



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی
معاونت امور پهداشتی

برنامه جامع کاهش مرگ مادران ناشی از عوارض

بارداری و زایمان

ویرایش دوم



تدوین کنندگان :

دکتر رسول انتظار مهدی

دکتر پریسا صدیق راد - آمینه رضایی

۱۳۹۵

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

برنامه جامع کاهش مرگ مادران ناشی از عوارض
بارداری و زایمان

ویرایش دوم

تدوین کنندگان:

دکتر رسول انتظار مهدی - دکتر پریسا صدیق راد - آمینه رضایی

(ویرایش اول کتاب توسط سرکار خانم نیلوفر ملک پور انجام گرفته بود)

تایپ و صفحه آرایی: لیلا دانا

طرح روی جلد: مهندس زینب غفاری آذر

۱۳۹۴

با همکاری:

دکتر ابراهیم حسنی - معاون درمان دانشگاه و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر فاطمه بهادری - فلوشیپ پری ناتالوژی و مدیر گروه آموزشی بیماریهای زنان و زایمان
دانشکده پزشکی

دکتر معصومه حاجی شفیعها - فلوشیپ نازایی و عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی

دکتر فرزانه برومند - متخصص بیماریهای زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی

دکتر حمیدرضا فرج اسلاملو - متخصص سلامت مادر و کودک و عضو هیئت علمی دانشکده
بهداشت

دکتر سهیلا ریبع پور - PHD سلامت مادر و کودک و عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت

مریم مسگرزاده - هیئت علمی مامایی دانشکده پرستاری - مامایی

دکتر سیامک عقلمند - هیئت علمی دانشکده بهداشت

فهرست مطالب

۵.....	مقدمه
۶.....	تاریخچه ثبت مرگ مادران باردار در جهان
۹.....	مراقبت مرگ مادران باردار در جهان
۲۲.....	مراقبت مادران باردار در ایران
۲۲.....	تاریخچه
۲۷.....	دوران بعد از انقلاب اسلامی
۲۸.....	برنامه اول و دوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور (۱۳۶۸-۱۳۷۷)
۲۸.....	برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور (۱۳۷۸-۱۳۸۲)
۳۰.....	موقعیت برنامه سلامت مادران در نظام برنامه ریزی کشور
۳۴.....	مراقبت مرگ مادران باردار در کشور و روند آن در گذر زمان
۴۲.....	برآید شاخص های مدیریتی و عملکردی نظام مراقبت مادری در سطح کشور (۸ شاخص)
۴۵.....	مراقبت سلامت مادران در استان آذربایجان غربی
۵۴.....	وضعیت مرگ و میر مادران باردار در استان آذربایجان غربی
۸۱.....	نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
۸۵.....	مuibات کمیته های بررسی موارد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان (مuibات مربوط به حوزه بهداشت)
ROR! BOOKMARK NOT DEFINED.	
۸۵.....	مداخلات پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۰۳.....	رسالت برنامه سلامت مادران
۱۱۵.....	استراتژی های کشوری برای دستیابی به اهداف برنامه سلامت مادران
۱۲۱.....	برنامه عملیاتی سلامت مادران باردار استان آذربایجان غربی تا پایان سال ۱۳۹۴
۱۲۲.....	منابع
	پیوست ها

...هر که نفسی را حیات بخشد(از مرگ نجات دهد) مثل
آن است که همه مردم را حیات بخشیده است و ...

قرآن کریم سوره مائدہ، آیه ۳۲

تقدیم به تمام کسانی که کرامت جان انسان را درک نموده و تلاش
برای نجات جان انسانها را نه فقط یک شغل ، بلکه رسالتی الهی
می پندارند.

بسمه تعالیٰ

مرگ مادر تراژدی است که در هر دقیقه خانواده ای را از مهر مادری محروم میکند و کانون آن را از هم می پاشد و خانواده و جامعه با فقدان مادر دچار چالش های عدیده فردی و اجتماعی می شود. هر چند مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان در پهنه جهانی و در طی چنددهه گذشته بصورت خیره کننده ای کاهش یافته است ولی این کاهش متوازن نبوده و بیش از ۹۹ درصد این موارد در کشورهای در حال توسعه رخ میدهد.

با توجه به اینکه مرگ مادر در جهان امروز هم غیر قابل قبول است و هم قابل اجتناب میباشد، مواقبت مادران باردار در نظام سلامت کشور به شکل چشمگیری ارتقا یافته است. اگر تا قبل از راه اندازی نظام بهداشتی فعلی کشور، مادران بی شماری (بیش از ۲۴۰ در یکصد هزار تولد زنده) جان خود را از دست میدادند و فقط یک درصد مراجعین به واحد های بهداشتی را زنان باردار تشکیل میداد و نسبت بهره مندی شهرنشینان ۲۰ برابر روستاییان بود، امروزه صد درصد زنان باردار کشورمان از خدمات بهداشت باروری سالم و زایمان اینم برخوردار هستند و موارد مرگ مادر بخوبی کاهش پیدا کرده و از هدف گذاری های بین المللی (هزاره سوم) و ملی نیز پیشی گرفته است. بهمود فرایند بارداری و زایمان بانوان عزیز میهن اسلامیمان مرهون تلاش جمع کثیری از پزشکان، مدیران و کارشناسان خدوم نظام سلامت است که با تلاش شبانه روزی، نظمانame خوبی را طراحی و به مورد اجرا گذارند و در طی بیش از ده سال گذشته در سطح استان آذربایجانغربی توفیقات چشمگیری حاصل گردیده است ولی متاسفانه شتاب پیشرفت به سمت شاخص ها در مواردی قرین موفقیت نبوده و علیرغم تصویب و ابلاغ بیش از ۸۰ مداخله کارشناسی در کمیته دانشگاهی، در برخی موارد اهتمام مدیران و کارشناسان عزیز قرار نگرفته و متاسفانه درنظرارت و پایش های ادواری سطوح مختلف نظام

شبکه مورد بی توجهی واقع شده است. مجموعه حاضر تبیینی کلی و جامع از مراقبت مرگ مادر بادار در استان می باشد که به همت همکاران محترم معاونت امور بهداشتی و درمان با مشارکت اعضای هیئت علمی ذیصلاح دانشگاه تهیه شده است که امیدوارم به موازات اقدام برنامه ای توسط معاونت های مرتبه، مبنایی برای استفاده در پژوهش های کاربردی و پایان نامه های دانشجویی و تحصیلات تكمیلی دانشگاه قرار گیرد و گام خوبی در عملی شدن اهداف ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات برداشته شود.

دکتر آقازاده

**قائم مقام وزیر در استان و رئیس دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی**

بارداری رخداد ویژه ای است که با شیرینی و حلاوت خاصی همراه بوده و می تواند هر زن را به مقام شامخ مادر شدن اعتلا بخشد، اما این واقعه در صورت عدم توجه و مراقبت خاص این دوران می تواند به حادثه ای تلخ تبدیل شود، که متاسفانه سالانه نزدیک به ۶۰۰۰۰ بار تکرار می گردد. تاسف بارتر اینکه ۹۹ درصد این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.

نسبت مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان (Maternal Mortality Rate)، از مهم ترین شاخص هایی است که نشانده نده توسعه کشورهای است. علت انتخاب این شاخص بعنوان نمایه توسعه تاثیر عوامل مختلف اقتصادی و اجتماعی در کاهش یا افزایش آن است. می تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راههای روستایی، دسترسی به فوریت های مامایی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و ... می باشد. هرچند کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بخش کوچکی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد اما نمی توان تا توسعه همه جانبه در زیر ساخت های جامعه مانند ارتباطات، سواد، راه، تغییرات فرهنگی و ... برنامه ریزی به منظور ارتقاء خدمات بهداشتی درمانی را به تعویق انداخت. از سوی دیگر مرگ ناشی از عوارض بارداری و زایمان از مجموعه عوامل وابسته به هم تشکیل شده است که مداخله در هر مورد می تواند از بروز مرگ های بعدی جلوگیری کند. با مرگ مادر، خانواده عضو اصلی خود را برای مدیریت و مراقبت کودکان از دست می دهد و سرانجام بقاء و آموزش کودکان نامعلوم است (اگر مادر بمیرد احتمال مرگ کودک تا ۵ سالگی دو تا سه برابر بیشتر می شود) بدین ترتیب مرگ مادر در بقاء کودک، خانواده و توسعه جامعه نقش به سزا بی دارد. لذا امروزه شاخص مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، یکی از مهم ترین شاخص های توسعه در جامعه به حساب می آید و کاهش

آن از تعهدات مهم کشورهای جهان در سال ۱۹۹۰ کشورهای جهان در قالب «طرح سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» متعهد شدند که مرگ مادر را در کشور خود طی یک دهه (تا سال ۲۰۰۰ میلادی) ۵۰٪ کاهش دهند. همچنین براساس اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت. مقرر گردید نسبت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی باید ۷۵٪ نسبت به ۱۹۹۰ کاهش یابد. مجموعه حاضر پروفایلی از نظام مراقبت مرگ مادران باردار استان آذربایجان غربی در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی ارائه مینماید و بر آن است با مشارکت ذینفعان برنامه ای مدون و جامع به منظور کاهش موارد مرگ مادر تدوین نموده و به مورد اجرا گذارد.

تاریخچه ثبت مرگ مادران باردار در جهان

آمار مرگ و میر در کشورهای مختلف از چند صد سال پیش جمع آوری و نگهداری شده است ولی قدیمی ترین مطالعه درخصوص مرگ مادر به اواخر قرن ۱۶ در کشور انگلستان برمی گردد که شاخص محاسبه شده در آن زمان ۲۳۵۰ مورد مرگ در صدهزار تولد زنده گزارش شده است.

طی قرون ۱۷ و ۱۸ این شاخص در کشور انگلستان به ۱۵۰۰-۱۰۰۰ مورد در صدهزار تولد زنده کاهش یافت.

سوئد اولین کشور اروپایی در ثبت مرگ در گروههای مختلف جمعیتی می‌باشد. در این کشور از سال ۱۷۵۰ این آمار ثبت و نگهداری می‌شود. این آمار و مطالعات مختلف نشاندهنده کاهش مرگ و میر مادران از ۹۰۰ در صدهزار تولد زنده در سال ۱۷۵۰ میلادی به ۶ مورد در صدهزار تولد زنده در سال ۱۹۸۰ در این کشور است.

در سال ۱۷۴۹ تعریف مرگ مادر بصورت «مرگ یک زن از عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان» بوده است که در طی ۲۳۰ سال گذشته بخصوص در طی قرن نوزدهم و تاکنون این تعریف دستخوش تغییر شده است.

۱۵ درصد از مرگ‌های سال‌های ۱۸۳۱ تا ۱۹۸۰ سوئد ناشی از سقط و بارداری‌های نایجا بوده است که بنظر می‌رسد در آمار مرگ و میر مادران وارد نشده باشد. مرگ‌های مادر ناشی از سقط اساساً در زمرة مرگ‌های قرن بیستم ثبت شده است.

