ترکیب تیم پرسشگری منزل متوفی اضافه می شود.
 - ✓ متخصص زنان عضو تیم پرسشگری باید با مشورت مدیرگروه زنان دانشگاه انتخاب شود و در صورت امکان و صلاحدید، هر ۲ سال یک بار بصورت چرخشی این مسئولیت به سایر متخصصین زنان واگذار گردد
۹. سرعت تشکیل و رسیدگی تیم پرسشگری 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 پرسشگری باید حتما به دستور ریاست دانشگاه و از دانشگاه به شهرستان اعزام شود. ابلاغ اعضای تیم پرسشگری 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 پرسشگری) 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 ... معهدا توصیه می شود حتی الامکان تعداد اعضای تیم پرسشگری محدود باشد.
۱۳. لازم است یک تصویر از پرسشنامه در مرکز بهداشت شهرستان بایگانی شود.
۱۴. تیم پرسشگری 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 پرسشگری 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 پرسشگری (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 هییت رییس دانشگاه به اطلاع ایشان رسانده شود.

✓ **اعضاء موقت:** اعضای تیم پرسشگری 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 پیشنهادی 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 مرگها باید در کمیته دانشگاهی نیز مطرح و بررسی شوند

✓ **کمیته بیمارستانی:** برای مرگهایی که در بیمارستان رخ داده با حضور مسئولین بیمارستان و کادر درمانی متوفی در زیر مجموعه **کمیته مرگ بیمارستانی**

✓ **کمیته بهداشتی:** برای مرگهایی 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 جهت اجرا ارسال گردد. همچنین، زمان بندی و نحوه ارایه 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 پرسشگری 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 دانشگاهها 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 دانشگاهها/ دانشکده ها در راستای نظام مراقبت مرگ مادری انجام دهند. در طراحی آن نظر همکاران دانشگاهی نیز اخذ گردیده است. با این وجود دانشگاههای 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:
۱. 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.
 ۲. 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.
 ۳. در مورد مرگهایی 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 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.
 ۴. در برخی شرایط در مورد تطابق تاریخچه مادر فوت شده با تعریف مرگ مادر اطمینان وجود ندارد، مثلا 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، 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

۵. 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

۱. 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
۲. با توجه به موارد ذکر شده در صفحات ۲۰ و ۳۷ راهنمای سازمان جهانی بهداشت* و اهمیت عوامل اجتماعی و روانی موثر 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.
۳. 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
۴. در مورد مرگهایی که بعد از ۴۲ روز پس از ختم بارداری رخ می دهند: اگر چه مرگ مادران بعد از روز ۴۲ 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
۵. 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) ... 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

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

نکات مهم در مورد مرگهای قابل بررسی در کمیته

۱. 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
۲. 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.
۳. 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) و ... رخ داده باشد نیازی به بررسی در کمیته وجود ندارد

نکات مهم در مورد مرگهایی که محل سکونت و فوت در منطقه تحت پوشش دو دانشگاه/دانشکده جدا از

هم هستند

۱. در صورتی که هر مادر بارداری فوت کند، مرگ وی جزء مرگهای 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.
۲. برای انجام فعالیتهای 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 بصورت تلفنی فوراً اطلاع داده شود تا فعالیتهای نظام مراقبت به موقع انجام شود.
 - پرسشگری: با توجه به مقطعی که متوفی در هر یک از دانشگاهها 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، فرمها 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 پرستگری در سطح دانشگاه
- ۲- بررسی داده های گردآوری شده توسط تیم پرستگری، 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:

اعضاء 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 صرفنظر 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 دروضوح 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 بارداری 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 را طی گزارشات دوره ای از پیشرفت کار، 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 شاخصها (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 فعالیتهای 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 دانشگاهها ارسال خواهد شد.
 - از آنجایی که محاسبه شاخصها در بسیاری از موارد در سطح دانشگاه و دانشکده های کشور معنی دار نیست، شاخصها به صورت کشوری و سالانه محاسبه گردیده و به دانشگاهها ارسال خواهد شد.

فصل ۹

شاخصهای پایش و ارزشیابی

نظام مراقبت مرگ مادری

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

در مورد تمام شاخصها 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

شاخصهای پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
۱	جمعیت شناسی	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 ۳۵ سال)	تعداد مادران فوت شده در سنین پرخطر به تفکیک (سن زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال)	کل موارد مرگ
۳		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک گروه تحصیلات (بیسواد، ابتدایی یا نهضت، راهنمایی، دبیرستان یا دیپلم، دانشگاهی، دکترا و فوق تخصص، سایر)	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک گروه تحصیلات (بیسواد، ابتدایی یا نهضت، راهنمایی، دبیرستان یا دیپلم، دانشگاهی، دکترا و فوق تخصص، سایر)	کل موارد مرگ
۴	کیفیت خدمات سلامت باروری	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 خواسته	تعداد مادران فوت شده که بارداری آنان خواسته بوده	کل موارد مرگ
۷		درصد مادران فوت شده که بارداری در معرض خطر داشته اند	تعداد مادران فوت شده که در بارداری به دلیل بیماری زمینه ای (قلبی، کلیوی، آسم، دیابت، ...) و عوارض (خونریزی، عفونت، آبریزش، افت صدای قلب، ...) در معرض خطر بوده اند	کل موارد مرگ

شاخصهای پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری (ادامه)

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر	
۸	دسترسی و کیفیت خدمات پایش از بارداری، ختم بارداری و پس از ختم بارداری	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 مواد مخدر اعتیاد داشته اند	تعداد مادران فوت شده که به مواد مخدر اعتیاد داشته اند	کل موارد مرگ	
۱۰		درصد مادران فوت شده که زمان شروع مراقبتهای آنان مناسب بوده	تعداد مادران فوت شده که زمان شروع مراقبتهای 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 که سزارین شده اند	کل موارد مرگ مادر (به جز موارد فوت شده در مقطع بارداری و مول و بارداری خارج از رحم)	
۱۸		درصد مادران فوت شده به تفکیک علت سزارین	تعداد مادران فوت شده به تفکیک علت سزارین	کل مادران فوت شده که سزارین شده اند	
۱۹		درصد مواردی که در پرسشنامه (به تفکیک) تاخیر در تصمیم گیری، تاخیر در ارجاع و تاخیر در درمان دیده می شود	تعداد مواردی که در پرسشنامه (به تفکیک) تاخیر در تصمیم گیری، تاخیر در ارجاع و تاخیر در درمان دیده می شود	تعداد مواردی 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	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک علت فوت	کل موارد مرگ
۲۱		درصد موارد مرگ مادر به تفکیک گروههای سازمان جهانی بهداشت	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک گروههای سازمان جهانی بهداشت	تعداد موارد مرگ مادر به تفکیک گروههای سازمان جهانی بهداشت	کل موارد مرگ

شاخصهای پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری (ادامه)

ردیف	نوع شاخص	نام شاخص	صورت کسر	مخرج کسر
۲۲	عملکردی	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 پرسشگری کامل بوده اند	تعداد مرگ مادر که اعضای تیم پرسشگری 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 فرمها تناقض دارد	تعداد پرسشنامه هایی که فرم ۶ با سایر فرمها 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 خطای 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 اجتناب به دلیل خطای یا قصور پزشکی
۳۲		درصد استفاده از دستور عملهای کشوری در درمان عوارض	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب که در آنها برای درمان عوارض از دستور عملهای کشوری استفاده شده	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب
۳۳		درصد ارجاع موارد مرگهای قابل اجتناب به نظام پزشکی	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای پزشکی که از طرف کمیته دانشگاهی به نظام پزشکی ارجاع شده است	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای پزشکی
۳۴		درصد ارجاع موارد مرگهای قابل اجتناب به هیئت تخلفات (اداری یا هیئت علمی)	تعداد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای پزشکی که از طرف کمیته دانشگاهی به هیئت تخلفات (اداری یا هیئت علمی) ارجاع شده است	کل تعداد موارد مرگ قابل اجتناب به دلیل خطای پزشکی

شاخصهای پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادری (ادامه)

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

منابع مورد استفاده

1. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications .The WHO near-miss approach for maternal health (2011)
2. Global causes of maternal death: a systematic analysis (2014) , say lale et al . the lancet global health
3. <http://www.who.int/reproductivehealth/en/>
4. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM (2012)
5. Safe motherhood: preventing pregnancy related illness and death (2001) department of health and human services, CDC
6. Strategies to reduce pregnancy related deaths, from identification and review to action . CDC (2001)
7. Trends in Maternal Mortality:1990 to 2015 . Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division
8. Targets and Strategies for Ending Preventable Maternal Mortality . consensus statement (WHO publication)
9. 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 مرگهای زنان در سنین باروری (RAMOS) جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۵)

۱۴. صفدری، رضا و همکاران. طبقه بندی بین المللی بیماریها 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

پیوست شماره ۱
فرم گزارش فوری مرگ
مادر

<http://treatment.tbzmed.ac.ir>

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
ایرانی <input type="checkbox"/> ، غیر ایرانی با کارت اقامت <input type="checkbox"/> ، غیر ایرانی بدون کارت اقامت <input type="checkbox"/> ، غیر ایرانی با وضعیت اقامت نامشخص <input type="checkbox"/>	تابعیت
.....	نام کشور برای اتباع غیر ایرانی
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"/>	منطقه سکونت
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 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
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"/>	این مورد مرگ مادر محسوب می شود؟
.....	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

<http://treatment.tbzme.ac.ir/>

هوالحکیم

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

پرسشنامه بررسی مرگ مادر

- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل فوت
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی محل سکونت
- نام و مدرک تحصیلی اعضای تیم پرسشگری :
- شهرستان محل فوت:
- شهرستان محل سکونت :
- تاریخ ارسال گزارش مرگ به دانشگاه :
- تاریخ تکمیل نهایی پرسشنامه :

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

فرم ۱: خلاصه اطلاعات (این فرم طی پرسشگری 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:			
تحصیلات متوفی: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>							
سن در هنگام فوت:.....		فاصله دو بارداری اخیر:.....		تعداد بارداری:.....		تعداد زایمان:.....	
تعداد فرزندان زنده: دختر:..... پسر:.....		تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:		تاریخ احتمالی زایمان:		خواسته بودن بارداری:	
علت فوت:		محل فوت:		تاریخ و ساعت فوت:		نام و نسبت همراه بیمار:	
محل سکونت: شهر: <input type="checkbox"/>		روستای اصلی: <input type="checkbox"/>		روستای قمر: <input type="checkbox"/>		روستای سیاری: <input type="checkbox"/>	
		حاشیه شهر: <input type="checkbox"/>		ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/>		غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	
مسیر حرکت و ارجاع (از ابتدا تا انتها)							
مبداء	وضعیت مادر	ساعت حرکت	تاریخ	مقصد	وضعیت مادر	ساعت	تاریخ
مقطع فوت مادر: بارداری <input type="checkbox"/> ختم بارداری <input type="checkbox"/> پس از خاتمه بارداری <input type="checkbox"/>							
محل زایمان:		عامل زایمان:		نوع زایمان:		ساعت زایمان:	
وضعیت نوزاد: زنده سالم <input type="checkbox"/>		زنده ناسالم <input type="checkbox"/>		مرده <input type="checkbox"/>			
راهنمای کد گذاری کارکنان							
سمت	کد کادر فنی	تعداد	سمت	کد کادر فنی	تعداد	سمت	کد کادر فنی
متخصص زنان	OB		ماما	M		پرستار	N
متخصص بیهوشی	A		مراقب سلامت	C		راننده	D
پزشک عمومی	P		بهورز	B		پزشک قانونی	FD
سوپر وایزر	S		ماماروستا	RM		کارشناس آزمایشگاه	LT
سایر	متخصص داخلی		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 زایمانی

کد کادر فنی	اقدامات ضروری انجام نشده	اقدامات انجام شده	وضعیت در معرض خطر بودن	
				باروری سالم
				پیش از بارداری
				دوران بارداری
				ختم بارداری (در صورت ختم بارداری در تسهیلات زایمانی)
				پس از خاتمه بارداری

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

سئوالات 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 خانواده استفاده می کرده است؟ بلی خیر
- ۶- استفاده از روش تنظیم خانواده به چه مدت بوده است؟
- ۷- از چه روش تنظیم خانواده استفاده شده است؟
قرص آمپول کاندوم آیودی طبیعی هیچکدام
- ۸- آیا به مواد مخدر اعتیاد داشته است؟ بلی خیر در حال ترک
- ۹- در صورت بلی نوع ماده اعتیاد آور:
۱۰- پیش از بارداری بیماری زمینه ای داشته است؟ بلی خیر
- ۱۱- در صورت بلی نوع بیماری زمینه ای:
بیماری کلیوی بیماری کبدی بیماری قلبی و عروقی بیماری تنفسی بیماری هماتولوژیک بیماری ایمنولوژیک اختلال روانی اختلالات غدد چاقی

سئوالات 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؟
- ۵- آیا حاملگی پرخطر تشخیص داده شده است؟ بلی خیر
- ۶- در صورت بلی بدلیل بیماری زمینه ای بوده است؟ بلی خیر

۷- در صورت بلی نوع بیماری زمینه ای:

- بیماری کلیوی بیماری کبدی بیماری قلبی و عروقی بیماری تنفسی بیماری هماتولوژیک بیماری ایمنولوژیک بیماری نورولوژیک اختلال روانی اختلالات غدد چاقی سرطان ایدز

۸- آیا حاملگی پرخطر بدلیل عوارض دوران بارداری بوده است؟

- بلی خیر

۹- در صورت بلی نوع عارضه دوران بارداری:

- پره اکلامپسی شدید/اکلامپسی سابقه جراحی رحم(سزارین و میومکتومی) مرگ داخل رحمی نوزاد (IUFD) چندقلویی مول حاملگی نابجا جداشدن جفت زودرس جفت جفت سرراهی نوزاد ناهنجار پلی هیدرآمنیوس/الیگوهایدرآمنیوس کوریوآمنیونیت

۱۰- آیا حاملگی پرخطر بدلیل عوارض اجتماعی بوده است؟

- بلی خیر

در صورت بلی بدلیل:

بیسوادی

اعتیاد به مواد مخدر

۱۱- سن زیر ۱۸ سال سن بالای ۳۵ سال فاصله حاملگی کمتر از دو سال

- بلی خیر

۱۲- آیا نیاز به ارجاع به سطح بالاتر داشته است؟

- بلی خیر

۱۳- در صورت بلی آیا ارجاع صورت گرفته است؟

- بلی خیر

۱۴- در صورت ارجاع فیدبک داده شده است؟

سئوالات مربوط به دوره پس از زایمان

۱- در مراقبت اول در بیمارستان علائم خطر داشته است؟

- بلی خیر

۲- مراقبت دوم به موقع انجام شده است؟

- بلی خیر

۳- مورد غیر طبیعی دیده شده است؟

- بلی خیر

۴- به مراقبت ویژه نیاز داشته است؟

- بلی خیر

۵- مراقبت سوم به موقع انجام شده است؟

- بلی خیر

فرم ۳ الف : اظهارنامه کارکنان فنی (خارج بیمارستانی)

کد کادر 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 متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

اظهارات کادر فنی

.....

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

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

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

توضیحات	کد کادر فنی	شرح مراقبتهای انجام شده
		<p>موارد 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 مراقبتهای، آزمایشات معمول بارداری، تعداد و نوع مراقبتهای، نیاز مادر به پزشک و علت آن، وجود پس خوراند پزشک در موارد ارجاع، ... 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 با چه علامتی فوت کرده، علت فوت چه بود؟ <p>آیا فکر می کنید اقدام خاصی لازم بود که در صورت انجام آن مادر فوت نمی کرد</p>

در صورت لزوم به تعداد کارکنان فنی فرم اضافه گردد.

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 اکتباس شده از اسناد پزشکی (بیمارستانی)

بیمارستان، زایشگاه دولتی بیمارستان، زایشگاه خصوصی

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

نتیجه بر اساس پرونده

تاریخ فوت :	ساعت فوت:	تشخیص نهایی :	محل 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)

کد کادر فنی (این فرم در اولین فرصت تا حداکثر 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 متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

اظهارات کادر فنی

.....

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

فرم ۵ ب : مصاحبه با کارکنان فنی (بیمارستانی)

بیمارستان یا زایشگاه دولتی بیمارستان یا زایشگاه خصوصی

توضیحات	کد کادر فنی	
		<p>موارد زیر از هر یک اعضاء فنی پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود.</p> <p>رخدادهای مرتبط با متوفی از 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، سیر علائم بیماری، علت فوت، تجهیزات و کمبودها</p> <p>- آیا فکر می کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن ، مرگ مادر اتفاق نمی افتاد؟</p>

با توجه به اطلاعات فرمهای ۴ و ۵ آیا تمامی اقدامات ضروری متناسب با وضعیت مادر و به موقع ارائه شده است؟ بلی خیر

فرم ۶: مصاحبه با اطرافیان مادر

توضیحات	نسبت اطرافیان	نظر اطرافیان متوفی
		<p>موارد زیر از اطرافیان پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود.</p> <p>رخداد‌های مرتبط با متوفی از زمان شروع مشکل تا هنگام فوت، اقدامات خانواده در زمان بروز مشکل، اقدامات درمانی خانواده، وجود مشکلات و موانع، اقدام ماما روستا یا ماما محلی، مدت زمان تصمیم‌گیری برای ارجاع، نحوه انتقال مادر، مدت زمان انتقال، علت تاخیر، وجود مرکز یا واحد درمانی در نزدیکی محل سکونت، علائم بیماری تا زمان مرگ،</p> <p>- آیا فکر می‌کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن مرگ مادر اتفاق نمی‌افتاد؟</p> <p>واحد درمانی:</p> <p>مدت زمان ورود بیمار تا پذیرش وی، اقدامات انجام شده در واحد (در صورت حضور)، وجود اتفاق خاص یا غیرطبیعی</p> <p>توصیه‌ها و خواسته‌های افراد فنی از خانواده،</p>

فرم ۶ (۱۵امه): مصاحبه با اطرافیان مادر

توضیحات	نسبت اطرافیان	نظر اطرافیان متوفی
		<p>سلامت عمومی : وضعیت سلامتی مادر در دوران بارداری و قبل از آن سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو،</p> <p>مراقبتهای دوران بارداری : دریافت مراقبتهای، محل دریافت مراقبتهای، زمان شروع مراقبت، ارجاع به پزشک، وجود مدارک پزشکی،</p> <p>عوامل اجتماعی : سن اولین ازدواج، تعداد کل فرزندان زنده، شغل متوفی و همسر، وابستگی مالی به همسر، وضعیت اقتصادی، بهداشتی و بیمه خانواده سطح سواد متوفی 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، تفاوتها را بنویسید.

فرم ۷: خلاصه گزارش بررسی مرگ مادر

توضیحات	مشخصات
	<p>۱- مشخصات کلی مادر : سن ، تعداد بارداری و زایمان ، روش زایمان قبلی ، سقط ، نوزاد زنده</p> <p>۲- شرح مختصر برنامه باروری سالم ، مراقبتهای بارداری ، سابقه بیماری قبلی یا فعلی و بارداری قبلی</p> <p>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 ، ...</p> <p>۴- اقدامات انجام شده و مراقبتهای پس از زایمان ، طول مدت بستری، وضعیت جسمانی مادر ، علت مرگ ، ...</p> <p>۵- هر نوع اشکال در پرسشگری ، اطرافیان مادر - کادر فنی- ملاحظه اسناد</p>

فرم ۸: بررسی عوامل قابل اجتناب و علت فوت مادر

۱- مقطع فوت بارداری ختم بارداری پس از ختم بارداری

۲- آیا مرگ مادر به هر دلیل قابل اجتناب بوده است؟
 بله 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؟
 بله خیر

۴- آیا عامل قابل اجتناب جزو خطا یا قصور پزشکی بوده؟
 بله خیر

۵- خطا یا قصور پزشکی توسط کدام رده انجام شده؟
 متخصص پزشک عمومی ماما سایر رده های کارکنان

۶- آیا برای پیشگیری یا درمان عارضه از دستور عمل کشوری استفاده شده است؟
 بله خیر دستور عمل کشوری برای درمان عارضه موجود نیست

۷- آیا پرونده، از طرف کمیته برای بررسی به نظام پزشکی ارجاع شده؟
 بله خیر 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؟
 بله خیر موردی نداشته

عوامل قابل اجتناب در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی
<input type="checkbox"/> عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری
<input type="checkbox"/> ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
<input type="checkbox"/> عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم علیرغم نیاز
<input type="checkbox"/> نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم و عدم استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری
<input type="checkbox"/> عدم دریافت هر گونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان
<input type="checkbox"/> اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی
<input type="checkbox"/> عدم دسترسی به مراکز فوریت‌های مامایی
<input type="checkbox"/> حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان
<input type="checkbox"/> کمبود تجهیزات کافی و مناسب در بیمارستان
<input type="checkbox"/> تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی‌توجهی مادر و خانواده به علائم خطر
<input type="checkbox"/> سایر موارد
عوامل قابل اجتناب (خطا یا قصور پزشکی) در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی
<input type="checkbox"/> غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب
<input type="checkbox"/> تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز خارج بیمارستانی
<input type="checkbox"/> غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز
<input type="checkbox"/> تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی
<input type="checkbox"/> مشکلات مرتبط با بیهوشی و ارائه خدمات نامناسب توسط متخصص بیهوشی
<input type="checkbox"/> سزارین بدون اندیکاسیون و عوارض آن
<input type="checkbox"/> سایر موارد

آیا تاخیر در تصمیم‌گیری توسط خانواده وجود داشته است؟	بله	خیر	چه مدت؟
آیا تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر وجود داشته است؟	بله	خیر	چه مدت؟
آیا تاخیر در درمان وجود داشته است؟	بله	خیر	چه مدت؟

۹- بر اساس مدارک بیمارستانی، گواهی فوت و نظر کمیته دانشگاهی، علت فوت را بنویسید

۱۰- برای اتوپسی اقدام شده؟ خیر بله، 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؟

- گروه اول: حاملگی منتهی به سقط **Pregnancies with abortive outcome**
- گروه دوم: اختلالات فشار خون در حاملگی، زایمان و پس از زایمان **Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium**
- گروه سوم: خونریزی مامایی **Obstetric haemorrhage**
- گروه چهارم: عفونت مرتبط با بارداری **Pregnancy-related infection**
- گروه پنجم: سایر عوارض مامایی **Other obstetric complication**
- گروه ششم: عوارض غیر قابل انتظار از درمان **Unanticipated complications of management**
- گروه هفتم: عوارض غیر مامایی **Non-obstetric complications**
- گروه هشتم: علل ناشناخته یا تعیین نشده **Unknown/undetermined**
- گروه نهم: علل دیگر مرگ که بطور تصادفی (بازمان بارداری تا پس از زایمان مادر) هم زمان شده اند **Coincidental causes**
- گروه X

فرم ۹: شبکه علیت تعیین علل 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	عامل دوم
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت دوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		
	مداخله اول	علت سوم	
	مداخله دوم		
	مداخله سوم		

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 هزینه	محل تامین اعتبار	پایش اجرا		
										علت تاخیر یا عدم اجرا	اجرا در زمان مقرر	تاریخ اجرا
۱												
۲												
۳												
۴												

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 در کمیته بررسی مرگ مادری

				دانشگاه
محل یا فرد گزارش کننده:		تاریخ گزارش مرگ:		الف- نام متوفی:
				ب- زمان سنجی فعالیت‌ها:
				۱- زمان مرگ:
				۲- تاریخ ثبت گزارش در دبیرخانه شبکه
				۳- تاریخ صدور حکم مأموریت
				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		دانشگاه
تصمیم در خصوص تشکیل تیم های پرسشگری	کارشناس نظارت بر درمان استان : دانشگاه	تاریخ برگزاری جلسه تعیین ساختار :
دانشگاهی: شهرستانی :	کارشناس مسئول بهداشت خانواده استان : دانشگاه	دبیر کمیته بررسی مرگ مادری :
در صورت انتخاب شهرستان دلیل :	کارشناس مامایی یا کارشناس برنامه مادران :	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 پرسشگری 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 پرستگری و

دستور عمل تکمیل پرسشنامه

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

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

- ۱- خلاصه اطلاعات
- ۲- اطلاعات اقتباس 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 اقتباس 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 ۱، ۲، 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 بتدریج 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 فرزند 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 بطور مستقیم یا غیر مستقیم باعث مرگ مادر شده است.