ولی مهم‌تر از عوامل فوق، گزارش کامل و صحیح مرگ‌های مادر است که از چگونگی، دقیق و صحت گزارش کامل مرگ‌ها در گذشته اطلاع کافی در دست نیست. در حقیقت در قرن ۱۹ آمار رسمی گزارش شده حدود ۳۰٪ کمتر از آمار واقعی مرگ مادران برآورد می‌شد.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعات مختلف و آمارهای ثبتی، مرگ مادران در طی ۲۳۰ سال (بین سال‌های ۱۷۵۱ تا ۱۹۸۰) در کشور سوئد ۱۵۰ برابر کاهش داشته است. که دو سوم این کاهش مربوط به قرن‌های ۱۸ و ۱۹ میلادی بوده است. با این وجود دو پیک افزایش بین سال‌های ۱۸۵۰ تا ۱۸۶۰ و ۱۹۲۰ تا ۱۹۳۰ مشاهده می‌شود که علت اساسی آن سقط‌های جنایی است که منجر به سقط‌های عفونی و مرگ‌های ناشی از آن شده است. بیشترین میزان کاهش مرگ مادران در طی ۵۰ سال اخیر مشاهده شده است (حدود ۴۹٪ برابر کاهش). در حالیکه طی قرن نوزده این کاهش فقط ۳٪ برابر بوده است.

چنانچه تعریف شاخص مرگ مادر بصورت نسبت مادران باردار فوت شده به زنان در سینی باروری محاسبه شود کاهش مرگ بسیار بیشتر خواهد شد و این کاهش بالغ بر ۵۰٪ برابر برآورد می‌شود.

از سال ۱۸۷۵ آمارهای مشابهی در کشور انگلستان جمع آوری شده است که در این آمارها مرگ مادران به ۴۰۰ - ۵۰۰ مورد در صدهزار تولد زنده می‌رسد. در ابتدای قرن بیستم مرگ مادر در کشور انگلستان دو برابر کشور سوئد بوده است.

در کشور آمریکا اطلاعات و آمار مربوط به مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان از سال ۱۹۱۸ جمع آوری شده است که در آن زمان آمار مرگ و میر مادران ۳ برابر کشور سوئد گزارش شده است.

در مناطق شهری آلمان بین قرن ۱۷ تا ۱۹ این شاخص ۱۷۸۰ مورد در صدهزار تولد زنده گزارش شده است. بر اساس مطالعه انجام شده از هر ۲۰ نفر زن یکنفر در اثر عوارض بارداری و زایمان فوت می‌شده است.

کشورهای توسعه یافته در دهه ۱۹۷۰ به شاخص زیر ۵۰ مورد مرگ مادر در صدهزار تولد زنده دست یافتند. در همان زمان میزان مرگ و میر مادران در کشورهای اسکاندیناوی در مقایسه با سایر کشورها در کمترین حد یعنی ۱۰ مورد در صدهزار تولد زنده بود.

در حال حاضر در کشورهای آسیایی و افریقایی فقط ۱۰٪ جمعیت تحت پوشش برنامه‌های ثبت آماری می‌باشند و نیمی از کشورهای آمریکای لاتین نیز آمار قابل اعتمادی ندارند.

مرگ مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان، در کشورهای در حال توسعه بین ۶۰ تا ۴۵۶ در صدهزار تولد زنده متغیر است. در برخی از کشورهای کمتر توسعه یافته شاخص مرگ مادر حتی به ۵۰۰ مورد در صدهزار تولد زنده می‌رسد.

وضعیت کنونی کشورهای در حال توسعه، مشابه وضعیت کشورهایی مانند سوئد در قرون ۱۸ و ۱۹ می باشد. در کشورهای در حال توسعه تولد، سوء تغذیه و آنمی زیاد بوده و دسترسی به خدمات بهداشتی کمتر است.

بنابراین مطالعه وضعیت کشورهای توسعه یافته ای مانند سوئد در قرون ۱۸ و ۱۹ جهت دستیابی به هدف کاهش مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه بسیار مفید خواهد بود.

مراقبت مرگ مادران باردار در جهان

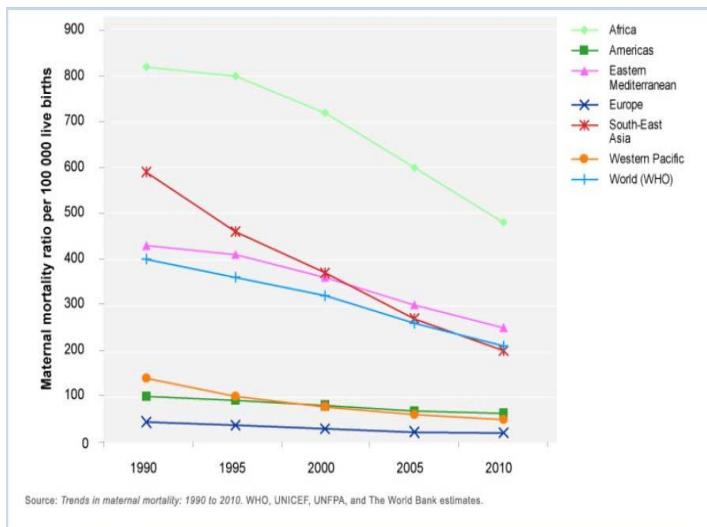
براساس اهداف توسعه هزاره نیبیت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۱۵ باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد. و براساس اهداف توسعه هزاره بعد از سال ۲۰۱۵ و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰ متوسط نسبت مرگ مادری (MMR) در جهان به کمتر از ۷۰ در صد هزار تولد زنده برسد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر جهانی نباشد. جهت دستیابی به این هدف در حال حاضر کشورهای مختلف بخصوص کشورهای در حال توسعه با چالش هایی همچون کمبود منابع و داده های قابل اعتبار و صحیح مواجه هستند. از سوی دیگر میزان مرگ و میر مادران یکی از شاخص های نظام بهداشتی درمانی است که شکاف وسیع بین کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته و همچنین شکاف بین طبقات مرفه و فقیر جامعه را بخوبی نشان می دهد. بطوریکه براساس بررسی های انجام گرفته توسط سازمان جهانی

بهداشت، در سال ۲۰۱۰، روزانه ۸۰۰ نفر از زنان باردار جان خود را بر اثر مشکلات و عوارض دوران بارداری (حین بارداری، حین زایمان و بعد از زایمان) در سراسر جهان از دست می‌دهند که این رقم در سال به ۲۸۷۰۰۰ نفر می‌رسد، و بطور خلاصه در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که ۴۴ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کمتر شده است. این در حالیست که با اقدامات ساده و تامین امکانات و تجهیزات اولیه می‌توان از بروز چنین مرگ‌هایی پیشگیری کرد. آمارها نشان می‌دهد که در سراسر جهان حجم عمدۀ ای از مرگ مادران در مناطق روستایی و فقری‌نشین بیشتر از مناطق شهری و مرفه می‌باشد.

۹۹ درصد مرگ و میر مادران در سراسر جهان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که از این بین میزان مرگ و میر در زنان با سنین پائین بیشتر از زنان در سنین بالا است. از سوی دیگر با اقدامات پیشگیرانه شاهد کاهش میزان مرگ و میر مادران از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در سراسر جهان بودیم. بطور کلی از میان ۸۰۰ مورد مرگ و میر مادران (روزانه) بیشتر آنها به علت خونریزی شدید بعد از زایمان و فشار خون بالا، مسمومیت حاملگی و سقط نایمن جان خود را از دست دادند.

از این تعداد، ۴۴۰ مورد مرگ در منطقه زیر صحراى آفریقا و ۲۳۰ مورد مرگ در جنوب آسیا رخ داده است. به عبارت دیگر خطر مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته ۲۵ بار بیشتر است.

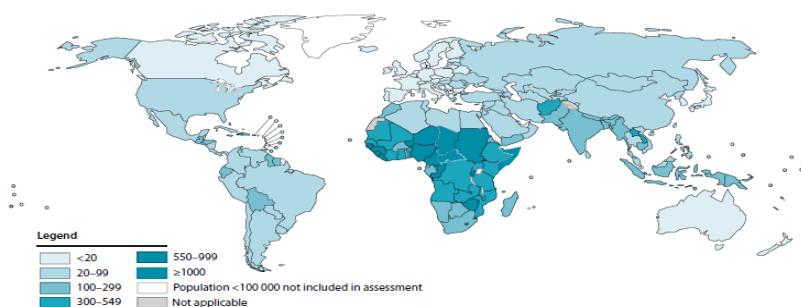
در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت نیز آمار نشان می دهد که در سال ۲۰۰۸ تعداد ۵۲۰۰۰ از زنان باردار و تعداد ۵۱۰۰۰ نفر از نوزادان جان خود را بر اثر مشکلات و عوارض مرتبط با حاملگی و زایمان از دست داده اند. در این منطقه ۵۰٪ نوزادان در مناطق دور از مراکز و تسهیلات زیمانی بدنیا آمدند. ۴۰٪ از نوزادان و مادران بدنیا آمده در این منطقه هیچگونه مراقبت دوران بارداری توسط پرسنل بهداشتی دریافت نکردند از سوی دیگر با توجه به آمار بالای مرگ و میر نوزادان نرخ باروری نیز در این منطقه نسبت به مناطق دیگر بالاست. (۴ نوزاد به ازای یک زن)



نمودار شماره (۱): مرگ و میر مادران باردار در مناطق مختلف سازمان
جهانی بهداشت، ۱۹۹۰-۲۰۱۰

نقشه کشورها براساس طبقه بندی نسبت مرگ و میر مادران باردار

Figure 1. Map with countries by category according to their maternal mortality ratio
(MMR, death per 100 000 live births), 2010



شکل شماره ۱

درصد (۲۸۴۰۰۰) از مرگ و میر مادران در سطح جهانی به کشورهای در حال توسعه اختصاص دارد (جدول شماره ۱) که بخش عمده‌ای از این تعداد به منطقه آفریقای زیرصحراء (۱۶۲۰۰۰) و جنوب آسیا (۸۳۰۰۰) تعلق دارد. این دو منطقه مجموعاً ۸۵ درصد از بار جهانی مرگ و میر مادران را به دوش می‌کشند. در صورتیکه سهم بار جهانی منطقه آفریقای زیرصحراء به تنها ۵۶ درصد می‌باشد.