- محل فوت بصورت 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 بصورت 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 بخود نفس می کشد یا ضربان قلب داشته و یا حرکات خود بخود 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 فرمهای ۳ الف و ب و ۵ الف و ب به ترتیب مصاحبه شونده ها شماره گذاری شود. مانند M_1, M_2, M_3 و...

فرم ۲: اطلاعات اقتباس 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 مرفی 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 مراقبتها
- 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 مراقبتها (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 توام 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)، چندقلویی، مول، حاملگی نابجا، جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، نوزاد ناهنجار، پلی هیدرآمنیوس، اولیگو هیدرآمنیوس، 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 مراقبت های 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 مراد، ... - 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 مکملها، ارائه آموزشها و ترخیص بعد از ۶ ساعت- برای نوزاد: بررسی نشانه های خطر، عفونتها و صدمات و سایر موارد غیر طبیعی، کنترل سرد بودن نوزاد، تزریق واکسنهای 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 پستانها 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 و نحوه 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 مراقبتها در مقاطع مختلف ذکر شده که باید علامت زده شود

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

این فرمها 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 فرمهای 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 فرمهای اظهار نامه باید فرمهای 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 ستونهای 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 و اسید فولیک) در زمانهای خاص به مادر داده می شود.

سلامت باروری قبل از این بارداری

- تحت پوشش بودن: در صورتی که خانم از یکی از روشهای مطمئن پیشگیری از بارداری (قرص، کاندوم، آیودی، آمپول، نورپلنت، توبکتومی و وازکتومی) و یا از سایر روشهای 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 روشهای پیشگیری مثبت 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 و پس از زایمان انجام می شود.

- نیاز مادر به پزشک و علت آن: عبارتند از موارد ارجاع غیر فوری شامل غیر طبیعی بودن نتیجه آزمایشها 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.

فرم ۵ ب: مصاحبه با کارکنان فنی (بیمارستان / زایشگاه)

رخدادهای مرتبط با متوفی

- فاصله زمانی از پذیرش بیمار تا انجام اولین معاینه ماما و پزشک؛
 - وضعیت مادر در اولین معاینه شامل شکایات وی، علائم مشاهده شده در معاینه و تشخیص احتمالی در نظر گرفته شده؛
 - تعیین عنوان و مدرک اولین فردی که بیمار را ملاقات کرده؛
 - وضعیت بارداری مادر شامل تعداد حاملگی، زایمان، سقط و سن حاملگی در زمان مراجعه به بخش درمان، و نتیجه معاینات مامایی مادر و جنین؛
 - اولین تشخیص و اقدام؛
 - سیر علائم بیماری شامل شرح وضعیت بیمار در طی روزهای درمان و یا بستری؛
 - مدت زمان بستری شامل تعداد روزهایی که فرد در بخش بستری بوده؛
 - علت اصلی فوت مادر از نظر مصاحبه شونده؛
 - تجهیزات و کمبودها بر حسب مشکل مادر، سالم بودن تجهیزات و ثبت کمبودهای مشاهده شده از نظر پرسنل درمانی مورد مصاحبه.
- نکته: در صورت نیاز به فضای بیشتر برای پاسخ ها می توان یک یا چند برگ دیگر به پرسشنامه اضافه کرد.
- نکته: پرسشگر باید مسیر گفتگو را به نحوی هدایت کند که به اطلاعات مفید و مورد نظر دست یابد.

فرم ۶: اطلاعات اکتباس شده از پرونده پزشکی

این فرم می بایست با توجه به پرونده مادر، در صورتی که مادر به خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی، واحد تسهیلات زایمانی، بیمارستان یا مطب برای دریافت مراقبت ها و درمان مراجعه کرده باشد، تکمیل شود.

بخش اول

- براساس پرونده، اقدامات مهم انجام شده و وضعیت جسمانی مادر به ترتیب ساعت و روز ثبت گردیده و به جای نام مراقبت کننده، کد وی درج شود. در صورت زایمان ساعت و تاریخ زایمان، نوع زایمان، سن بارداری، علائم حیاتی، وضعیت نوزاد و میزان وزن نوزاد، در صورت بروز مشکل زمان شروع آن، ساعت اطلاع به پزشک و حضور پزشک بر بالین بیمار
- شرح وضعیت بیمار از بدو ورود و هنگام ارجاع: شامل علائم مشاهده شده و شکایات بیمار و ... است.
- اقدامات انجام شده: ثبت اقدامات مهم درمانی جهت بیمار شامل درمان دارویی با ذکر نام دارو، تزریق خون، انجام آزمایشات مورد نیاز «خون، ادرار، رادیولوژی، سونوگرافی»، مشاوره های تخصصی انجام شده و ارجاع بیمار از مرکز درمانی به سایر مراکز است. ساعت ویزیت بیمار توسط پزشک باید ذکر شود

نتیجه براساس پرونده

- در صورتی که تاریخ و ساعت فوت و تشخیص نهایی در پرونده موجود است، در جلوی سئوالات نوشته شده، در غیر این صورت خط تیره (-) گذاشته شود.
- تشخیص نهایی: علت اصلی مرگ مادر شامل بیماری، صدمه یا عارضه ای است که طی بارداری، زایمان و پس از آن بطور 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 آزمایشها، درخواستهای مشاوره، برگ شرح عمل در اسناد پزشکی بیمار.
- نکته: در صورت 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 فرمهای ۳ 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 بارداریهای 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 تاخیر موثر بر مرگ مادر و مدت زمان تاخیر 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 مرگهای 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 گروهها 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 تفصیلی 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. ضمناً 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 تاخیر 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 فرمهای 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

مادران ICD-MM

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 ICD –MM



کد (ICD)	Group 1: pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
O00	Ectopic pregnancy	حاملگی خارج رحمی
O00.0	Abdominal pregnancy	حاملگی شکمی
O00.1	Tubal pregnancy	حاملگی لوله ای شامل : حاملگی فالوپین- پارگی لوله فالوپ بعلت حاملگی- سقط لوله ای
O00.2	Ovarian pregnancy	حاملگی تخمدانی
O00.8	Other ectopic pregnancy	سایر حاملگی های خارج رحم شامل : حاملگی در گردن رحم - در یکی از شاخه های رحم دو شاخ - داخل رباطی - جداری
O00.9	Ectopic pregnancy, unspecified	حاملگی خارج رحمی نامشخص
O01	Hydatidiform mole	مول هیداتیدفرم
O01.0	Complete hydatidiform mole	مول هیداتیدفرم کامل شامل : مول هیداتیدفرم کامل
O01.1	Incomplete and partial hydatidiform mole	مول هیداتیدفرم ناکامل یا ناقص
O01.9	Hydatidiform mole, unspecified	مول هیداتیدفرم نامشخص شامل : بیماری تروفوبلاستیک - مول وژیکولر
O02	Other abnormal products of conception	سایر محصولات غیرطبیعی حاملگی
O02.0	Blighted ovum and nonhydatidiform mole	تخم پژمرده و مول غیر هیداتیدفرم شامل : مول گوشتی یا کارنئوس- مول گوشتی یا فلشی- مول داخل رحمی - تخم پاتولوژیک
O02.1	Missed abortion	سقط فراموش شده شامل : مرگ زودرس جنین با حفظ جنین مرده
O02.8	Other specified abnormal products of conception	سایر محصولات غیرطبیعی شناخته شده (مشخص) حاملگی
O02.9	Abnormal product of conception, unspecified	محصولات غیرطبیعی نامشخص حاملگی

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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 1:pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
O03	Spontaneous abortion	سقط خودبخودی شامل : سقط جنین غیر عمدی
O03.0	Spontaneous abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط خودبخودی: ناکامل، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O03.1	Spontaneous abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط خودبخودی: ناکامل، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O03.2	Spontaneous abortion : incomplete, complicated by embolism	سقط خودبخودی: ناکامل، با عارضه آمبولی
O03.3	Spontaneous abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سقط خودبخودی: ناکامل، با عوارض نامشخص یا دیگر
O03.4	Spontaneous abortion : incomplete, without complication	سقط خودبخودی: ناکامل، ناکامل بدون عارضه
O03.5	Spontaneous abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O03.6	Spontaneous abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O03.7	Spontaneous abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عارضه آمبولی
O03.8	Spontaneous abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سقط خودبخودی: کامل یا نامشخص با عوارض نامشخص یا دیگر
O03.9	Spontaneous abortion : complete or unspecified, without complication	سقط خودبخودی : کامل یا نامشخص بدون عارضه
O04	Induced abortion	سقط پزشکی (القایی) شامل : ختم حاملگی بصورت قانونی - ختم حاملگی بصورت درمانی
O04.0	Medical abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط پزشکی ناکامل با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O04.1	Medical abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط پزشکی ناکامل با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O04.2	Medical abortion : incomplete, complicated by embolism	سقط پزشکی ناکامل با عارضه آمبولی
O04.3	Medical abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سقط پزشکی ناکامل با عوارض نامشخص یا دیگر
O04.4	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

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



کد (IDC)	Group 1:pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
O04.5	Medical abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O04.6	Medical abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O04.7	Medical abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عارضه آمبولی
O04.8	Medical abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سقط پزشکی کامل یا نامشخص با عوارض نامشخص یا دیگر
O04.9	Medical abortion : complete or unspecified, without complication	سقط پزشکی کامل یا نامشخص بدون عارضه
O05	Complications following abortion and ectopic and molar pregnancy	عوارض به دنبال سقط و حاملگی مولار و خارج از رحم
O05.0	Other abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سایر سقط ها: ناکامل ، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O05.1	Other abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سایر سقط ها: ناکامل ، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O05.2	Other abortion : incomplete, complicated by embolism	سایر سقط ها: ناکامل ، با عارضه آمبولی
O05.3	Other abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سایر سقط ها: ناکامل ، با عوارض نامشخص یا دیگر
O05.4	Other abortion : incomplete, without complication	سایر سقط ها: ناکامل ، بدون عارضه
O05.5	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
O05.6	Other abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص ، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O05.7	Other abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص ، با عارضه آمبولی
O05.8	Other abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سایر سقط ها: کامل یا نامشخص ، با عوارض نامشخص یا دیگر
O05.9	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

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



کد (IDC)	Group 1:pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
O06	Unspecified abortion	سقط نامشخص
O06.0	Unspecified abortion : incomplete, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط نامشخص: ناکامل ، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O06.1	Unspecified abortion : incomplete, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط نامشخص: ناکامل ، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O06.2	Unspecified abortion : incomplete, complicated by embolism	سقط نامشخص: ناکامل ، با عارضه آمبولی
O06.3	Unspecified abortion : incomplete, with other and unspecified complications	سقط نامشخص: ناکامل ، با عوارض نامشخص یا دیگر
O06.4	Unspecified abortion : incomplete, without complication	سقط نامشخص: ناکامل ، بدون عارضه
O06.5	Unspecified abortion : complete or unspecified, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O06.6	Unspecified abortion : complete or unspecified, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O06.7	Unspecified abortion : complete or unspecified, complicated by embolism	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عارضه آمبولی
O06.8	Unspecified abortion : complete or unspecified, with other and unspecified complications	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، با عوارض نامشخص یا دیگر
O06.9	Unspecified abortion : complete or unspecified, without complication	سقط نامشخص: کامل یا نامشخص، بدون عارضه
O07	Failed attempted abortion	سقط جنین ناموفق
O07.0	Failed medical abortion, complicated by genital tract and pelvic infection	سقط پزشکی ناموفق با عارضه عفونت مجرای تناسلی و لگن
O07.1	Failed medical abortion, complicated by delayed or excessive haemorrhage	سقط پزشکی ناموفق با عارضه خونریزی وسیع یا تاخیری
O07.2	Failed medical abortion, complicated by embolism	سقط پزشکی ناموفق با عارضه آمبولی
O07.3	Failed medical abortion, with other and unspecified complications	سقط پزشکی ناموفق با عوارض نامشخص یا دیگر
O07.4	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

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



کد (IDC)	Group 1:pregnancy with abortive outcome	گروه اول : حاملگی منتهی به سقط
O07.5	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
O07.6	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
O07.7	Other and unspecified failed attempted abortion, complicated by embolism	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص با عارضه آمبولی
O07.8	Other and unspecified failed attempted abortion, with other and unspecified complications	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص با عوارض نامشخص یا دیگر
O07.9	Other and unspecified failed attempted abortion, without complication	سایر موارد سقط ناموفق و سقط ناموفق نامشخص بدون عارضه