میزان مرگ و میر مادران در کشورهای درحال توسعه (۲۴۰) ۱۵ برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته (۱۶) است (شکل شماره ۱). کشورهای آفریقای زیرصرا دارای بیشترین نسبت مرگ و میر مادران باردار (۵۰۰ در ۱۰۰ هزار تولد زنده) در مقایسه با کشورهای آسیای شرقی (۳۷ در ۱۰۰۰۰ تولد زنده) براساس هدف توسعه هزاره می باشد. میزان مرگ و میر مادران باردار براساس هدف توسعه هزاره در کشورهای درحال توسعه به ترتیب نزولی جنوب آسیا (۲۲۰)، اقیانوسیه (۲۰۰)، جنوب شرقی آسیا (۱۵۰)، آمریکای لاتین (۸۰)، شمال آفریقا (۷۸)، غرب آسیا (۷۱) و قفقاز و آسیای مرکزی (۴۶) می باشد. (شکل شماره ۱) ازبین کشورهای مناطق مذکور، یک سوم مرگ و میر مادران در سطح جهان به هندوستان با ۱۹ درصد (۴۰۰۰) و نیجریه با ۱۴ درصد (۵۶۰۰) اختصاص دارد.

بطورکلی تعداد مرگ میر مادران از سال ۱۹۹۰ (از ۵۴۳۰۰۰ مورد) تا سال ۲۰۱۰ (به ۲۸۷۰۰۰ مورد) کاهش یافته است. (جدول شماره ۱) بعلاوه این کاهش مرگ و میر جهانی از ۴۰۰ مورد مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۲۱۰ در سال ۲۰۱۰ رسیده است. (نمودار شماره ۲) متوسط این کاهش بطور سالانه ۳/۱ می باشد. اغلب کشورها به هدف کاهش میزان مرگ و میر مادران براساس اهداف توسعه هزاره بین سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۱۰ رسیده‌اند، که در این میان بیشترین کاهش در یک دوره ۲۰ ساله مربوط به شرق آسیا (۶۹٪)، آفریقای شمالی (۱۶٪)، جنوب آسیا (۶۴٪)، آفریقای زیرصرا (۴۱٪)، آمریکای لاتین و منطقه کارائیب (۴۱٪)، اقیانوسیه (۳۸٪) و نهایتاً آسیای مرکزی و قفقاز (۳۵٪) می باشد.

جدول شماره (۱): نسبت مرگ و میر مادران باردار در ۱۰۰ هزار تولد زنده براساس هدف توسعه هزاره ملل متعدد در سال ۲۰۱۰

Region	MMR ^a	Range of MMR uncertainty		Number of maternal deaths ^a	Lifetime risk of maternal death, ^a 1 in:
		Lower estimate	Upper estimate		
World	210	170	300	287 000	180
Developed regions ^b	16	14	18	2200	3800
Developing regions	240	190	330	284 000	150
Northern Africa ^c	78	52	120	2800	470
Sub-Saharan Africa ^d	500	400	750	162 000	39
Eastern Asia ^e	37	24	58	6400	1700
Eastern Asia excluding China	45	27	85	400	1500
Southern Asia ^f	220	150	310	83 000	160
Southern Asia excluding India	240	160	380	28 000	140
South-eastern Asia ^g	150	100	220	17 000	290
Western Asia ^h	71	48	110	3500	430
Caucasus and Central Asia ⁱ	46	37	62	750	850
Latin America and the Caribbean	80	68	99	8800	520
Latin America ^j	72	61	88	7400	580
Caribbean ^k	190	140	290	1400	220
Oceania	200	98	430	510	130

جدول شماره (۲): مقایسه نسبت مرگ و میر مادران بازدار در ۱۰۰ هزار تولد زنده براساس هدف

توسعه هزاره سوم ۱۹۹۰-۲۰۱۰

Region	1990 ^a		2010 ^a		% change in MMR between 1990 and 2010 ^a	Average annual % change in MMR between 1990 and 2010 ^a
	MMR	Maternal deaths	MMR	Maternal deaths		
World	400	543 000	210	287 000	-47	-3.1
Developed regions ^b	26	4000	16	2200	-39	-2.5
Developing regions	440	539 000	240	284 000	-47	-3.1
Northern Africa ^c	230	8500	78	2800	-66	-5.3
Sub-Saharan Africa ^d	850	192 000	500	162 000	-41	-2.6
Eastern Asia ^e	120	30 000	37	6400	-69	-5.7
Eastern Asia excluding China	53	610	45	400	-15	-0.8
Southern Asia ^f	590	233 000	220	83 000	-64	-4.9
Southern Asia excluding India	590	70 000	240	28 000	-59	-4.4
South-eastern Asia ^g	410	50 000	150	17 000	-63	-4.9
Western Asia ^h	170	7000	71	3500	-57	-4.2
Caucasus and Central Asia ⁱ	71	1400	46	750	-35	-2.1
Latin America and the Caribbean	140	16 000	80	8800	-41	-2.6
Latin America ^j	130	14 000	72	7400	-43	-2.8
Caribbean ^k	280	2300	190	1400	-30	-1.8
Oceania ^l	320	620	200	510	-38	-2.4

بین سال های ۲۰۱۰ - ۱۹۹۰ حدود ۱۵۴ کشور مرگ مادر را کاهش داده اند. این در حالی است که مرگ مادر در ۲۶ کشور جهان با افزایش همراه بوده است. تا سال ۲۰۱۰ میلادی ده کشور جهان به کاهش ۷۵ درصدی موارد مرگ مادر دست یافته اند. این کشورها عبارتند از: استونی (۹۵٪)، مالدیو (۹۳٪)، بلاروس (۸۸٪)، رومانی (۸۴٪)، بوتان (۸۲٪)، گینه استوایی (۸۱٪)، ایران (۸۱٪)، لیتوانی (۷۸٪)، نپال (۷۸٪)، ویتنام (۷۶٪).

در سال ۲۰۱۰ (۱۳۸۹) سالانه ۲۸۷۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که نسبت به سال ۱۹۹۰ درصد کاهش آن ۴۷ درصد می باشد. پر واضح است که دستیابی به کاهش ۷۵ درصدی مرگ و میر مادران براساس اهداف MDG تا پایان سال ۲۰۱۵ دور از انتظار خواهد بود. براساس این گزارش ۹۹ درصد مرگ ها در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد، ۵۶٪ درصد مرگ ها در منطقه افریقای زیر صحرا و ۲۹٪ در جنوب آسیا رخ می دهد. ۱۰ کشور زیر حدود ۶۰ درصد مرگ ها را به خود اختصاص داده اند: افغانستان، بنگلادش، کنگو، اتیوپی، هند، اندونزی، نیجریه، پاکستان، سودان، تانزانیا و یک سوم موارد مرگ مادران در دو کشور هندوستان و نیجریه اتفاق میافتد (WHO, ۲۰۱۲).

(Lifetime risk of maternal mortality) در بین ۱۷۲ کشور بررسی شده در سال ۲۰۰۸ میلادی بیشترین مقدار در کشور افغانستان ۱ در ۱۱ مورد گزارش شده است. در بین مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت کمترین میزان ۱ در ۴۳۰۰ در مناطق توسعه یافته گزارش شده است.

این شاخص در کشور ایران به میزان ۱ در ۱۵۰۰ گزارش شده است. جدول زیر خلاصه شاخص های مرگ مادری در برخی مناطق و کشورها را نشان میدهد.

جدول شماره (۳): برآورد شاخص های مرگ مادری در جهان، مناطق و کشورهای منتخب

در سال (WHO) ۲۰۰۸

کشور	میزان مرگ مادری MMR	خطر مرگ مادری در طول زندگی	فرآوانی مرگ مادر	نسبت مرگ مادری به کل مرگ زنان ۱۵-۴۹ سال (PMDF)
جهان	۲۶۰	۱۴۰	۳۵۸۰۰۰	
آسیا	۱۹۰	۲۲۰	۱۳۹۰۰۰	
غرب آسیا	۶۸	۴۶۰	۳۳۰۰	
کشورهای در حال توسعه	۲۹۰	۱۲۰	۳۰۰۰۰۰	
کشورهای توسعه یافته	۱۴	۴۳۰۰	۱۷۰۰	
ایران	۳۰	۱۰۰	۴۲۰	۱/۹
کویت	۹	۴۵۰۰	۵	۱/۴
ارمنستان	۲۹	۱۹۰۰	۴	۱/۴
ترکیه	۲۳	۱۹۰۰	۳۱۰	۱/۸
پاکستان	۲۶۰	۹۳	۱۴۰۰۰	۱۲/۸
آذربایجان	۳۸	۱۲۰۰	۶۳	۱/۶

مراقبت مرگ مادران در دوران بارداری در منطقه مدیترانه شرقی

در سال ۲۰۰۵ متوسط نسبت مرگ و میر مادران باردار (MMR) در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) ۳۷۷ در ۱۰۰ هزار تولد زنده بود که در مقایسه با سال ۱۹۹۰ (۴۶۵ در ۱۰۰ هزار تولد زنده) ۱۸/۹ درصد کاهش میزان مرگ و میر مادران باردار را نشان میدهد، که اگر این روند کاهش در سال های آینده نیز ادامه می یافت انتظار می رفت این میزان به حدود ۳۰۰ در ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۵ برسد در حالیکه هدف توسعه هزاره در سال ۲۰۱۵ میزان مرگ و میر مادران باردار را ۱۱۶ در ۱۰۰ هزار تولد زنده تعیین کرده بود. (۷۵ درصد کمتر از میزان سال ۱۹۹۰) با این حال تغییرات بزرگی در میزان مرگ و میر مادران در بین کشورهای منطقه وجود دارد، به عبارتی دامنه این تغییرات از صفر در بحرین تا ۱۶۰۰ در افغانستان و سومالی بوده است. براساس اهداف توسعه پایدار و بر طبق آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت بعد از سال ۲۰۱۵، 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.

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

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

کشورهای این منطقه (EMRO) به ۴ دسته زیر تقسیم می شوند:

- ✓ گروه اول کشورهایی که میزان مرگ و میر مادران باردار کمتر از ۱۰۰ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده می باشد، در این گروه ۱۴ کشور از جمله بحرین، مصر، ایران، اردن، کویت، لبنان، لیبی، عمان، فلسطین، قطر، عربستان، سوریه، تونس و امارات متحده عربی قرار دارد.
- ✓ گروه دوم شامل کشورهایی است که دامنه مرگ و میر مادران از ۲۰۰ تا ۴۰۰ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده می باشد، در این گروه کشورهای مراکش، عراق، پاکستان و یمن قرار دارد.
- ✓ گروه سوم شامل کشورهایی است که دامنه مرگ و میر آنها ۵۰۰ تا ۶۰۰ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده می باشد، در این گروه کشورهایی از قبیل سودان و جیبوتی قرار دارد.
- ✓ گروه چهارم شامل کشورهایی است که مرگ و میر آنها حدود ۱۶۰۰ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده می باشد، در این گروه کشورهای افغانستان و سومالی قرار دارد. (جدول شماره ۴)

**جدول شماره (۴) : روند پیشرفت دستیابی به هدف پنجم توسعه هزاره در منطقه
مدیترانه شرقی (EMRO)**

Country	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)			
	1990	2000	2005	2015
Afghanistan	1700	1600	1600	425
Bahrain	60	20	0	15
Djibouti	740	546	546	185
Egypt	174	68	63	44
Islamic Republic of Iran	91	37	37	23
Iraq	117	294	294	29
Jordan	80	41	41	20
Kuwait	11	7	4	3
Lebanon	150	104	88	38
Libyan Arab Jamahiriya	60	40	40	15
Morocco	500	228	227	125
Oman	190	38	15	48
Pakistan	450	350	350	113
Palestine	90	21	11	23
Qatar	9	0	22	2
Saudi Arabia	41	18	12	10
Somalia	1600	1600	1600	400
Sudan	660	509	509	165
Syrian Arab Republic	143	65	58	36
Tunisia	80	45	45	20
United Arab Emirates	5	0	1	1
Yemen	1400	366	366	350
Region	465	395	377	116

مرگ مادران باردار در ایوان و جایگاه آن در منطقه مدیترانه شرقی

براساس اهداف توسعه هزاره، کشورهای جهان متعهد شدند که از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ میزان مرگ و میر مادران را کاهش دهند. بطوریکه از آن زمان تاکنون این میزان ۴۷٪ کاهش را نشان می دهد و در حال حاضر این میزان کاهش مرگ و میر سالانه مادران به ۳/۱٪ می رسد که کمتر از میزان مورد توافق اهداف توسعه هزاره (۵/۵٪) می باشد.