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/>

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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 2:hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium	گروه دوم : اختلالات افزایش فشار خون در حاملگی، زایمان و پس از زایمان
O11	Pre-eclampsia superimposed on chronic hypertension	وجوداختلال فشارخون بالا از قبل به همراه پروتئینوری (پره اکلامپسی اضافه 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 اکلامپسی
O14.0	Mild pre-eclampsia	پره اکلامپسی خفیف
O14.1	Severe pre-eclampsia	پره اکلامپسی شدید
O14.2	HELLP syndrome	سندرم هِلپ
O14.9	Pre-eclampsia, unspecified	پره اکلامپسی 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 کاربردی سازمان جهانی بهداشت برای کد گذاری علل منجر به مرگ مادران ICD –MM



کد (ICD)	Group 3:obstetric haemorrhage	گروه سوم : خونریزی مامایی
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 گیرند)
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 سر راهی با خونریزی شامل : جفت سر راهی مارژینال- جفت سر راهی پارشیال - جفت سر راهی توتال
O45	Premature separation of placenta [abruptio placentae]	جداشدگی زودرس جفت یا کندگی جفت
O45.0	Premature separation of placenta with coagulation defect	جداشدگی زودرس جفت با اختلال انعقادی شامل : خونریزی همراه با آفیبریونوژنمیا- همراه با DIC - همراه با هیپرفیبرینولیز یا هیپوفیبرینوژنمیا
O45.8	Other premature separation of placenta	سایر جداشدگی های زودرس جفت
O45.9	Premature separation of placenta, unspecified	جداشدگی زودرس جفتی 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 ICD –MM



کد (IDIC)	Group 3:obstetric haemorrhage	گروه سوم : خونریزی مامایی
O67	Labour and delivery complicated by intrapartum haemorrhage, not elsewhere classified	زایمان و تولد نوزاد به همراه خونریزی در بارداری طبقه بندی نشده در جای دیگر
O67.0	Intrapartum haemorrhage with coagulation defect	خونریزی حین زایمان همراه با نقص انعقادی شامل : خونریزی همراه با آفیبرینوژنمیا- همراه با DIC - همراه با هیپرفیبرینولیز یا هیپوفیبرینوژنمیا
O67.8	Other intrapartum haemorrhage	سایر خونریزی ها حین زایمان
O67.9	Intrapartum haemorrhage, unspecified	خونریزی حین زایمان نامشخص
O71.0	Rupture of uterus before onset of labour	پارگی رحم پیش از شروع زایمان
O71.1	Rupture of uterus during labour	پارگی رحم طی زایمان
O71.3	Obstetric laceration of cervix	پارگی مامایی سرویکس
O71.4	Obstetric high vaginal laceration alone	پارگی مامایی بالای دیواره واژن به تنهایی (به دیواره لگن آسیب نرسیده باشد)
O71.7	Obstetric haematoma of pelvis	هماتوم مامایی در لگن شامل : هماتوم پرینه - هماتوم واژن - هماتوم ولو
O72	Postpartum haemorrhage	خونریزی پس از زایمان
O72.0	Third-stage haemorrhage	خونریزی مرحله سه زایمان شامل : خونریزی بعثت باقیماندن، گیر افتادگی یا چسبندگی جفت
O72.1	Other immediate postpartum haemorrhage	سایر خونریزی های فوری پس از زایمان شامل : خونریزی بدنبال زایمان جفت - خونریزی پس از زایمان نامشخص (آتونی یا اینرسی)
O72.2	Delayed and secondary postpartum haemorrhage	خونریزی پس از زایمان تاخیری و ثانویه شامل : خونریزی همراه با باقیماندن بخشی از جفت یا غشاها - خونریزی همراه با باقیماندن محصولات حاملگی بدنبال زایمان
O72.3	Postpartum coagulation defects	اختلال انعقادی پس از زایمان شامل : آفیبرینوژنمیا بعد از زایمان - فیبرینولیز 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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 4:pregnancy related infection	گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری
O23	Infections of genitourinary tract in pregnancy	عفونت دستگاه ادراری تناسلی در بارداری
O23.0	Infections of kidney in pregnancy	عفونت کلیه در بارداری
O23.1	Infections of bladder in pregnancy	عفونت مثانه در بارداری
O23.2	Infections of urethra in pregnancy	عفونت پیشابراه در بارداری
O23.3	Infections of other parts of urinary tract in pregnancy	عفونت قسمتهای دیگر دستگاه ادراری در بارداری
O23.4	Unspecified infection of urinary tract in pregnancy	عفونت نامشخص دستگاه ادراری در بارداری
O23.5	Infections of the genital tract in pregnancy	عفونت دستگاه تناسلی در بارداری
O23.9	Other and unspecified genitourinary tract infection in pregnancy	عفونت های دیگر و نامشخص دستگاه ادراری و تناسلی در بارداری
O41.1	Infection of amniotic sac and membranes	عفونت کیسه آمنیوتیک و غشاهای شامل : آمنیونیت - کوریوآمنیونیت - مامبرانیت - پلاسنیت
O75.3	Other infection during labour	سایر عفونتها طی زایمان و تولد نوزاد
O85	Puerperal sepsis	سپسیس نفاسی
O86	Other puerperal infections	سایر عفونت های نفاسی شامل : اندومتريت نفاسی - تب نفاسی - پريتونیت نفاسی - سپسیس نفاسی
O86.0	Infection of obstetric surgical wound	عفونت زخم جراحی مامایی
O86.1	Other infection of genital tract following delivery	سایر عفونت های مجرای تناسلی بدنبال زایمان
O86.2	Urinary tract infection following delivery	عفونت مجرای ادراری بدنبال زایمان
O86.3	Other genitourinary tract infections following delivery	سایر عفونت های مجرای ادراری تناسلی بدنبال 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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 4:pregnancy related infection	گروه چهارم : عفونت مرتبط با بارداری
O86.4	Pyrexia of unknown origin following delivery	تب یا منشا ناشناخته بدنبال زایمان
O86.8	Other specified puerperal infections	سایر عفونت های مشخص نفاسی
O91	Infections of breast associated with childbirth	عفونت پستان مرتبط با تولد نوزاد
O91.0	Infection of nipple associated with childbirth	عفونت نیپل 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 اقدامات مامایی

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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 5:other obstetric complications	گروه پنجم : سایر عوارض مامایی
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 phlebothrombosis in pregnancy	فلبوترومبوزیس عمیق در بارداری
O22.5	Cerebral venous thrombosis in pregnancy	ترمبوز 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(اینترا هپاتیک) در بارداری، کلستاز مامایی
O44.0	Placenta praevia specified as without haemorrhage	جفت سر راهی مشخص بدون خونریزی
O71	Other obstetric trauma	سایر آسیبهای مامایی، 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 مامایی به ارگان های لگنی
O71.6	Obstetric damage to pelvic joints and ligaments	آسیب مامایی به لیگامانها و مفاصل لگنی
O71.8	Other specified obstetric trauma	سایر موارد مشخص آسیب مامایی
O71.9	Obstetric trauma, unspecified	آسیب مامایی ، 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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 5:other obstetric complications	گروه پنجم : سایر عوارض مامایی
O73	Retained placenta and membranes, without haemorrhage	باقیمانده جفت و غشاهای بدون خونریزی
O73.0	Retained placenta without haemorrhage	باقیمانده جفت بدون خونریزی
O73.1	Retained portions of placenta and membranes, without haemorrhage	باقیمانده بخشی از جفت و غشاهای بدون خونریزی
O75.4	Other complications of obstetric surgery and procedures	سایر عوارض جراحی و اقدامات مامایی
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	فلبوترومبوزیس 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 مامایی
O88.0	Obstetric air embolism	آمبولی هوا
O88.1	Amniotic fluid embolism	آمبولی مایع آمنیوتیک شامل : سندرم آنافیلاکتوئید 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 مامایی

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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 5:other obstetric complications	گروه پنجم : سایر عوارض مامایی
O90	Complications of the puerperium, not elsewhere classified	عوارض نفاس 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 مامایی
O90.3	Cardiomyopathy in the puerperium	کاردیومیوپاتی در دوره نفاس
O90.4	Postpartum acute renal failure	نارسایی حاد کلیه پس از زایمان شامل : سندرم هپاتورنال
O90.5	Postpartum thyroiditis	تیروئیدیت پس از زایمان
O90.8	Other complications of the puerperium, not elsewhere classified	سایر عوارض نفاس طبقه بندی نشده در جای دیگر شامل پولیپ جفت
O90.9	Complication of the puerperium, unspecified	عوارض نفاس ، 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 ICD –MM



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

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 ICD –MM



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

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 ICD – MM

کد (IDC)	Group 7:non-obstetric complications	گروه هفتم : عوارض غیر مامایی
O10	Pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	افزایش فشار 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	افزایش فشار 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 کلیوی 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 کلیوی 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	افزایش فشار خون ثانویه 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	افزایش فشار 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 ، ناشناخته

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 ICD-MM



کد (IDC)	Group 7: non-obstetric complications	گروه هفتم: عوارض غیر مامایی
O98	Maternal infectious and parasitic diseases classifiable elsewhere but complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری عفونی یا انگلی مادر که در جای 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 توبرکلوزیس که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند
O98.1	Syphilis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سیفلیس که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند
O98.2	Gonorrhoea complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	گنوره (سوزاک) که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس 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 نفاس می شوند
O98.4	Viral hepatitis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	هپاتیت ویروسی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند، شامل هپاتیت حاد نوع A، هپاتیت حاد نوع B، سایر انواع هپاتیت ویروسی حاد، هپاتیت ویروسی مزمن، هپاتیت ویروسی نامشخص
O98.5	Other viral diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر بیماریهای ویروسی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند
O98.6	Protozoal diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماریهای پروتوزوال
O98.7	Human immunodeficiency [HIV] disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	نقص سیستم ایمنی انسانی (HIV) که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شود
O98.8	Other maternal infectious and parasitic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر عفونت های مادری و بیماری های انگلی شامل: تبهای ویروسی خونریزی دهنده و ...
O98.9	Unspecified maternal infectious or parasitic disease complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری عفونی یا انگلی نامشخص در مادر باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند

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 ICD-MM

کد (IDC)	Group 7:non-obstetric complications	گروه هفتم : عوارض غیر مامایی
O99.0	Anaemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	کم خونی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند شامل: آنمی تغذیه ای (فقر آهن، ویتامین B12، فولات)، آنمی ناشی از تخریب گلوبولهای قرمز (اختلالات آنزیمی، تالاسمی، سیکل 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 نفاس می شوند شامل: نقایص انعقادی و یا کمبود فاکتورهای انعقادی (اگر همراه با خونریزی باشند در این گروه قرار نمی گیرند)، پورپورا، بیماریهای طحال، مت هموگلوبینی، سارکوئیدوز (گرانولوماتوز)، DIC و ...
O99.2	Endocrine, nutritional and metabolic diseases complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری های غدد درون ریز، تغذیه ای، متابولیک که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند شامل: اختلالات تیروئید وابسته به کمبود ید، گواتر، پرکاری تیروئید، سندرم کوشینگ، اختلالات غده پاراتیروئید، اختلالات غده فوق کلیه، سوء تغذیه، چاقی 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 نفاس می شوند شامل: مصرف مواد مخدر، مننژیت باکتریال، صرع، میاستنی گراویس، آنسفالیت، آبسه ها و گرانولومهای داخل جمجمه و داخل نخاعی، مالتی پل اسکروزیس (MS)، نوروپاتی ها، میوپاتی 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 نفاس می شوند شامل: تب روماتیسمی، بیماری روماتیسمی درجه میترال یا آئورت یا تریکوسپید، بیماریهای روماتیسمی قلب، بیماریهای پرفشاری خون، آنژین صدری، انفارکتوس حاد عضله قلب (MI)، بیماریهای قلبی ریوی، بیماریهای عروق ریوی، اختلالات غیر روماتیسمی درجه ها، اندوکاردیت، پریکاردیت، میوکاردیت، کاردیومیوپاتی، نارسایی قلب، خونریزی زیر عنکبوتیه (SAH)، خونریزی داخل مغزی (ICH)، انفارکتوس مغزی، حادثه عروقی مغزی (CVA)، آنوریسم آئورت، دای سکشن آئورت، سایر اختلالات شریانه ها و شریانچه ها، آمبولی و ایجاد لخته شریانی، واریس مری، التهاب غیر اختصاصی غده لنفاوی و ...
O99.5	Diseases of the respiratory system complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماری های دستگاه تنفس که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند شامل: آنفلوانزا، 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 نفاس می شوند شامل: آپاندیسیت حاد، پانکراتیت حاد، پریتونیت، کبد چرب، فیبروز کبد، سیروز کبد، سایر بیماریهای کبد، زخم معده، زخم دوازدهه، سنگ صفرا، التهاب کیسه صفرا و ...
C00-C48	Neoplasms	بدخیمی هایی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند
Q20-Q28	Congenital malformations of the circulatory system	ناهنجاریهای مادرزادی دستگاه گردش خون شامل: بیماری مادرزادی قلب (ناهنجاری مادرزادی درجه های سه لتی و ریوی، ناهنجاری مادرزادی حفره های قلب و اتصالات آن، نقص دیواره دهلیزی یا بطنی، کوآرکتاسیون شریان آئورت، تترالوژی فالوت، آنومالی ایشتین، جابجایی عروق بزرگ، ناهنجاری مادرزادی درجه های آئورت و میترال، تنگی درجه میترال (MS)، سندرم آیزن منگر، آنوریسمهای مادرزادی، ناهنجاریهای شریانی وریدی AVM
O99.7	Diseases of the skin and subcutaneous tissue complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	بیماریهای پوست و بافت زیر پوستی که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند شامل: اسکلرودرمی (فقط درگیری پوست)، سلولیت، پمفیگوس، التهاب غدد لنفاوی و ...
O99.8	Other specified diseases and conditions complicating pregnancy, childbirth and the puerperium	سایر بیماریها و وضعیت های مشخص که باعث ایجاد عارضه در حاملگی، زایمان و دوران نفاس می شوند شامل: بیماریهای سیستم اسکلتی عضلانی یا بافت همبند مانند کایفوز، لوپوس SLE، آرتریت روماتوئید، پلی میوزیت و درماتومیوزیت و اسکلرودرمی (سیستمیک، 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 ICD –MM