براساس گزارش سال ۲۰۱۲ سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰ ایران در بین کشورهای جهان و همچنین در منطقه مدیترانه شرقی یکی از کشورهایی است که دارای کمترین نسبت مرگ و میر مادران باردار به ازاء ۱۰۰ هزار تولد زنده (۹۹-۳۰) می باشد. از سوی دیگر با بررسی نمودار روند نسبت مرگ و میر مادران باردار در ۲۰ سال اخیر از سال ۱۹۹۰-۲۰۱۰ می توان گفت که این نسبت سیر نزولی داشته، بطوریکه در سال ۱۹۹۰ نسبت مذکور از ۱۲۰ به ۲۱ مورد مرگ مادر باردار به ازاء ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۰ رسیده است. بعارت دیگر با اجرای برنامه های مبتنی بر سلامت مادر و انجام اقدامات مراقبت از مادران باردار و پوشش بسیار مطلوب مراکز ارایه خدمات بهداشتی درمانی در نتیجه برخورداری از راه های ارتباطی مناسب، ایران در این مدت توانسته است به موفقیت چشمگیری در زمینه کاهش این شاخص مهم و حیاتی دست یابد (۸۲.۵٪). این پیشرفت و موفقیت حاصل تلاش و پشتکار سازمان ها و کارکنان مرتبط با امر سلامت مادران باردار و سایر سازمان ها بوده و امید است با روند رو به رشد و بهبود استانداردهای کشوری بیش از پیش به اهداف توسعه هزاره در زمینه کاهش مرگ و میر مادران باردار دست یابیم.

مراقبت مادران باردار در ایران

تاریخچه

مروری بر سابقه ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور نشان میدهد مراقبت مادران باردار از چندین دهه قبل در کشور ما شروع و بطور پراکنده و مقطعی اقدام های متعددی در این زمینه انجام شده است که به اهم برنامه های اجرا شده در سال های گذشته، به اختصار اشاره میشود.

برنامه بهداشت مادر و کودک در ایران با فعالیت آموزشگاه عالی مامایی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۸ آغاز شد. سپس در سال ۱۳۱۹ بنگاه حمایت مادران و کودکان با هدف رفع نیازمندی های زنان باردار و بی بضاعت از طریق معالجه های سرپایی قبل از زایمان و بستری کردن آنان برای زایمان و دوره نقاوت تاسیس شد. در ابتدا فعالیت اصلی این بنگاه، زایمان در زایشگاه بود و سپس در اوائل سال ۱۳۲۶ زایمان و مراقبت از مادر و نوزاد در منزل نیز بر فعالیت آن اضافه شد. همزمان با آن، بنگاه خواجه نوری تاسیس و ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک را شروع کرد. این بنگاه وابسته به وزارت بهداری بود که به سازمان مشترک مادر و کودک تبدیل شد. در سال ۱۳۲۰ به علت شیوع قابل ملاحظه سیفلیس در ایران و وجود سایر بیماریهای آمیزشی، مبارزه با این بیماریها شروع شد و قانونی جهت اجرای آن از مجلس شورای ملی گذشت که به علت کمبود اعتبار فقط در تهران قابل اجرا بود. در سال ۱۳۳۱ برای دریافت کمک های سازمان بهداشت جهانی در این زمینه، قراردادی بین دولت ایران و این سازمان منعقد شد. سرانجام این برنامه در سال ۱۳۳۴ ابتدا در تهران و سپس در سایر شهرستانها ادامه پیدا کرد. یکی از عملیات مبارزه با بیماریهای آمیزشی، معاینه زنان باردار برای جلوگیری از سرایت بیماری به نوزادان بود. بدین منظور زنان باردار در هر ۱۵ روز یکبار معاینه شده و مبتلایان تحت درمان قرار می

گرفتند. در ضمن صدور گواهی تقدیرستی قبل از ازدواج اجباری و مبتلایان از اخذ

گواهی تقدیرستی تا بهبودی کامل محروم می شدند.

در آن سال ها سلامت مادران همواره به منظور تامین سلامت نوزادان مورد توجه

بود و سلامت کودکان یکی از مهمترین هدف های بهداشت عمومی محسوب می شد.

طبق گزارش فعالیتها و عملکرد وزارت بهداری در سال ۱۳۳۵، اداره بهداشت مادران

و کودکان زیر نظر اداره کل بهداشت فعالیت می کرد.

برنامه هایی که در این راستا در مراکز بهداشتی آن زمان ارائه می شد بطور خلاصه

عبارت بودند از :

✓ بهداشت قبل و بعد از زایمان، بهداشت کودکان سالم، واکسیناسیون،

بازدید منازل، آموزش بهداشت به مادران درباره تغذیه و مراقبت از

کودک، توزیع شیر و ویتامین ها

مراقبت های بهداشتی مادران از سال ۱۳۴۱ تا سال ۱۳۵۷ طی سه دوره برنامه های

عمرانی سوم، چهارم و پنجم به شرح زیر در کشور ارائه شده است:

طی برنامه عمرانی سوم (۱۳۴۶ - ۱۳۴۱) قانون تشکیل سپاه بهداشت در اردیبهشت

ماه ۱۳۴۳ به تصویب رسید و اولین گروه در زمستان همان سال به روستاهای کشور

اعزام شدند و یکی از وظایف آنان انجام مراقبت های بهداشتی مادران و کودکان بود.

سپاه بهداشت بعد از هشت سال فعالیت به علیه مثل موقتی و کوتاه بودن مدت

خدمت وظیفه، توجه و تمرکز بیشتر به خدمات درمانی و عدم توسعه شبکه های

بهداشتی درمانی در سطح روستا جوابگوی نیازهای بهداشتی درمانی مناطق

روستایی کشور نبود.

در این دوران به دنبال اقدام هایی که در سطح کشور در مورد بهداشت مادر و

کودک انجام شد، ۵۰ کلینیک مادر و کودک در کشور احداث گردید که به امر

درمان، مراقبت و آموزش زنان و واکسیناسیون می پرداختند. همزمان با احداث این

کلینیک ها در مرکز هر استان، سرویس های سیار زایمان در منزل تاسیس و برای ماماهای محلی نیز کلاسهای آموزشی برگزار و لوازم مورد نیاز به آنان تحویل شد. در این دوران همچنین برای پیشبرد هدف های بهداشتی درمانی، برحسب شرایط، گروه های مختلفی درکشور تربیت شده اند مثل کمک پزشک، بهیار، کمک بهیار و ماماهای روستایی و عشايری.

در برنامه عمرانی چهارم (۱۳۴۷-۱۳۵۱) با توجه به کمبود سیار شدید کادر مامائی کشور، وزارت بهداری در سال ۱۳۴۸ طرح تربیت ماماهای روستایی وعشایری را تصویب کرد. کلاس های آموزشی این گروه ابتدا چهارماهه و سپس نه ماهه و شرایط ورود به آن داشتن سوادی در حد ششم ابتدایی بود. تا پایان سال ۱۳۵۱ حدود ۴۱۱ نفر مامای روستایی و عشايری تربیت شده بودند که تعدادی از آنان به علت سکونت در شهر از فعالیت امتناع کردند. نتیجه بررسی طرح فوق در سال ۱۳۵۱ حاکی از آن بود که این برنامه به علت فقدان شبکه یا سازمانی که ماماهای تربیت شده را سرپرستی کرده و نیازهای مالی آنان را برآورده، مورد بهره برداری کامل قرار نگرفت. از دیگر فعالیتهای بهداشتی درمانی در برنامه چهارم، احداث درمانگاههای روستایی برای ارائه خدمات به صورت نیمه سیاری توسط وزارت بهداری بود. پزشک، ماما، متصدی بهداشت و تنظیم خانواده از کارکنان شاغل در این درمانگاهها بودند.

از فعالیت های عمده در برنامه عمرانی پنجم (۱۳۵۲-۱۳۵۶)، برای تامین سلامت مادر و کودک میتوان به معاینه منظم زنان باردار به منظور تشخیص رشد طبیعی جنین و سلامت زن آبستن و در صورت لزوم انجام زایمان در منزل و نیز معاینه کودکان صفر تا دو سال اشاره کرد.

یکی از بررسی های انجام شده در آن دوران که تا حدی وضع موجود و نحوه ارائه خدمات را نشان میدهد طرح بررسی نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در آذربایجان غربی است که آغازی بود برای ارائه خدمات در روستاهای توسط افراد پیراپزشک، این طرح در اسفند ۱۳۵۰ با همکاری سازمان بهداشت جهانی، وزارت

بهداری، سازمان خدمات اجتماعی، دانشکده بهداشت و انسیتیو تحقیقات بهداشتی و سازمان برنامه در آذربایجان غربی به اجرا درآمد. (این استان در بین ۲۳ استان آن زمان درسطح متوسطی قرارداشت). در طرح مذکور، تربیت عوامل غیرپژشک به نام بهورز و بهداشتیار برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه درخانه های بهداشت پیش بینی شده بود:

یک بهورز می بایست کلیه موارد خونریزی، مرگ جنین، اختلال فشار خون، ورم قوزک پا، اختلال دید، سرگیجه، درد زیرشکم و یا هر علتی را که نیازمند مراقبت ویژه بود سریع ارجاع می داد.