کد (IDC)	Group 8:unknown/undetermined	گروه هشتم : عوامل ناشناخته یا تعیین نشده
O95	Obstetric death of unspecified cause	مرگ به دلیل نامعلوم یا تعیین نشده
کد (IDC 10)	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 ، ...
کد (IDC 10)	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

<http://treatment.tu.ac.ir>

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 :

- ۱- سیستم عامل نصب شده بر کامپیوتر، ویندوز ۷ یا بالاتر باشد
 - ۲- نسخه آفیس نصب شده روی سیستم ، ترجیحا ۲۰۱۰ یا بالاتر باشد
 - ۳- 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

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ مادر



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

تکمیل جدول اطلاعات توسط
کارشناسان ستاد دانشگاهها

گزارش گیری توسط کارشناسان
اداره سلامت مادران

خروج از برنامه

صفحه اصلی

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

جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ							
نام دانشگاه / دانشکده محل تکمیل فرم :				نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :			
شماره	دوره تکمیل فرم	نام منوفی	نام خانوادگی منوفی	کد ملی سرپرست خانوار	کد ملی منوفی	میزان تحصیلات	ملیت
1							

راهنمای تکمیل سوال علت فوت | صفحه اصلی | جدول اطلاعات

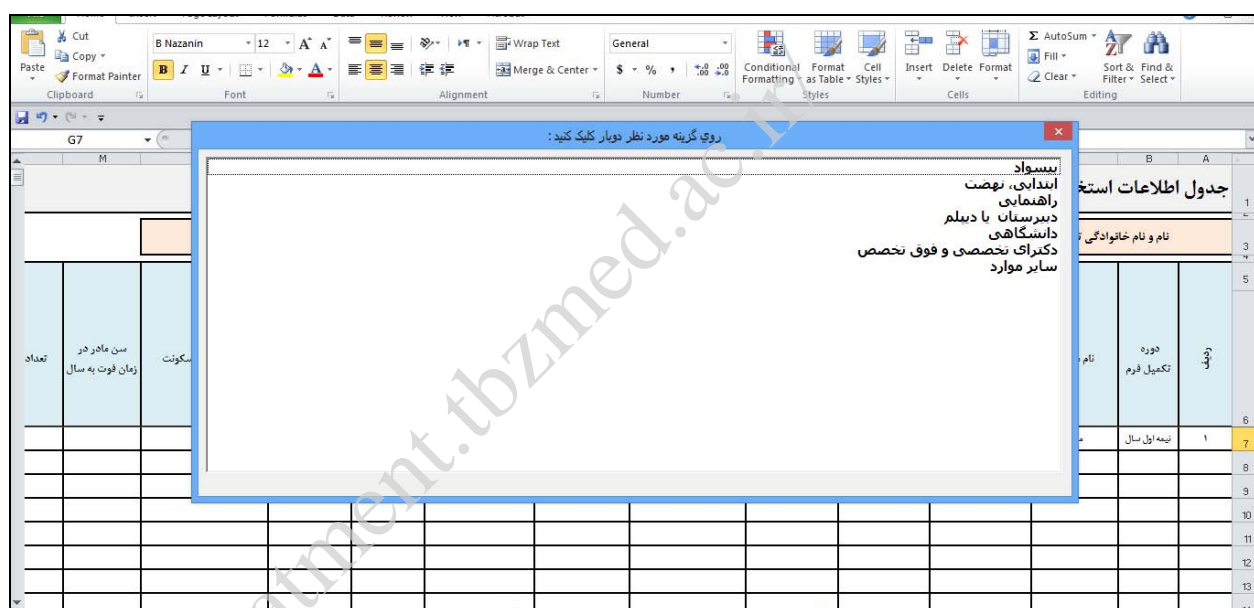
شیت جدول اطلاعات ، طبق راهنمای تکمیل سوالات باید تکمیل شود.

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 ۳۵ سال، بیشتر از ۳۵ 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 مثبتی 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 قلوئی، 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، آمفتامین، 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 ۲۸ 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 اصلاً مراقبت بارداری انجام نداده یا هنگام پرستشگری 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 در صورتی که در این زمان برای مراقبت مراجعه نکرده (دیرتر مراجعه کرده) یا اصلاً 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 زیدنت)، پزشک عمومی، مامای تحصیلمکرده، 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 الکئوی، 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، تاخیر 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 پرستشگری از تقویم باید انتخاب شود

- کامل بودن اعضای تیم پرستشگری 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

هوالحکیم
نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
پرسشنامه بررسی مرگ مادر

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

شهرستان محل فوت: *ح*

شهرستان محل سکونت: *ک*

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

- تاریخ گزارش مرگ به شهرستان: *۹۴/۸/۱۸*
- تاریخ تکمیل نهایی پرسشنامه: *۹۴/۹/۱*

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: الف		شهرستان: الف		شماره پرسشنامه:		منبع اخذ خبر: بیمارستان	
نام و نام خانوادگی متوفی: مرحومه ح. س		کد ملی متوفی		کد ملی سرپرست خانوار:			
تحصیلات متوفی: بیسواد <input checked="" type="checkbox"/> ابتدایی/نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>							
سن در هنگام فوت: ۲۶ سال		فاصله دو بارداری اخیر: ۴ سال و ۳ ماه		تعداد بارداری: ۴		تعداد زایمان: ۴	
تعداد فرزندان زنده: دختر: ۳		پسر: ۲ (بارداری آخر ۲ قلو)		تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: ۹۳/۱۲/۱۰		تاریخ احتمالی زایمان: ۹۴/۹/۱۷	
علت فوت: DIC به دنبال خونریزی و چسبندگی جفت		محل فوت: بیمارستان الف		تاریخ و ساعت فوت: ۹۴/۸/۱۸ ساعت ۳:۱۵ صبح		نام و نسبت همراه بیمار: خانم گ. الف (مادر شوهر)	
محل سکونت: شهر: <input type="checkbox"/>		روستای اصلی: <input checked="" type="checkbox"/>		روستای قمر: <input type="checkbox"/>		روستای سیاری: <input type="checkbox"/>	
		حاشیه شهر: <input type="checkbox"/>		ملیت: ایرانی <input checked="" type="checkbox"/>		غیر ایرانی <input type="checkbox"/>	
مسیر حرکت و ارجاع (از ابتدا تا انتها)							
مبداء	وضعیت مادر	ساعت حرکت	تاریخ	مقصد	وضعیت مادر	ساعت	تاریخ
روستای الف	حال عمومی خوب، مختصری درد شکم	۱۱	۹۴/۸/۱۷	بیمارستان الف	خونریزی (-) آبریزش (-) مختصری درد شکم	۱۲	۹۴/۸/۱۷
مقطع فوت مادر: بارداری <input type="checkbox"/> ختم بارداری <input type="checkbox"/> پس از خاتمه بارداری <input checked="" type="checkbox"/>							
محل زایمان: بیمارستان		عامل زایمان: متخصص زنان		نوع زایمان: سزارین		ساعت زایمان: ۱۵ و ۱۰ دقیقه	
وضعیت نوزاد: زنده سالم <input checked="" type="checkbox"/> (هر دو قل)		زنده ناسالم <input type="checkbox"/>		مرده <input type="checkbox"/>			
راهنمای کد گذاری کارکنان							
سمت	کد کادر فنی	تعداد	سمت	کد کادر فنی	تعداد	سمت	کد کادر فنی
متخصص زنان	OB	۱	ماما	M	۱	پرستار	N
متخصص بیهوشی	A	۱	مراقب سلامت	C		راننده	D
پزشک عمومی	P	۱	بهورز	B	۱	پزشک قانونی	FD
سوپر وایزر	S	۱	ماماروستا	RM		کارشناس آزمایشگاه	LT
سایر			کارکنان اورژانس ۱۱۵	E			

فرم ۲ : اطلاعات اکتباس 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 □

کد کادر فنی	اقدامات ضروری انجام نشده	اقدامات انجام شده	وضعیت در معرض خطر بودن	
B	-	تجویز قرص ال دی به مدت ۱۵ ماه قبل از بارداری	-	باروری سالم
B M	-	بهورز: ارجاع غیر فوری به ماما و پزشک به علت نمایه توده بدنی غیر طبیعی ماما: اخذ شرح حال، معاینه بالینی، مشاوره و آموزش، درخواست آزمایشات، تجویز مکمل ها، ایمن سازی	سابقه ۳ بار سزارین قبلی نمایه توده بدنی غیر طبیعی	پیش از بارداری
B M P OB	با توجه به سابقه ۳ بار سزارین و لکه بینی: درخواست سونوگرافی با تاکید بر رد چسبندگی جفت تعیین زمان ختم بارداری در هفته ۳۶-۳۴ با توجه به چسبندگی جفت و همچنین دوقلوبی، هماهنگی برای ارجاع مادر به بیمارستان سطح ۳	انجام مراقبتها طبق دستور عمل ، درخواست آزمایشات و سونوگرافی. تجویز مکملها و ارائه آموزشها، درمان سوزش ادرار ارجاع به متخصص به علت سزارین قبلی و لکه بینی ارجاع به متخصص به علت یک بار فشار خون بالا در ۵ ماهگی	دوقلوبی سابقه ۳ بار سزارین قبلی نمایه توده بدنی غیر طبیعی (BMI= 27.8)	دوران بارداری
-	-	سزارین در بیمارستان انجام شده	-	ختم بارداری (در تسهیلات زایمانی)
-	-	چند ساعت پس از ختم بارداری فوت کرده و مراقبت خارج بیمارستانی انجام نشده	-	پس از خاتمه 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)

کد کادر فنی *M* (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 متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

مرحومه را ۴ 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 ادرار تحت درمان بوده است
با توجه به شکایت کمردرد آموزش حمایت از کمر داده شد و توصیه مراجعه به پزشک در صورت لکه بینی و تشدید کمردرد داده شد. به علت فشارخون قبلی ۱۳/۸ به متخصص مراجعه و در مطب پزشک فشارخون نرمال بوده و توصیه به رژیم غذایی کم نمک و کم چرب توسط متخصص داده شد و در رابطه با سردرد، درد اپی گاستر، تاری دید سؤال شد و آموزش داده شد که در صورت مشاهده سریعاً 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)