بررسی وضعیت موجود در منطقه مورد بررسی قبل از طرح مذکور نشان داد با وجود تاسیس مراکز متعدد و ارائه خدمات به مادران، اکثریت قریب به اتفاق زنان باردار به مراقبت های قبل، حین و پس از زایمان و مامائی که به حداقل وسائل لازم مجهز باشد، دسترسی نداشتند. نتایج بررسی وضع موجود در شروع اجرای پروژه نشان میداد، از کل مادران باردار نیازمند مراقبت های قبل از زایمان، تعداد مادرانی که با استفاده از مراکز بهداشت وزارت بهداری از پوشش کامل بهداشتی برخوردار بودند به ۲ درصد وکسانی که پوشش نسبی داشتند به یک درصد هم نمی رسید. به عبارت دیگر حدود ۹۷ درصد مادران باردار در جامعه مورد بررسی در عمل از هیچگونه پوشش بهداشتی درمانی بهرهمند نبودند. براساس نتایج اجرای این پروژه پوشش مراقبت های دوران بارداری طی سالهای اجرای طرح به شرح زیر افزایش یافت :

سال	پوشش مراقبت بارداری
۱۳۵۱	۱ درصد
۱۳۵۳-۵۴	۳۵ درصد
۱۳۵۴-۵۵	۵۴ درصد
۱۳۵۵-۵۶	۸۹ درصد
۱۳۵۶-۵۷	۹۸ درصد

لازم به ذکر است که زایمان جزء وظایف بهورزان نبود و در برخی روستاهای به وسیله ماماهای سنتی مسنی انجام می شد که دوره‌های کوتاه مدتی را گذرانده و به آنان کیف ماماگی اهدایی یونیسف داده شده بود. بعد از توقف برنامه تربیت ماما روستایی، ماماهای سنتی تنها افرادی بودند که در امر زایمان فعالیت داشتند.

همانطور که ملاحظه شد، در سال‌های قبل از پیروزی انقلاب اسلامی ایران سازمان‌های متعددی مثل وزارت بهداشت، سپاه بهداشت، سازمان شیر و خورشید، سازمان خدمات اجتماعی، سازمان خیریه و دانشکده‌های پزشکی مسئول ارائه خدمات بهداشتی درمانی بودند و این خدمات از طریق مجموعه‌ای از درمانگاه‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌های وابسته به سازمان‌های مذکور و بنگاه حمایت از مادران و نوزادان بطور پراکنده ارائه می شد. بررسی‌های به عمل آمده نشان می دهد که این خدمات پوشش بسیار کمی در سطح کشور به خصوص مناطق روستایی داشتند و مهمتر از آن نیز استمرار زمانی از نظر کیفی، نتایج ارزشیابی برنامه‌های بهداشت مادران مربوط به آن دوران در دسترس نیست و یا انجام نشده است.

دوران بعد از انقلاب اسلامی

۱. از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۷

پس از انقلاب اسلامی، در طی ۳ سال شبکه های بهداشتی درمانی کشور برمبنای نتایج طرح آذربایجان غربی و در راستای تفکر مراقبت های اولیه بهداشتی طراحی و در کشور پیاده شد. در این نظام، برنامه بهداشت مادر و کودک یکی از اجزای مهم نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور محسوب شده و از آن پس خدمات مربوطه از طریق مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی، پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت ارائه شده است.

بخش عمده مراقبت هایی که در این مراکز از مادر به عمل می آمد، همان مراقبت هایی بود که در ابتدای تربیت بهورزان در سال ۱۳۵۱ پیش بینی شده بود همراه با تغییر و اصلاحی که به مرور اعمال شد، از قبیل:

- ✓ درخواست آزمایش های تشخیصی لازم
- ✓ افزایش نوبت های مراقبت
- ✓ راهنمایی های لازم برای دسترسی به زایمان سالم، ثبت روند و نتیجه زایمان در پرونده مادر
- ✓ تجویز و ارائه قرص آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک طبق دستور عمل
- ✓ انجام مراقبت های بعد از زایمان (۱۰ و ۴۰ روز بعد از زایمان)
- ✓ ۳ بار مراقبت های دندانپزشکی در طول دوران بارداری

همزمان با توسعه واحد های فوق و تربیت بهورز، تربیت سایر نیروهای انسانی نیز پیش بینی و اجرا می شد، مثل تربیت کارдан های بهداشت خانواده و ماماهای محلی

برنامه اول و دوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور (۱۳۶۸-۱۳۷۷)

در طی این دوره مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد نیاز جهت سلامت مادران با هدف کلی تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران در دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان ارائه شد.

- برای دستیابی به هدف فوق ضمن توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی در کشور برنامه‌های زیر در کلیه سطوح ارائه خدمت، ارائه شد:
- ۱- ارائه مراقبت‌های دوران بارداری و بعد از زایمان
 - ۲- انجام زایمان ایمن و بهداشتی از طریق تربیت ماماهای روستایی (برای انجام زایمان بهداشتی در منزل) و راهاندازی واحدهای تسهیلات زایمانی
 - ۳- شناسایی و ارجاع مادران و نوزادان در معرض خطر
 - ۴- آموزش کارکنان و آموزش همگانی
 - ۵- اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و توسعه آن در سطح کشور
 - ۶- پیشنهاد قوانین و مقررات به منظور ارتقاء سطح سلامت مادر و نوزاد
 - ۷- الزام مشاوره ژنتیک، بررسی از نظر تالاسمی و تزریق واکسن کزان قبل از بارداری

در طی این دو برنامه به منظور بهبود دسترسی مادران به خدمات زایمانی در مناطق روستایی و دورافتاده کشور، اجرای دو طرح احداث و راه اندازی واحدهای تسهیلات زایمانی و تربیت ماماروستا با هدف کاهش میزان مرگ و میر مادران در اثرعوارض ناشی از بارداری و زایمان اجرا شد.

برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور (۱۳۷۸-۱۳۸۲)

در برنامه سوم توسعه کاهش مرگ و میر مادران، در ذیل سیاست استمرار تحدید موالید، کماکان مورد تأکید قرار گرفت. به منظور دستیابی موثر به این مهم، از ابتدای سال ۱۳۷۸، برنامه ریزی استراتژیک با هدف بهبود و اصلاح برنامه کشوری سلامت مادران و به منظور اعتلای بیش از پیش سلامت مادران کشور و کاهش

مرگ و میر آنان در اداره سلامت مادران آغاز شد. در ابتدا تحلیلی از وضعیت موجود و بررسی تاریخچه برنامه به عمل آمد. نتایج بررسی نشان داد که علیرغم دستاوردهایی که برنامه داشته است نقاط ضعف و تهدید های زیر در برنامه وجود دارد:

- ✓ فقدان پروتکلهای استاندارد جهت مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در کلیه سطوح ارایه خدمت
- ✓ فقدان پروتکل های استاندارد جهت مادران در معرض خطر «مراقبت ویژه»
- ✓ به روز نبودن استانداردهای موجود برنامه
- ✓ پایین بودن سطح مداخله پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در ارایه خدمات مادران
- ✓ توجه کم به سلامت جنین و نوزاد در برنامه
- ✓ توجه کم به ناتوانیهای ناشی از عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان (موربیدیتی)
- ✓ پایین بودن کیفیت خدمات زایمانی و پس از زایمان در بیمارستان ها و زایشگاه ها
- ✓ ضعف مهارت فنی و آگاهی ارایه دهنده های خدمات مادران
- ✓ پایین بودن کیفیت خدمات خارج بیمارستانی
- ✓ فقدان نظام پایش و ارزشیابی جامع در برنامه
- ✓ پایین بودن پوشش خدمات پس از زایمان
- ✓ فقدان یک ارتباط کارآمد بین سطوح ارایه دهنده خدمت
- ✓ عدم موفقیت طرح تربیت ماما روستا و تسهیلات زایمانی به میزان مورد انتظار
- ✓ فقدان یک نظام مراقبت جهت گزارش و بررسی مرگ مادران
- ✓ حساس نبودن مدیران و کارکنان ارایه دهنده خدمت نسبت به تراژدی مرگ مادر

با توجه به یافته های فوق ضرورت بازنگری و اصلاح برنامه سلامت مادران کشور تقویت شد و با طراحی الگویی برای انجام برنامه ریزی استراتژیک، کار به صورت جدی آغاز و در طول برنامه سوم توسعه استمرار یافت. دستآوردهای ناشی از اجرای برنامه ریزی استراتژیک در اداره سلامت مادران به شرح زیر است:

۱. مراقبت های ادغام یافته مادری اینم «ماما»
۲. طراحی و راه اندازی نظام کشوری مراقبت از مرگ مادری
۳. اصلاح معیارهای تربیت عامل زایمان در مناطق محروم و دورافتاده
۴. استانداردسازی پروتکل های تخصصی ارایه خدمات به مادران در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح بیمارستانی و برای متخصصان و سایر کارکنان ذیربسط در قالب نهضت بیمارستان های دوستدار مادر

موقعیت برنامه سلامت مادران در نظام برنامه ریزی کشور

بهبود وضعیت سلامت مادران یکی از اهداف مهم توسعه هزاره سازمان ملل است. با توجه به این که دوران بارداری از حساس ترین دوره های زندگی زنان بوده و بیشتر مرگ هایی که در این دوران یا حین زایمان اتفاق می افتدند قابل پیشگیری هستند ارائه مراقبت های بهداشتی دوران بارداری و پس از آن یکی از راهکارهای اساسی در ارتقاء سلامت مادران و پیشگیری از مرگ و میر آنان می باشد. در ایران مراقبت های بهداشتی از مادران در روستاهای از طریق نظام شبکه بهداشتی و خانه های بهداشت ارایه می شوند. به گونه ای که شاخص های برنامه سلامت مادران مبین پوشش مراقبت های بارداری تا ۸۰ درصد، زایمان اینم تا حدود ۸۵ درصد و مراقبت های پس از زایمان تا ۳۰ درصد می باشد. با بهبود شاخص دسترسی به خدمات، ارتقاء کیفی خدمات از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان ضروری بود.