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

توضیحات	کد کادر فنی	شرح مراقبتهای انجام شده
<p>متوفی G4P4AB0L5D0 بارداری وی خواسته و سابقه بیماری خاص در دوران بارداری و قبل از آن را نداده است. از وسیله پیشگیری قرص ال دی به مدت ۱۵ ماه استفاده نموده و به علت تمایل به حاملگی قطع مینماید. سابقه مصرف دخانیات نداشته است.</p> <p>از هفته ۶ تشکیل پرونده و شروع مراقبتهای انجام شد. در مجموع ۱۰ بار مراقبت توسط من انجام شد.</p> <p>به دلایل دوقلوئی، سابقه سزارین، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، لکه بینی و سوزش ادرار ارجاع غیر فوری انجام شد و توسط ماما، پزشک مرکز و متخصص نیز ویزیت می شد. آخرین بار در سن بارداری ۳۱ هفته بود که ایشان را مراقبت نمودم. به علت کمر درد به پزشک مرکز ارجاع دادم و فردای 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 میباشد.</p>	<p>B</p>	<p>موارد 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</p> <p>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، ...</p> <p>مراقبتهای دوران بارداری :</p> <p>زمان شروع مراقبتهای، آزمایشات معمول بارداری، تعداد و نوع مراقبتهای، نیاز مادر به پزشک و علت آن، وجود پس خوراند پزشک در موارد ارجاع، ...</p> <p>اقدام قبل از فوت :</p> <p>چه مدت قبل از فوت مادر را دیدید ؟</p> <p>آیا اقدام خاصی قبل از فوت انجام دادید؟</p> <p>مادر با چه علامتی فوت کرده، علت فوت چه بود؟</p> <p>آیا فکر می کنید اقدام خاصی لازم بود که در صورت انجام آن مادر فوت نمی کرد</p>

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

بیمارستان، زایشگاه دولتی ■ بیمارستان، زایشگاه خصوصی □

نام واحد	تاریخ / ساعت	شرح وضعیت بیمار از بدو ورود	اقدامات انجام شده	وضعیت هنگام ارجاع	کد کادر فنی
بخش زایمان	۹۴/۸/۱۷ ۱۳:۳۰	با شکایت دردهای زودرس و دوقلویی و سه بارسزارین قبلی علامه حیاتی نرمال و معاینه 3-stage: - eff: 40% - Dill: 1finger - FHR: 140	آزمایشات روتین و کامل ادرار (بدلیل سابقه فشار بالا از ۵ ماهگی) ارسال و نرمال گزارش شد	ارجاع نشده	M OB
اتاق عمل	۹۴/۸/۱۷ ۱۵:۱۵	Bp=120/90, PR=130, Spo2=100% به اتاق عمل منتقل شد	سزارین انجام شد. قل اول و دوم با آپگار ۹-۱۰ متولد شدند. سپس به دلیل خونریزی شدید ناشی از پلاستنا پرکرتا هیستریکتومی سوپراسروییکال شد. ۷ واحد پکسل و ۹ لیتر سرم تزریق شد		A OB
بخش ICU	۹۴/۸/۱۷ ۲۰:۱۵	BP:120/90, SPO2:100%, PR:120 اکستیوبه شد، بیقرار و گاهی تکیکارد است	سرم سنتوسینون در جریان است. ترشحات درن زیاد است، متخصص زنان بیمار را ویزیت کردند. سونوگرافی اورژانس انجام شد. دو واحد پک سل تزریق شد و CVline کار گذاشته شد. به دلیل کاهش هوشیاری اینتوبه و مجدداً به اتاق عمل منتقل شد		OB A N
اتاق عمل	۹۴/۸/۱۷ ۲۱:۴۵	اینتوبه و BP:60/p - PR=150	از داخل شکم یک و نیم لیتر خون ساکشن شد و ۱۶ عدد لنگاز پگ شد، تزریق ۲ واحد پکسل و ۲ واحد FFP انجام شد		A OB
بخش ICU	۹۴/۸/۱۸ ۳:۳۰	اینتوبه است و هماچوری دارد، GCS=4 Hb=5	تزریق ۲ واحد پکسل و ۴ واحد پلاکت، خون روشن و خونریزی فعال وائرنال در محل سوچورها- انفوزیون دوپامین و بی کرنات و کلسیم گلوکونات- برادیکارد و آسیستول- انجام عملیات احیا که 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 پلاستنا پرکرتا	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 ۵ الف : - اظهارنامه کارکنان فنی (بیمارستانی)

کد کادر فنی **OB** (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 متوفی انجام شده بدون هیچگونه قضاوت و نتیجه گیری و ... نوشته شود

در ساعت دو بعد از ظهر به من اطلاع دادند که بیمار ۲۵ ساله، 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 سمع 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 ۱۵:۳۰ هوشیار با پای خودش به اتاق عمل منتقل و پس از انجام آنستزی اسپینال جراحی شروع شد. پس از باز کردن پوست جلد و زیر 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 بیهوشی و پرسنل اتاق عمل به کمک طلبدیده شدند و دستور آماده شدن ۳ واحد خون داده شد جهت بیمار نمونه کراس مچ گرفته شد آنستزی بیمار به بیهوشی عمومی تبدیل شده دو عدد IV با آنژیوکت طوسی رنگ تعبیه شد مایع فراوان آماده تزریق شد و با اجازه پزشک بیهوشی برش سزارین بر روی جفت و عروق آنها زده شد هر دو نوزاد با حال عمومی خوب و آپگار ۹/۱۰ متولد شدند در همان برش و اپیزود اول خونریزی حدود ۳-۴ لیتر خون از دست داد و به گفته متخصص بیهوشی برادیکاردی و ایست قلبی اولیه اتفاق افتاد که همزمان از سوپروایزر محترم خواسته شد آنکال دوم زنان، متخصص جراحی و اورولوژی را به کمک بطلبد. در همین اثنا اینجانب پس از رویت عدم کنترل خونریزی اقدام به انجام هیستریکتومی سوپرا سرویکال نمودم. هنگامی که به بایت های انتهایی رسیدم خونریزی کنترل شده بود در این فاصله جراح و متخصص زنان دیگر نیز حضور داشتند. هیستریکتومی سوپراسرویکال انجام و درن شکمی تعبیه شد. خونریزی کاملاً کنترل و در ۱۹:۰۰ به ریکاوری و ۱۹:۳۰ به ICU تحویل 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 دیستانسیون داشت و بیمار آژیته بود بلافاصله درخواست سونوگرافی اورژانس شد و سونولوژیست 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 منبع نامشخص بود که پس از تجسس و شستشو با تعداد زیاد گاز شکم پک شد و درن گذاشته شد بیمار مجدداً در ساعت ۰۰:۳۰ به ICU منتقل شد که تا ساعت ۱ بامداد خونریزی فعال واژینال محل انسزیون و محل آنژیوکت داشت. هماچوری کامل و در درن خون روشن حدود ۸۰۰ سی سی داشت. بیمار سیر نزولی طی کرد و متأسفانه دچار ایست قلبی شد. حدود ۴۵ دقیقه عملیات احیا انجام که ناموفق بود و در ساعت ۳:۱۵ بیمار فوت کرد.

فرم ۵ ب : مصاحبه با کارکنان فنی (بیمارستانی)

بیمارستان یا زایشگاه دولتی ■ بیمارستان یا زایشگاه خصوصی □

توضیحات	کد کار فنی	
<p>بیمار خانم ۲۶ ساله حاملگی چهارم و ۳ بار سزارین قبلی جهت سزارین به اتاق عمل آورده شد بیمار ابتدا اسپینال و سپس جنرال شد پس از خروج نوزادان و جفت پره کرتا بلافاصله خونریزی شدید آغاز شد بلافاصله دو رگ گرفته شد در طی جراحی اول ۷ واحد PC و ۲ واحد FFP تزریق شد بیمار به ICU منتقل شد در آن جا اکستیبود 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 و سپس به ICU منتقل شد در آن جا افت فشار خون داشت در پی ایپی 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</p> <p>.....</p> <p>ساعت ۲۰:۰۰ که شیفت را از همکارم تحویل گرفتم شرح حال بیمار بستری در ICU را دادند که هیستریکتومی شده بود. بر بالین بیمار حاضر شدم ساعت ۲۰:۳۰ درخواست سونوگرافی اورژانسی برای او شد و سریعاً با آنکال هماهنگ شد و به صورت پرتابل بر بالین بیمار انجام و مایع آزاد گزارش شد. ساعت ۲۱:۳۰ دچار افت فشار خون 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 کرایو 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 سوچورهای عمل و واژینال خونریزی فعال داشت متخصص زنان و بیهوشی بر بالین بیمار حاضر شدند. ادرار کاملاً خونی بود بیمار در ساعت ۲:۳۰ دچار ارست قلبی تنفسی شد و عملیات احیا شروع شد ولی موثر نبود بیمار ساعت ۳:۱۵ فوت شد. حدود ۲۰ دقیقه قبل از ارست دستور تهیه فاکتور ۷ نوترکیب را دادند که به داروخانه اعلام و تهیه شد ولی تزریق نشد.</p>	<p>A</p> <p>S</p>	<p>موارد زیر از هر یک اعضاء فنی پرسیده و توضیحات به طور 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، سیر علائم بیماری، علت فوت،</p> <p>تجهیزات و کمبودها</p> <p>- آیا فکر می کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن ، مرگ مادر اتفاق نمی افتاد؟</p>

با توجه به اطلاعات فرمهای ۴ و ۵ آیا تمامی اقدامات ضروری متناسب با وضعیت مادر و به موقع ارائه شده است؟ بلی خیر

اقداماتی که انجام نشده : در نظر داشتن احتمال چسبندگی جفت، کراس مچ خون قبل از سزارین، رزرو خون و فراورده ها به اندازه کافی، آمادگی برای هیستریکتومی ، اطلاع به آنکال دوم و جراح برای حضور در اتاق عمل قبل از شروع سزارین، جایگزینی 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 بخشنامه شماره ۶۵۵/۱۲۵۵۶ مورخ ۱۳۹۱/۸/۲)

فرم ۶ (و ادامه فرم ۶) : مصاحبه با اطرافیان مادر

توضیحات	نسبت اطرافیان	نظر اطرافیان متوفی
<p>آن روز یک نفر در روستا فوت شده بود من رفته بودم مراسم ختم . شوهرش زنگ زد گفت بیا خانم (ح) مریض است بعد خودش آمد دنبالم . ما با تمام آزمایشات و سونوگرافی ها و نامه دکتر که برای نوبت سزارین داده بود ساعت یازده باماشین شخصی رفتیم 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 رضایت 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 رفتیم 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 دعا کنید. ولی بعد از 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 دربیاریم. شوهرش به دکترش گفت ما که بار اول رضایت دادیم چرا رحمش را در نیاوردید. دکتر فقط گفت برایش دعا 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 نمیدونم 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 ۱۸ سالی ازدواج کرده بود و به جز این دوقلوها سه بچه دیگر داشت. دفترچه بیمه روستایی دارند، وضعیت اقتصادی متوسط، بی سواد و خانه دار بود. اگر زودتر رحمش را در می آوردند شاید فوت نمی کرد</p>	<p>مادر شوهر</p>	<p>موارد زیر از اطرافیان پرسیده و توضیحات به طور کامل نوشته شود. رخدادهای مرتبط با متوفی از زمان شروع مشکل تا هنگام فوت، اقدامات خانواده 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 تاخیر، وجود مرکز یا واحد درمانی در نزدیکی محل سکونت، علائم بیماری تا زمان مرگ، - آیا فکر می کنید موردی وجود داشته است که در صورت انجام آن مرگ مادر اتفاق نمی افتاد؟ واحد درمانی : مدت زمان ورود بیمار تا پذیرش وی، اقدامات انجام شده در واحد (در صورت حضور)، وجود اتفاق خاص یا غیرطبیعی، توصیه ها و خواسته های افراد فنی از خانواده ، سلامت عمومی : وضعیت سلامتی مادر در دوران بارداری و قبل از آن سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو، مراقبتهای دوران بارداری : دریافت مراقبتهای، محل دریافت مراقبتهای، زمان شروع مراقبت، ارجاع به پزشک، وجود مدارک پزشکی، عوامل اجتماعی : سن اولین ازدواج، تعداد کل فرزندان زنده، شغل متوفی و همسر، وابستگی مالی به همسر، وضعیت اقتصادی، بهداشتی و بیمه خانواده، سطح سواد متوفی و همسر، 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، تفاوتها را بنویسید. **صحتها در مورد رضایت برای بستن لوله ها و هیستریکتومی و تعداد دفعات انتقال به اتاق عمل با موارد ثبت شده در پرونده تناقض دارد**