جدول شماره (۵): شاخصهای هدف برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی جمهوری اسلامی ایران

ردیف	نام شاخص	هدف برنامه	چهارم
۱	پوشش مراقبت های دوران بارداری (حداقل ۶ بار مراقبت)	%۹۸	
۲	پوشش زایمان ایمن	%۹۸	
۳	پوشش مراقبت های پس از زایمان (حداقل ۲ بار)	%۹۸	
۴	نسبت مرگ و میر مادران باردار	۰ درصد تولد زنده	در صدهزار تولد

جدول شماره (۶): شاخصهای هدف برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی جمهوری اسلامی ایران

ردیف	نام شاخص	هدف برنامه پنجم
۱	کاهش میانگین وزنی میزان مرگ و میر مادران باردار در ۸٪/۲۰ استان اول (بالاترین میزان مرگ)	کاهش میانگین وزنی میزان مرگ و میر مادران باردار در ۸٪/۲۰ تا پایان برنامه
۲	نسبت مرگ و میر مادران باردار	۰ درصد تولد زنده

جدول شماره (۷): شاخصهای هدف برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی جمهوری اسلامی ایران

ردیف	نام شاخص	هدف برنامه ششم
۱	کاهش نسبت مرگ و میر مادر باردار	۱۵ درصد تولد
۲	کاهش عوارض ناشی از بارداری و سقط و زایمان	۵ در هزار تولد زنده
۳	-	افزایش زایمان ایمن

هدف راهبردی: کاهش نسبت مرگ و میر مادران به ۱۵ درصد هزار تولد زنده تا پایان برنامه		
راهبرد	پروژه	معاونت
توسعه کمی و کیفی مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران به بخش خصوصی به میزان ۱۰ درصد	توسعه مراقبت های پیش از بارداری به میزان ۷۰ درصد	بهداشت
	تعیین مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران به بخش خصوصی به میزان ۱۰ درصد	بهداشت
	توسعه برنامه بیمارستان دوستدار مادر (بطور متوسط در هر دانشگاه دو بیمارستان)	درمان
	توسعه زایمان فیزیولوژیک و روش های کاهش درد و بی دردی داروئی و غیر داروئی به منظور کاهش شاخص سازارین (توانمندسازی ماما ها در زمینه انجام زایمان فیزیولوژیک)	بهداشت و درمان
	بورسی مرگ و میر مادران (راموس) با استفاده از اطلاعات مرحله آزمایشی سرشماری عمومی نفوس و مسکن	بهداشت
	طراحی نظام مراقبت عوارض شدید ناشی از بارداری و زایمان (نظام موربیدیتی)	درمان

بهداشت و درمان	طراحی نظام اطلاعاتی پیگیری مادران پرخطر	بهبود فرایند انجام زایمان
درمان	طراحی الگوی مدیریت خطر در فرایند زایمان	
درمان	استاندارد سازی فرایندهای ارائه خدمت در اتاق زایمان	
درمان	ایجاد سازو کار لازم جهت مصرف منطقی خون و فراورده های خونی در بخش مامایی	
درمان	استقرار سیستم گزارش دهی خطاهای پزشکی	
درمان	طراحی الگوی مدیریت رسیک برای پیشگیری از بروز عوارض در حین بارداری و زایمان	
درمان و آموزش	اجرای دوره های آموزشی جهت توانمندسازی ارائه دهنده گان خدمت درخصوص پیشگیری از عوارض مادران باردار طی بارداری و زایمان	

موافقت مرگ مادران باردار در کشور و روند آن در گذر زمان

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، از جمله ده کشوری که توانسته اند در سطح جهان قبل از سال ۲۰۱۵ به هدف پنجم توسعه هزاره سوم بررسند ایران است که موارد مرگ مادری با کاهش ۸۰ درصدی توانسته مرگ مادر را به ۱۹/۷ دریکصد هزار تولد زنده در سال ۹۲ برساند (نمودار شماره ۲ و جدول شماره ۸).

جدول شماره(۸)؛ خلاصه وضعیت مرگ مادران باردار در ایران در طی دو دهه (۱۹۹۰-۲۰۱۰)

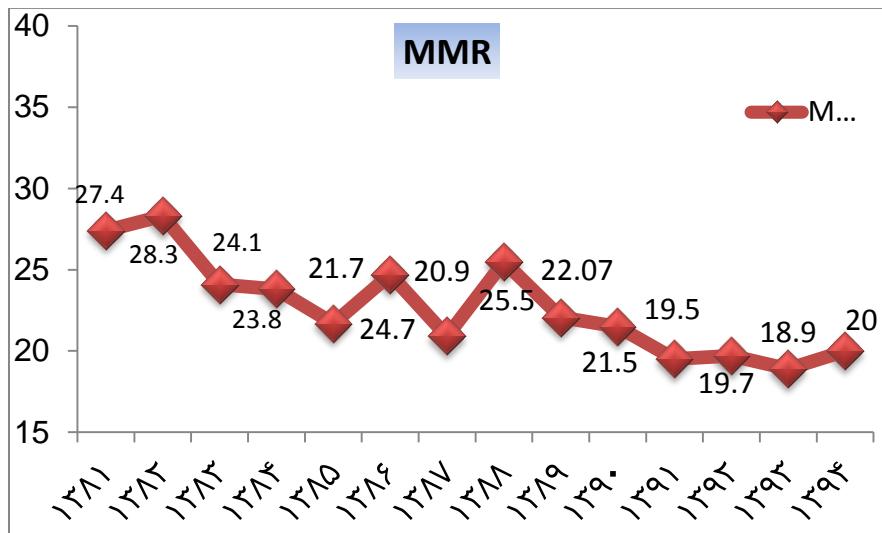
Year	<i>Maternal mortality ratio (MMR)</i>	<i>Maternal deaths</i>	<i>Live births^a</i>	<i>Proportion of maternal deaths among deaths of females of reproductive age (PM)</i>	<i>Lifetime risk of maternal death</i>			
				<i>Per 100,000 live births (lb)</i>	<i>Numbers</i>	<i>Thousands</i>	<i>Per cent</i>	<i>1 in</i>
۲۰۱۰	۲۱ (۱۵-۳۰)	۲۷۰ (۱۸۰-۳۹۰)	۱,۲۶۰	۱.۳ (۰.۹-۱.۹)	۲۴..			
۲۰۰۵	۳۰ (۲۱-۴۲)	۳۷۰ (۲۶۰-۵۴۰)	۱,۲۳۹	۱.۵ (۱.۰-۲.۱)	۱۶..			
۲۰۰۰	۴۸ (۳۴-۷۰)	۶۰۰ (۴۲۰-۸۸۰)	۱,۲۴۷	۴.۰ (۱.۴-۲.۹)	۸۵..			
۱۹۹۵	۷۲ (۵۱-۱۱۰)	۱,۱۰۰ (۷۴۰-۱,۶۰۰)	۱,۴۶۷	۲.۶ (۲.۵-۵.۲)	۴۰..			
۱۹۹۰	۱۲۰ (۷۹-۱۷۰)	۲,۱۰۰ (۱,۴۰۰-۲,۱۰۰)	۱,۸۱۴	۶.۸ (۴.۷-۱۰.۲)	۱۷..			

براساس مطالعه مرگ سنین باروری (Reproductive Age Mortality Survey, RAMOS) ۳۸۲ مادر در طی سال ۱۳۷۵ در سطح کشور به علت عوارض مستقیم بارداری و زایمان فوت نموده بودند که شایعترین علل مرگ در این سال خونریزی، اکلامپسی، بیماری‌های قلبی، عروقی و عفونت‌های پس از زایمان بوده است. موارد خونریزی منجر به مرگ بطور عمدۀ حین یا پس از زایمان اتفاق افتاده است. و در گزارش‌های سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴ خونریزی، عفونت، بیماری قلبی درمان نشده، علت عمدۀ مرگ مادران بوده است.

تعداد موارد مرگ مادری گزارش شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از سال ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹ ، ۷۵۸ مورد است که در مقایسه با موارد مرگ سال ۱۳۷۵ (۳۸۲) مورد) به مراتب کمتر است. این مساله نشان می‌دهد که در نظام گزارش دهی مرگ مادران، ممکن است کم شماری وجود داشته باشد، اما علل مرگ با نتایج مطالعه RAMOS همخوانی دارد. از مهمترین موارد کم شماری under reporting) مرگ مادر می‌توان به مرگ در اوایل دوره بارداری، مرگ اواخر Post partum ، مرگ در سنین بسیار پایین و بسیار بالا ، مرگ به علل دیگر طبی و missed شدن مرگ مادر اشاره کرد که میتوانند ناشی از دانش ناکافی در مورد اصول کدگذاری، احتراز از پاسخگویی به مراجع قانونی از جمله قضایی (مثل مرگ‌های ناشی از سقط‌ها) باشند.

میزان کاهش مرگ مادری در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ الی ۱۳۸۱ در حدود ۲۰ درصد بود که این کاهش در طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۲ فقط ۱۰ درصد بوده است.

نمودار شماره (۲): نسبت مرگ مادران در کشور بر اساس نظام مراقبت مرگ مادر



**جدول شماره(۹): تعداد و نسبت مرگ مادران در کشور بر اساس داده های نظام کشوری
موافقیت مرگ مادری، ۱۳۸۱-۱۳۹۴**

نسبت مرگ مادران در صدهزار تولد زنده	تعداد مرگ مادران گزارش شده (مطابق با تعریف)	سال
۲۷/۴	۳۰۸	۱۳۸۱
۲۸/۳	۳۳۲	۱۳۸۲
۲۶/۱	۲۷۸	۱۳۸۳
۲۳/۸	۲۹۵	۱۳۸۴
۲۱/۷	۲۷۳	۱۳۸۵
۲۴/۷	۳۱۶	۱۳۸۶
۲۰/۹	۲۷۳	۱۳۸۷
(گزارش سازمان بهداشت جهانی=۳۰)		
۲۵/۴	۲۴۲	۱۳۸۸
۲۲/۰۷	۳۰۱	۱۳۸۹
(گزارش سازمان جهانی=۲۱)		
۲۱/۵	۲۹۷	۱۳۹۰
۱۹/۵	۲۷۸	۱۳۹۱
۱۹/۷	۲۹۱	۱۳۹۲
(گزارش سازمان جهانی بهداشت=۲۳)		
۱۸/۹	۲۹۰	۱۳۹۳
۲۰	۳۱۴	۱۳۹۴
(گزارش سازمان جهانی بهداشت=۲۵)		

روند مرگ مادری بر پایه سال مطالعه راموس نسبت به سال ۱۳۹۰ شاهد کاهش ۲۲ درصدی است که آهنگ بهبودی این شاخص در سالهای اولیه بسیار کند و در سالهای اخیر تقریباً با کمترین تغییر همراه بوده است.

جدول شماره (۱۰) : نسبت درصد شاخص های نظام کشوری مراقبت مرگ مادری، ۱۳۸۶-۱۳۹۴

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	الف: شاخص های عملکرد نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (درصد)
۸۷	۸۶	۸۳	۸۲	۸۴	۹۰	۸۷	۸۰	۸۷	گزارش به موقع مرگ های مادر اتفاق افتاده
۷۰	۶۴	۶۴	۵۸	۵۹	۶۸	۶۲	۵۵	۶۲	انجام به موقع پرسشگری
۸۴	۸۳	۷۳	۷۰	۷۸	۸۲	۸۳	۸۴	۷۵	کامل بودن تیم پرسشگری
۱۶	۱۵	۱۶	۱۷	۲۷	۳۳	۲۶	۳۲	۴۴	تشکیل به موقع کمیته بررسی مرگ و میر مادران
۷۰	۷۰	۶۳	۶۰	۶۷	۷۲	۶۳	۶۶	۶۹	کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی برای بررسی موارد مرگ
۶۰	۷۰	۶۳	۵۷	۶۹	۷۱	۷۱	۷۸	۷۰	ارایه طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه
۴۴	۴۲	۴۳	۴۵	۴۵	۶۱	۶۲	۴۳	۳۹	اجرای طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه
۶۰	۶۸	۶۴	۵۸	۶۸	۷۳	۶۹	۷۲	۶۸	امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ

										b. شاخص های جمعیت شناسی (درصد)
۶۶	۶۳	۵۹	۶۱	۵۷	۶۷	۵۹	۶۲	۶۳	مادران فوت شده ساکن شهر	
۲۴	۲۵	۲۵	۲۵	۳۱	۲۲	۳۱	۲۵	۲۵	مادران فوت شده ساکن روستاهای اصلی	
۱۰	۱۲	۱۶	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۱۳	۱۲	مادران فوت شده ساکن روستاهای قمری و سیاری	
۷۴	۷۳	۷۳	۷۲	۷۷	۷۶	۷۶	۷۴	۷۷	مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال	
۳	۱	۳	۱	۳	۲	۳	۰	۱	مادران فوت شده زیر ۱۸ سال	
۲۳	۲۶	۲۴	۲۷	۲۰	۲۲	۲۱	۲۶	۲۲	مادران فوت شده بالای ۳۵ سال	
									p. شاخص های مرتبط با بوشش و کیفیت خدمات تنظیم خانواده (درصد)	
۷۹	۸۰	۸۳	۷۹	۸۲	۸۳	۸۰	۷۳	۷۴	خواسته بودن بارداری	
۱۷	۲۲	۱۷	۱۸	۲۱	۲۱	۲۲	۲۱	۱۵	تعداد بارداری ۵ یا بیشتر	
۲۳	۲۴	۲۰	۲۰	۱۷	۲۳	۲۴	۲۵	۱۷	فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال	
۷۴	۷۸	۷۳	۷۳	۷۱	۷۵	۷۴	۷۲	۶۲	درعرض خطر بودن (ابطاله بیماری زمینه ای از ابتدای بارداری)	