فرم ۷: خلاصه گزارش بررسی مرگ مادر

مشخصات	توضیحات
<p>۱- مشخصات کلی مادر: سن ، تعداد بارداری و زایمان ، روش زایمان قبلی ، سقط ، نوزاد زنده</p> <p>۲- شرح مختصر برنامه باروری سالم ، مراقبتهای بارداری ، سابقه بیماری قبلی یا فعلی و بارداری قبلی</p> <p>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 ، ...</p> <p>۴- اقدامات انجام شده و مراقبتهای پس از زایمان ، طول مدت بستری، وضعیت جسمانی مادر ، علت مرگ ، ...</p> <p>۵- هر نوع اشکال در پرسشگری ، اطرافیان مادر - کادر فنی - ملاحظه اسناد</p>	<p>متوفی خانم ح. س ، ۲۶ ساله ، $G4P3AB0L3D0$ $LMP = 93/12/10$ $EDC = 94/9/17$ $(BMI = 27.8)$. دارای بیمه روستایی وضعیت اقتصادی متوسط بی سواد و خانه دار و سابقه بیماری خاصی یا مصرف دخانیات نداشته است. سابقه سه بار سزارین و در حاملگی سوم سابقه فشار بالا داشته است. از وسیله پیشگیری قرص ال دی به مدت ۱۵ ماه استفاده نموده و به علت تمایل به حاملگی قطع مینماید.</p> <p>در بارداری ۴ بار توسط بهورز ، ۴ بار توسط ماما ، ۴ بار توسط پزشک مرکز و ۶ بار متخصص زنان ویزیت شده است. فقط در ۵ ماهگی فشار بالا داشته است که دارو مصرف نکرده. سه بار آزمایشات و چهار بار سونوگرافی انجام شده. آزمایشات طبیعی و در سونوگرافی ۹ هفته (هماتوم ساب کوریونیک با ابعاد $34*22mm$ در حد فاصل بین دو ساک رویت شد) . در تاریخ $94/7/13$ به علت کمردرد (احتمال PTL) به بیمارستان ارجاع و بستری شده (۳۱ هفته و امروز) . آزمایشات کامل پره اکلامپسی طبیعی ولی پروتین ادرار + ۱ بوده است. توسط متخصص زنان ویزیت شد. دستورات دارویی (سرم تراپی و آمپول آمپی سیلین و آمپول بتامتازون ۱۲ میلی گرم) اجرا شد. کنترکشن بسیار مختصر داشته. سونوگرافی انجام شده.</p> <p>قل اول $34W+1D$ سفالیک با جفت قدیمی و حوای ونوس لیک متعدد و قل دوم $32W+6D$ با پرزانتاسیون عرضی و موقعیت جفت خلفی لترال چپ است. جواب آزمایش ادرار ۲۴ ساعته ۱۰۰ و کراتی نین $0/6$ بود. در تاریخ $94/7/14$ توسط متخصص زنان ویزیت و با علائم حیاتی نرمال ترخیص گردید</p> <p>با مراجعه به متخصص، نامه بستری برای تاریخ $94/8/20$ داده می شود ولی در تاریخ $94/8/17$ به علت درد مختصر شکم در ساعت ۱۱ صبح (سن حاملگی ۳۶ هفته) به بیمارستان مراجعه نموده . آزمایشات روتین و پروتیین ادرار نرمال گزارش شد. پس از اطلاع به متخصص زنان در ساعت $15:25$ ویزیت و به اتاق عمل منتقل شد. بیهوشی ابتدا اسپینال و سپس جنرال شد. پس از برش تمام فضای شکمی توسط جفت اشغال شده بود رحم وروی جفت برش داده شده. قل اول و دوم با آپگار ۹-۱۰ متولد شدند. خونریزی شدید در حدود ۳-۴ لیتر از عروق جفتی وجود داشت و پس از حضور آنکال دوم هیستریکتومی سوپراسرویکال صورت گرفت. دو عدد لنگاز داخل رحم و واژن پک و درن گذاشته شد. حین عمل هفت واحد پکسل، $30CC$ بیکربنات و $10CC$ کلسیم گلوکونات دریافت کرد. در ساعت $20:15$ اینتوبه با علائم حیاتی $BP:120/90, SPO2:100\%, PR:120$ به ICU منتقل و اکستوبه شد. بیقرار و گاهی تاکیکارد شده تحت مانیتورینگ کامل قلبی ریوی و پالس اکسی متری بوده . سرم سنتوسینون دریافت می کرده. در ساعت $21:30$ دچار افت فشار خون و کاهش سطح هوشیاری و افزایش ترشحات درن شد. بلافاصله توسط متخصص بیهوشی مجددا اینتوبه و $CVline$ شد. در سونوگرافی اورژانسی مایع آزاد رویت شد. طبق دستور ۲ واحد پک سل و سرم دوپامین انفوزیون شد. پس از یک و نیم ساعت از تحویل مجددا 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 نرمال سالیین شستشو داده شد. داخل شکم ۱۶ عدد لنگاژ پک شد و درن گذاشته شد. پکسل و FFP هر کدام ۲ واحد دریافت و در ساعت ۳۰ دقیقه بامداد بصورت اینتوبه ، هماچوریک ، فشار خون $BP=100/60$ و نبض $P=130$ و $GCS=4$ به ICU منتقل شد. پکسل دو واحد و دوپامین 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 1200 سی سی رسید. فشار خون مرتب افت داشت طبق دستور دوپامین بیمار قطع و اپی نفرین به میزان ۲-۱ میلیگرم شروع شد و دستور ۲ واحد پکسل و ۴ واحد FFP و ۴ واحد پلاکت داده شد که سریعاً تزریق شد. طبق دستور $NAHCO2$ به میزان $50CC$ طی یک ساعت و کلسیم گلوکونات به میزان $10CC$ به همراه $100CC$ سرم نرمال سالیین از یک رگ دیگر انفوزیون شد . در ساعت $2:30$ صبح برادیکارد و آسیستول شد که بلافاصله احیا شروع و به مدت ۴۵ دقیقه ادامه یافت ولی متأسفانه بیمار فوت کرد</p>

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

عامل	علت	مداخله
غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما یا سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز	هنگام بارداری: بی توجهی به سابقه سزارین و عدم تاکید بر تشخیص	اطلاع رسانی و تاکید به متخصصین برای رعایت بخشنامه ها: درخواست سونوگرافی با تاکید بر تشخیص چسبندگی و نفوذ غیر عادی جفت در موارد پلاستتا پرویا و سزارین تکراری (مطابق بخشنامه شماره ۳۰۲/۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰)
	چسبندگی جفت در درخواست سونوگرافی	آموزش متخصصین برای استفاده از راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (مطابق بخشنامه شماره ۱۱۰۵۶ مورخ ۱۳۹۱/۸/۲۳)
تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی	انجام سزارین در وضعیت اورژانسی و بدون آمادگی	در صورت تشخیص چسبندگی جفت: برنامه ریزی برای ختم بارداری (سزارین هیستریکتومی) در هفته ۳۴ تا ۳۶ در بیمارستان سطح سه و توسط تیم با تجربه
		آموزش متخصصین: در موارد تشخیص چسبندگی جفت، انتقال بیمار به اتاق عمل همراه با خون و فراورده ها به اندازه کافی، آمادگی برای هیستریکتومی (جدا نکردن جفت)، اطلاع به آنکال دوم و جراح برای حضور در اتاق عمل قبل از شروع سزارین
	دریافت ناکافی خون و فراورده ها	اصلاح فرایند رزرو خون و فراورده ها به اندازه کافی برای مادران پرخطر در بیمارستانها

فرم ۸: بررسی عوامل قابل اجتناب و علت فوت مادر

۱- مقطع فوت

بارداری ختم بارداری پس از ختم بارداری

۲- آیا مرگ مادر به هر دلیل قابل اجتناب بوده است؟

بله 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؟

بله خیر

۴- آیا عامل قابل اجتناب جزو خطا یا قصور پزشکی بوده؟

بله خیر

۵- خطا یا قصور پزشکی توسط کدام رده انجام شده؟

متخصص پزشک عمومی ماما سایر رده های کارکنان

۶- آیا برای پیشگیری یا درمان عارضه از دستور عمل کشوری استفاده شده است؟

بله خیر دستور عمل کشوری برای درمان عارضه موجود نیست

۷- آیا پرونده، از طرف کمیته برای بررسی به نظام پزشکی ارجاع شده؟

بله خیر 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؟

عوامل قابل اجتناب در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی	
<input type="checkbox"/>	عدم بهره مندی از مراقبت پیش از بارداری
<input type="checkbox"/>	ناکافی بودن یا نامطلوب بودن خدمات پیش از بارداری
<input type="checkbox"/>	عدم بهره مندی از خدمات باروری سالم علیرغم نیاز
<input type="checkbox"/>	نامطلوب بودن کیفیت خدمات باروری سالم و عدم استفاده صحیح از روشهای پیشگیری از بارداری
<input type="checkbox"/>	عدم دریافت هر گونه مراقبت دوران بارداری، زایمان یا پس از زایمان
<input type="checkbox"/>	اعتیاد مادر به مواد مخدر و معضلات اجتماعی
<input type="checkbox"/>	عدم دسترسی به مراکز فوریت‌های مامایی
<input type="checkbox"/>	حساس نبودن مادر و خانواده به علائم خطر و عدم توجه به توصیه های کارکنان
<input type="checkbox"/>	کمبود تجهیزات، دارو، خون یا فراورده های خونی کافی و مناسب در بیمارستان
<input type="checkbox"/>	تاخیر در مراجعه به موقع به علت بی‌توجهی مادر و خانواده به علائم خطر
<input type="checkbox"/>	سایر موارد
عوامل قابل اجتناب (خطای پزشکی) در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی	
<input type="checkbox"/>	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی در ارائه خدمات مورد نیاز در زمان مناسب
<input type="checkbox"/>	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز خارج بیمارستانی
<input type="checkbox"/>	غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر درمانی بیمارستان در ارائه خدمات مورد نیاز
<input type="checkbox"/>	تشخیص و درمان نامناسب و غلط در مراکز بیمارستانی
<input type="checkbox"/>	مشکلات مرتبط با بیهوشی و ارائه خدمات نامناسب توسط متخصص بیهوشی
<input type="checkbox"/>	سزارین بدون اندیکاسیون و عوارض آن
<input type="checkbox"/>	سایر موارد

آیا تاخیر در تصمیم‌گیری توسط خانواده وجود داشته است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	چه مدت؟
آیا تاخیر در ارجاع به سطح بالاتر وجود داشته است؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	چه مدت؟
آیا تاخیر در درمان وجود داشته است؟ <i>حدود دو هفته قبل یعنی در ۳۴ هفته باید در مرکز مجهز بستری و ختم بارداری در نظر گرفته می شد</i>	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	چه مدت؟ <i>حدود دو هفته</i>

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؟ بله خیر اگر بله، 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 می گیرد؟

گروه اول: حاملگی منتهی به سقط **Pregnancies with abortive outcome**

گروه دوم: ختلالات فشار خون در حاملگی، زایمان و پس از زایمان **Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium**

گروه سوم: خونریزی مامایی **Obstetric haemorrhage**

گروه چهارم: عفونت مرتبط با بارداری **Pregnancy-related infection**

گروه پنجم: سایر عوارض مامایی **Other obstetric complication**

گروه ششم: عوارض غیر قابل انتظار از درمان **Unanticipated complications of management**

گروه هفتم: عوارض غیر مامایی **Non-obstetric complications**

گروه هشتم: علل ناشناخته یا تعیین نشده **Unknown/undetermined**

گروه نهم: علل دیگر مرگ که بطور تصادفی (بازمان بارداری تا پس از زایمان مادر) هم زمان شده اند **Coincidental causes**

گروه X

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

تاریخ تشکیل کمیته: ۹۴/۹/۱۸

نام مادر: ح.س

پایش اجرا			محل تامین اعتبار	کل هزینه (ریال)	تعداد	واحد فعالیت	زمان یا دوره اجرا	فرد مسئول اجرا	سطح مسئول مداخله	راه حل (فعالیت مداخله)
علت تاخیر یا عدم اجرا	اجرا در زمان مقرر	تاریخ اجرا								
			-	-	یک نوبت	ارسال نامه یا بارگذاری بخشنامه ها روی سایت	مستمر	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	معاونتهای درمان و آموزشی	اطلاع رسانی و تاکید به متخصصین برای رعایت بخشنامه ها . در موارد پلاستنا پرویا و سزارین تکراری : درخواست سونوگرافی با تاکید بر تشخیص چسبندگی و نفوذ غیر عادی جفت (مطابق بخشنامه شماره ۳۰۲/۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۱/۲۰)
			جاری	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۲ کارگاه یک روزه	کارگاه	بهمن ماه ۱۳۹۴	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	معاونتهای درمان و آموزشی	آموزش متخصصین برای استفاده از راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (مطابق بخشنامه شماره ۱۱۰۵۶ مورخ ۱۳۹۱/۸/۲۳)
			جاری	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۲ کارگاه یک روزه	کارگاه	بهمن ماه ۱۳۹۴	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	معاونتهای درمان و آموزشی	آموزش متخصصین: در موارد تشخیص چسبندگی جفت ، برنامه 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 ۱۳۹۴	کارشناس سلامت مادران و مدیر گروه زنان	معاونتهای درمان و آموزشی	آموزش متخصصین: در موارد تشخیص چسبندگی جفت ، انتقال بیمار به اتاق عمل همراه با خون و فراورده ها به اندازه کافی ، آمادگی برای هیستریکتومی (جدا نکردن جفت) ، اطلاع به آنکال دوم و جراح برای حضور در اتاق عمل قبل از شروع سزارین
			-	-	یک جلسه در هر بیمارستان	جلسه	دی ماه ۱۳۹۴	مترون و مسئول آزمایشگاه	بیمارستانها	اصلاح فرایند رزرو خون و فراورده ها به اندازه کافی برای مادران پرخطر در بیمارستانها

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 می کند.)