۵۷	۶۱	۵۹	۵۳	۶۵	۶۲	۶۵	۵۹	۵۹	منتناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری
									ت.شاخص های مرتبط با دسترسی و کیفیت خدمات(درصد)
۲۶	۲۸	۲۷	۲۹	۲۷	۲۵	۲۶	۲۸	۲۰	مادران فوت شده در طول بارداری
۴	۲	۳	۴	۳	۴	۴	۱	۶	مادران فوت شده حین زایمان
۷۰	۷۰	۷۰	۶۷	۷۰	۷۱	۷۰	۷۱	۷۴	مادران فوت شده پس از زایمان
۵	۵	۷	۵	۴	۶	۹	۸	۷	مادران زایمان کرده در منزل
۰	۱	۱	۱	۱	۱	۲	۱	۱	مادران زایمان کرده بین راه
۱	۲	۴	۳	۲	۲	۰	۱	۲	مادران زایمان کرده در واحدهای تسهیلات زایمانی
۹۴	۹۲	۸۸	۹۱	۹۴	۹۱	۸۹	۹۰	۹۰	مادران زایمان کرده در بیمارستانها
۹	۹	۱۲	۱۳	۷	۱۱	۸	۹	۸	مادران فوت شده در منزل
۴	۷	۷	۴	۵	۴	۸	۸	۵	مادران فوت شده در بین راه
۰	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	مادران فوت شده در واحدهای تسهیلات زایمانی
۸۷	۸۴	۸۱	۸۳	۸۷	۸۴	۸۴	۸۲	۸۷	مادران فوت شده در بیمارستانها

۹۵	۹۶	۹۲	۹۵	۹۶	۹۳	۹۲	۹۰	۹۲	مادرانی که زایمان آنها توسط متخصص یا ماما انجام شده است.
۳	۱	۳	۲	۱	۴	۵	۵	۴	مادرانی که زایمان آنها توسط ماما محلی انجام شده است
۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۲	۰	مادرانی که زایمان آنها توسط ماما روستا انجام شده است
۲	۳	۴	۲	۳	۳	۳	۳	۴	مادرانی که خودشان زایمان خود را انجام داده اند
۶۴	۶۳	۶۶	۶۳	۶۲	۵۸	۶۰	۶۰	۶۳	مادرانی که زایمان آنها به صورت سازاری انجام شده است
۳۶	۲۷	۳۴	۳۷	۲۸	۴۲	۴۰	۴۰	۳۷	مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است
									ث.شخص های مرتبط با تاخیر (درصد)
-	-	-	-	۲۱	۲۸	۲۰	۲۳	۱۹	تاخیر در تصمیم گیری خانواده برای اخذ کمک
-	-	-	-	۱۸	۱۸	۱۵	۱۲	۱۴	تاخیر در ارجاع مادر از واحدهای خارج بیمارستانی به بیمارستان
-	-	-	-	۴۱	۴۳	۴۱	۴۰	۳۳	تاخیر در شروع درمان در بیمارستانها

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می شود طی چند سال اخیر شاخص های جمعیتی، خدمات تنظیم خانواده، تقریبا بدون تغییر بوده اما متسافانه خدمات بارداری و زایمان از وضعیت مطلوبی برخوردار نبوده است. از جمله: شاخص متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری بطوریکه از ۶۵٪ در سال ۹۰ به ۵۷٪ در سال ۹۴ رسیده است.

برآیند شاخص های مدیریتی و عملکردی نظام مراقبت مادری در سطح کشور (۸ شاخص) در طی سال های مورد بررسی یا بدون تغییر بوده و یا سیر نزولی داشته (بدتر شدن شاخص) است که نیازمند مداخله جدی مدیران سلامت و توجه مستمر و موثر مدیریت ارشد دانشگاه ها می باشد. در سال ۱۳۹۴ کمیته های بررسی و تحلیل مرگ مادران دانشگاه های کشور در ۸۴٪ موارد در زمان مناسب تشکیل نشده اند و در موارد تشکیل نیز مشارکت کلیه اعضا میسر نبوده است. علیرغم اینکه در ۶۰٪ موارد طرح مداخله ای طراحی و به تصویب اعضای کمیته رسیده است ولی فقط در ۴۴٪ موارد به مورد اجرا گذاشته شده است.

از آنجا که مهم ترین ویژگی های هر نظام مراقبت عبارتست از گردآوری به موقع اطلاعات، ادغام و تفسیر داده ها، انتشار سریع نتایج به ذینفعان و تنظیم فعالیت ها برای کنترل و پیشگیری از وقوع مجدد رخداد مربوطه، لذا اجرای به موقع و کامل این فعالیت ها مجددا باید مورد تاکید قرار گیرد.

متسافانه یکی دیگر از شاخص هایی که در سال ۹۴ روند نامطلوبی داشته است درصد مادرانی که زایمان آنها به صورت سزارین انجام شده است که از ۵۸٪ در سال ۹۰ به ۶۴٪ درصد در سال ۹۴ رسیده است. بنابراین برنامه ریزی برای آموزش مزایای زایمان طبیعی و خطرات و عوارض سزارین می باشد با جدیت بیشتری مورد مداخله قرار گیرد. یکی از مشکلات دیگری که در این زمینه ممکن است

موجب مرگ مادر شود، ترخیص زود هنگام از بیمارستان بدون توجه به حال عمومی بیمار به عبارتی دیگر ترخیص بدون معاینه حضوری و یا حتی ترخیص با رضایت شخصی است.

با توجه به اینکه درصد مادران فوت شده به روش سزارین در چند سال اخیر روند صعودی داشته است و از سوی دیگر آمار استخراج شده نشان می دهد که در درصد قابل ملاحظه ای از موارد منجر به سزارین به علت وجود عوارض مادری (مانند پره اکلامپسی) بوده است، مراقبت های پس از سزارین بخصوص (کنترل علائم حیاتی، خونریزی، جذب و دفع مایعات) بایستی با نظارت و کنترل دقیق تری صورت گیرد.

از نکات مهم دیگر، کیفیت پایین خدمات ارایه شده در فوریت های ماماپی و زایمان است. در پژوهش های متعدد اثبات گردیده است که ارایه به موقع فوریت های ماماپی و زایمان منجر به نجات جان مادر خواهد شد. متاسفانه علیرغم اجرای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در طی ۱۴ سال گذشته، این شاخص طی سال های ۱۳۹۴ تا ۱۳۸۱ تغییر نکرده است. لذا حساس سازی واحد های پذیرش و اورژانس و گوشزد کردن این نکته به آنان از اولویت های جدی برای کاهش مرگ مادران باید باشد. همچنانی توجه به کیفیت ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و اهتمام به برگزاری دوره های بازآموزی اورژانس های ماماپی بایستی مورد توجه جدی قرار گیرد.

در نهایت می توان نتیجه گرفت که اگر چه فعالیت های جاری در سطوح خارج بیمارستانی نیاز به تقویت دارند اما بهبود شاخص مرگ مادری نیازمند تهیه و تدوین نظام جامع و منسجم برای پیگیری مادران پر خطر (از زمان ارجاع بیمار تا پس از ترخیص با پس خوراند مناسب) می باشد.

مراقبت سلامت مادران در استان آذربایجان غربی

در حال حاضر ۹۸۵ خانه بهداشت، ۱۱۵ مرکز سلامت جامعه روستایی ، ۵۲ مرکز سلامت جامعه شهری، ۵۷ مرکز سلامت جامعه شهری روستایی، ۱۰۰ پایگاه سلامت شهری و ۱۵ پایگاه سلامت روستایی، ۱۲ واحد تسهیلات زایمانی، مسئولیت ارائه خدمات سطح اول را در نظام سلامت استان بر عهده دارند.

جمعیت استان آذربایجان غربی براساس سرشماری سال ۹۰

جمعیت شهری روستایی	جمعیت کل استان خانه بهداشت	جمعیت روستاهای سیاری	جمعیت تحت پوشش سهم جمعیت سیاری از
۱۹۳۲۵۴۴	۱۱۴۸۰۳۲	۸۶۶۰۱	٪۳

واحد های ارائه خدمات در استان آذربایجان غربی در سال ۹۴

خانه های بهداشت فعال	مراکز روستایی فعال	پایگاه فعال	تسهیلات زایمانی فعال
۹۸۵	۱۱۵	۵۲	۱۰۰

جدول شماره(۱۱): وضعیت واحدهای تسهیلات زایمانی استان آذربایجان غربی در سال ۹۴

نام شهرستان	نام واحد تسهیلات زایمانی	تعداد خانه های پهداشته تهرن	پوشش	تعداد کل زایمان مقتطعه تهرن	تعداد زایمان در واحد تسهیلات	وضعیت واحد		تعداد مامای شاغل در واحد				فاضله واحد تسهیلات تا اولین واحد زایمانی به کیلومتر	جمعیت کل تحت پوشش	تعداد خانه های پهداشته تهرن	پوشش				
						وضعیت واحد		کاردان		کارشناس									
						واگذار شده به بخش خصوصی	فعال در ارائه مراقبتها	فعال در امور زایمان	طریقی، فرادادی، پیمانی	طریقی، فرادادی، پیمانی	(سمی، پیمانی)								
ارومیه	زیوه	۲۰		۱۳۰۰	۴۶۳	-	*	*	۱	۱	۰	۴	۵۵	۴۵۳۸۵					
ارومیه	گنگچین	۳۴		۷۹۰	۱۳۷	-	*	*	۰	۲	۲	۰	۷۵	۳۴۶۴۴					
ارومیه	قولنجی	۱۹		۵۳۶	۷۹	-	*	*	۰	۲	۰	۱	۵۰	۲۴۰۹۰					