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

			دانشگاه: الف
محل یا فرد گزارش کننده: سوپروایزر بیمارستان		تاریخ گزارش مرگ: ۹۴/۸/۱۸	
			الف- نام متوفی: ح. س
			ب- زمان سنجی فعالیت‌ها
		۹۴/۸/۱۸	۱- زمان مرگ
		۹۴/۸/۱۸	۲- تاریخ ثبت گزارش در دبیرخانه شبکه
		۹۴/۸/۲۰	۳- تاریخ صدور حکم مأموریت
		۹۴/۸/۲۳	۴- شروع پرستگری
		۹۴/۹/۱	۵- تحویل نتیجه پرستگری به دبیر کمیته
			پ- همکاری با پرستگری (مطلوب- نامطلوب)
		مطلوب	۱- اطرافیان مادر
		مطلوب	۲- کارکنان فنی
		مطلوب	۳- برای ملاحظه اسناد
			ت- ترکیب تیم پرستگری (کامل- ناقص)
			ث- کیفیت داده‌ها (مناسب- نامناسب):
		مناسب	۱- اتوپسی شفاهی
		مناسب	۲- پرستگری محرمانه
		-	۳- اتوپسی بالینی

فرم ۱۲: پایش فعالیت کمیته بررسی مرگ مادری

ساختار نیروی انسانی نظام مراقبت مرگ مادری در دانشگاه		دانشگاه: الف
تاریخ برگزاری جلسه تعیین ساختار: ۹۴/۹/۱۸	کارشناس نظارت بر درمان دانشگاه: م.ر	تصمیم در خصوص تشکیل تیم های پرسشگری
دبیر کمیته بررسی مرگ مادری: م.ب	کارشناس مسئول بهداشت خانواده دانشگاه: ز.ج	دانشگاهی: ■ شهرستانی:
متخصص زنان و زایمان: خانم دکتر ن.ح	کارشناس مامایی یا کارشناس برنامه مادران: ک.خ	در صورت انتخاب شهرستان دلیل:
افراد اضافه شده به اعضای کمیته بررسی مرگ مادری: متخصص بیهوشی - متخصص داخلی - متخصص رادیولوژی - ریاست بیمارستانها - ریاست مراکز بهداشتی		
زمان پیش بینی شده برای بازبینی ساختار نیروی انسانی	تاریخ ابلاغ احکام اعضاء از طرف رئیس دانشگاه: ۹۴/۸/۲۰	
عملکرد کمیته در هر نوبت بررسی مرگ		
الف - نام متوفی: ح.س		
ب - زمان سنجی و نتایج فعالیتها		
۱- زمان تحویل نتیجه پرسشگری به دبیر کمیته	۹۴/۹/۵	
۲- تاریخ برگزاری جلسه بررسی علت	۹۴/۹/۱۸	
- 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	۹۴/۱۱/۱۵	
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	۹۴/۹/۲۵	
۵- زمان پیش بینی شده برای ارزیابی مداخله	۹۴/۱۱/۱	
۶- زمان برگزاری جلسه برای ارزیابی مداخله	۹۴/۱۱/۲۰	

پیوست شماره ۸

نمونه گواهی فوت و

دستور عمل تکمیل آن

<http://treatment.tozmed.ac.ir/>

نکات مهم

این گواهی به طور کلی از دو قسمت گواهی فوت و مجوز دفن تشکیل شده است. هر دو قسمت آن باید توسط پزشک/ماما مهر و امضاء شود و مجوز دفن باید توسط مراجع قانونی صادر گردد.

در موارد زیر مجوز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد:

- ۱- مرگ به دنبال اقدام به قتل
- ۲- مرگ به دنبال اقدام به خودکشی
- ۳- مرگ به دنبال هر گونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
- ۴- مرگ به دنبال حوادث ترافیکی (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
- ۵- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، دارویی، گاز گرفتگی و...)
- ۶- مرگ به دنبال سوء مصرف مواد (مخدر، روانگردان، توهم زا و ...)
- ۷- مرگ متعاقب برق گرفتگی، سوختگی، غرق شدگی، سرمازدگی، گرمزدگی، سقوط از ارتفاع و ...
- ۸- مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
- ۹- مرگ در زندان یا بازداشتگاه
- ۱۰- مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، خوابگاه و ...
- ۱۱- مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی
- ۱۲- مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین
- ۱۳- مرگ حین یا متعاقب ورزش
- ۱۴- مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
- ۱۵- هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد
- ۱۶- هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
- ۱۷- هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه
- ۱۸- هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.
- ۱۹- مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

- این گواهی باید با خودکار و با خط خوانا به صورتی نوشته شود که روی هر چهار نسخه قابل خواندن باشد.
- علت مرگ به فارسی نوشته شده و از بکار بردن کلمات بصورت مخفف و انگلیسی جداً پرهیز شود.
- در بند هایی که لازم است گزینه ای با ذکر یک علامت در داخل مربع مربوطه انتخاب شود، لازم است از علامت ضربدر استفاده شود ()

تذکرات مهم:

۱. به منظور جلوگیری از انعکاس مندرجات در سایر سربرگ های نسخ حتما بر گه 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.

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 ICD-10	علل فوت
..... یک سال.....	[] [] []	قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند
..... ۵ سال.....	[] [] []	الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:نارسایی مزمن کلیه.....
..... ۱۰ سال.....	[] [] []	ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:دیابت نفروتیک.....
.....	[] [] []	ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:دیابت نوع دوم.....
.....	[] [] []	د) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ج شده است:
.....	[] [] []	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:
.....	[] [] [] (ه)
.....	[] [] [] (و)

لازم به ذکر است که علائم بیماری و یا حالات و نشانگان 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

پیوست شماره ۹

توصیه های سازمان جهانی

بهداشت در مورد کاهش

مرگ مادران

<http://treatment.tzmed.ac.ir/>

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

اردن - ۲۰۱۵



World Health
Organization

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 (خونریزی)
اردن - ۲۰۱۵



1

Obstetric Haemorrhage

Matthews Mathai

2

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

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

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

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

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

Outline

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

3

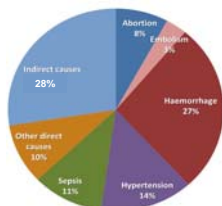
**Sepsis during and following pregnancy
and childbirth**

- **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

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

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

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

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

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

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

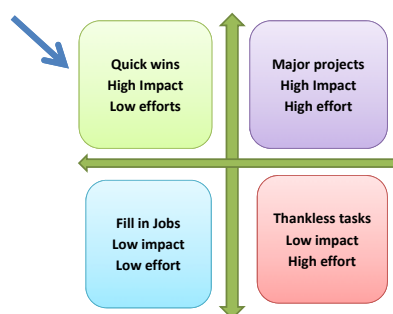
4

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

Quick Wins Maternal Health Interventions Criteria of Selection

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

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

7

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

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

8

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

Strengths & Challenges

Strengths

- Evidence Based
- Low cost
- Effective Interventions
- High impact with short period of time
- Adoption by MOH
- Easy to ensure coverage

Areas for improvement

- 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

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

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

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.

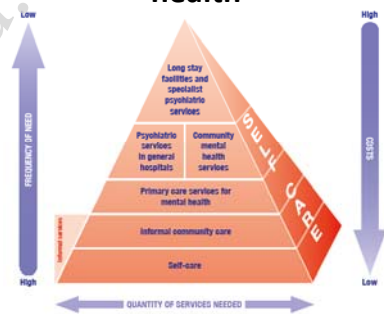
Guiding principles:

- a) Universal health coverage
- b) Human rights
- c) Evidence-based practice;
- d) multisectoral approach;
- e) life-course approach;

- f) Empowerment of persons with mental disorders.

3

Optimal mix of services for mental health



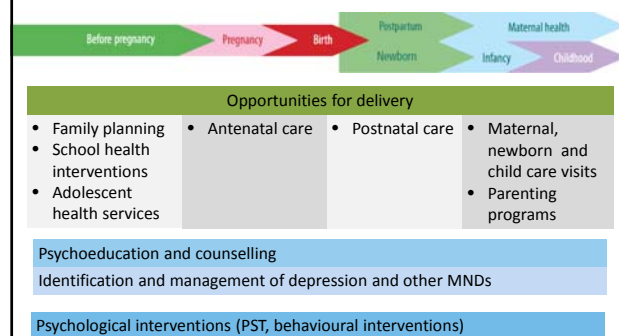
4

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

mhGAP recommendations- Maternal mental health interventions to improve child development

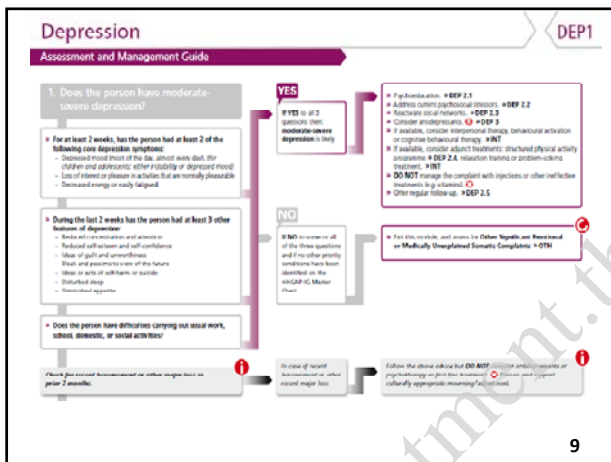
- **Non-specialist setting**
- **Outcomes:** child growth and development outcomes, maternal mood or depression, and mother-infant interaction.
- For poorly nourished, frequently ill and other groups of at risk children, **parenting interventions** promoting mother-infant interactions including psychosocial 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

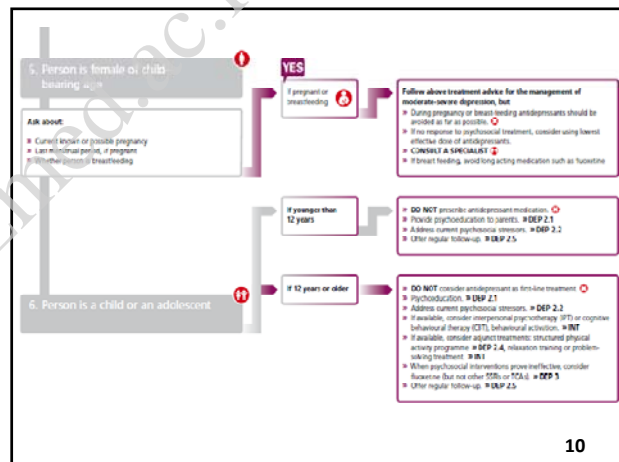
mhGAP recommendations- Maternal mental health interventions to improve child development

- **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



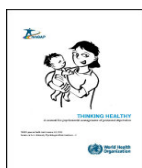
9



10

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 | Opportunities |
|---|---|
| <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 | <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