نام شهرستان	نام واحد تسهیلات زیمانی	پوشش	تعداد خانه های پمداشت تحت	جمعیت کل تحت پوشش	فاصله واحد تسهیلات تا اولین واحد زیمانی به کیلومتر	تعداد کل زیمان مطغه تحت	تعداد زیمان در واحد تسهیلات	وضعیت واحد		تعداد مامای شاغل در واحد				نام شهرستان			
								کاردان	کارشناس	کاردان	کارشناس	کاردان	کارشناس				
								کاردان طرحی، قراردادی	کارشناس طرحی، قراردادی	کاردان طرحی، قراردادی	کارشناس طرحی، قراردادی	کاردان طرحی، قراردادی	کارشناس طرحی، قراردادی				
								(سمی، پیمانی)	(سمی، پیمانی)	(سمی، پیمانی)	(سمی، پیمانی)	(سمی، پیمانی)	(سمی، پیمانی)				
۰	۳۸۸	-	*	-	۱	۰	۰		۰	۰	۰	۰	۳۸	۱۶۱۳۹	۲۰	احمدآباد سفلی	تکاب
۱	۱۲۴	-	*	*	۰	۱	۱		۱	۱	۱	۱	۴۵	۶۸۶۵	۹	آوجیق	چالدران
۳۳	۴۹۷	-	*	*	۰	۰	۰		۰	۳	۴۸	۱۸۹۰۲	۱۸	زرآباد	خوی		

نام شهرستان	نام واحد تسهیلات زیمانی	پوشش	تعداد خانه های پمداشت تحت	جمعیت کل تحت پوشش	فاصله واحد تسهیلات تا اولین واحد زیمانی به کیلومتر	تعداد کل زیمان مطوفه تحت	تعداد زیمان در واحد تسهیلات	وضعیت واحد		تعداد مامای شاغل در واحد					
								کاردان	کارشناس	کاردان	کارشناس	کاردان	کارشناس		
								وضعیت واحد	فعال در امر زیمان	مواقعه نهاد	فعال در ارائه	بنخش خصوصی	واگذار شده به	تعداد کل زیمان مطوفه تحت	تعداد زیمان در واحد تسهیلات
خوی	ایواوغلی	۱۰	۱۱۹۸۰	۳۳	۰	۲۴۱	-	-	۱	.	.	(سمی، پیمانی)	قردادی، طرحی	تسهیلات	تسهیلات
خوی	قطور	۱۶	۲۲۹۵۶	۶۰	۰	۷۱۸	*	*	۲	.	۱	(سمی، پیمانی)	قردادی، طرحی	تسهیلات	تسهیلات
سردشت	میرآباد	۸	۱۲۱۴۶	۴۵	۰	۳۲۲	*	*	۱	.	۳	(سمی، پیمانی)	قردادی، طرحی	تسهیلات	تسهیلات

نام شهرستان	نام واحد تسهیلات زیمانی	پوشش	تعداد خانه های پمداشت تحت	جمعیت کل تحت پوشش	فاصله واحد تسهیلات تا اولین واحد زیمانی به کیلومتر	تعداد مامای شاغل در واحد	وضعیت واحد				تعداد کل زیمان مطابقه تحت	تعداد زیمان در واحد تسهیلات
							کاردان	کارشناس	کاردان	کارشناس		
							کارداری، طرحی، پیمانی	کارداری، طرحی، پیمانی	کارداری، طرحی، پیمانی	کارداری، طرحی، پیمانی	پوشش	تسهیلات
سردشت	ریط	۸	۱۸۰۸۷	۸	۱۸۰	۸	*	*	*	*	۵۳۹	تعداد کل زیمان مطابقه تحت
سردشت	اسلام آباد	۴	۴۲۷۰	۴۰	۴۲۷	۴	*	*	*	*	۷۱	تسهیلات
پلدشت	نازک علیا	۵	۷۴۵۴	۲۵	۷۴۵	۵	*	*	*	*	۲۰۳	تسهیلات

جدول شماره (۱۲) : شاخص‌های برنامه مادران برگرفته از DHS و زیج‌های حیاتی ۱۳۹۴-۱۳۸۸

زیج حیاتی								شاخصهای برنامه مادران	ردیف
۹۶	۹۳	۹۲	۹۱	۹۰	۸۹	۸۸	DHS-۸۹		
%۸۰/۷	%۸۴/۴	%۸۹/۱	-	-	-	-	%۸۹/۱۹	درصد زنان باردار با حداقل ۶ بار مراقبت	۱
%۹۹/۸۴	%۹۹/۸۱	%۹۹/۴۹	%۹۹/۵۵	%۹۹	%۹۸	-	%۱۰۰	درصد انجام زایمان توسط فرد دوره دیده	۲
%۹۸/۶۹	%۹۸/۶۴	%۹۹/۴۹	%۹۹/۵۵	%۹۹	%۹۸	-	%۱۰۰	درصد انجام زایمان در مرکز درمانی	۳
%۱/۲	%۱/۲	%۰/۹۸	%۱/۲۷	%۲	-	-	-	درصد زایمان انجام شده در واحدهای تسهیلات زایمانی	۴
-	-	-	-	%۹۹	-	-	%۸۶/۱۱	مراقبت پس از زایمان حداقل یک بار	۵
%۰/۱۶	%۰/۱۹	%۰/۵۱	%۰/۴۵	%۱	%۲	-	-	درصد انجام زایمان توسط فرد دوره ندیده	۶
۲۳/۶	۱۸/۷	۱۲/۱۵	۱۷/۴	۱۹/۲	۱۹/۲	۲۲	-	شاخص مرگ مادران بدلیل عوارض بارداری و زایمان (درصد هزار تولد زنده)	۷

جدول شماره (۱۳): شاخص های مقایسه ای مراقبت مادران باردار در ایران و استان آذربایجان غربی (برگرفته از مطالعه IMES)

ردیف	شاخصهای برنامه مادران	استان	کشور
۱	درصد پوشش مراقبت های پیش از بارداری	%۱۲/۳	%۱۸/۴
۲	درصد پوشش کلی مراقبت بارداری توسط بخش دولتی	%۴/۲	%۴/۶
۳	درصد پوشش انجام آزمایش ادرار و خون در بخش دولتی	%۸۱.۱	%۶۸.۵
۴	درصد پوشش اندازه گیری فشارخون در بخش دولتی	%۸۴/۶	%۷۹/۱
۵	درصد پوشش معاینه شکم در بخش دولتی	%۶۹/۴	%۶۵/۲
۶	درصد پوشش شنیدن صدای قلب جنین در بخش دولتی	%۶۶/۷	%۶۵/۶
۷	درصد آگاهی مادران از محتوای مراقبت های بارداری	%۲۳/۵	%۱۸/۸
۸	درصد پوشش مراقبت پس از زایمان به طور کلی	%۹۲/۴	%۸۷/۱
۹	درصد مادران آگاه از محتوای مراقبت های پس از زایمان	%۳	%۴/۶
۱۰	درصد مادران آگاه علائم خطر پس از زایمان	%۰/۳	%۱/۱

جدول شماره (۱۴): پوشش خدمات مراقبتی دوران بارداری و زایمان براساس مطالعه سیمای سلامت و جمعیت در ایران (irMIDHS – ۱۳۸۹)

عنوان	دانشگاهی(درصد)	تحصیلکرد ۵۰٪	مراقبت توسعه	حداقل شش بار مراقبت در دوران بارداری(درصد)	زایمان در منزل با بین راه (درصد)	زایمان به روش سزاوین(درصد)	مراقبت پس از زایمان (حداقل یک بار) (درصد)
کشور	روستایی	۹۵/۲۹	۸۲/۳۱	۸۴/۷۱	۷/۴۶	۳۵/۶۸	۷۵/۳۹
	شهری	۹۰/۵۸	۸۸/۶۱	۹۰/۷۸	۳/۰۶	۵۱/۴	۷۳/۱۲
	کل	۹۳/۳۶	۸۹/۱۹	۸۹/۱۹	۰	۴۵/۵۵	۷۳/۹۴
استان آذربایجان غربی							
استان /های با بالاترین شاخص در سطح کشور							آذربایجان شرقی-آذربایجان غربی-اردبیل-اصفهان-چهارمحال وبختیاری-خراسان جنوبی-کردستان
استان /های با ترین شاخص کشوری							آذربایجان شرقی-آذربایجان غربی-اردبیل-اصفهان-چهارمحال وبختیاری-خراسان جنوبی-کردستان
استان /های با ترین شاخص کشوری							(گیلان) ۹۷/۴۸
استان /های با ترین شاخص کشوری							(گیلان) ۶۷/۵
استان /های با ترین شاخص کشوری							(مازندران) ۶۶/۱۴
استان /های با ترین شاخص کشوری							(سمنان) ۱۰۰
استان /های با ترین شاخص کشوری							(همزگان) ۸۱/۲
استان /های با ترین شاخص کشوری							(سیستان و بلوچستان) ۶۴/۴۸
استان /های با ترین شاخص کشوری							(کرمان) ۱۳
استان /های با ترین شاخص کشوری							(کهکلوبه و بویراحمد) ۱۱/۲
استان /های با ترین شاخص کشوری							(تهران) ۸
استان /های با ترین شاخص کشوری							(إيلام) ۴۵/۷۳

وضعیت مرگ و میر مادران باردار در استان آذربایجان غربی

وضعیت مرگ و میر مادران باردار هرچند به هدف کشوری این شاخص نزدیک است ولی با اینحال موارد مرگ ناشی از مرگ مادران در دوران بارداری در بعضی از شهرستان ها بیشتر از سایر نقاط استان می باشد.

معمولًا بین نظام ثبت مرگ نظام سلامت و ثبت احوال اختلاف عددی مشاهده میشود که دلایل مختلف و متفاوتی بر آن مترب است، این اختلاف آماری در سالهای اخیر در سطح استان آذربایجان غربی بالاتر از میانگین کشوری بوده است، بر همین اساس به منظور بررسی صحت و سقم آمار مرگ و میر مادران باردار، معمول بر این است که در پایان هر سال، آمار موارد مرگ زنان در سنین باروری از سازمان ثبت احوال و نیز نظام ثبت مرگ استان استخراج و علت مرگ آنها مورد بررسی قرار می گیرد تا جهت طراحی مداخلات مناسب و موثر، از کم شماری احتمالی پیشگیری به عمل آید.

از کل موارد گزارش شده مرگ مادران در طی دوران بارداری در استان آذربایجان غربی از سال ۱۳۸۱ تا پایان سال ۱۳۹۴، ۲۰۹ مورد با تعریف مرگ مادران همخوانی داشته است که خلاصه اطلاعات آماری به شرح جدول زیر می باشد:

جدول شماره (۱۵): فراوانی مرگ مادران در کشور و استان آذربایجان غربی

۱۳۸۲-۱۳۹۳

سال	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲
استان	۱۷	۱۳	۸	۱۱	۱۲	۱۲	۱۵	۱۲	۲۰	۲۲	۱۳	۱۹	۲۰
کشور	۳۱۵	۲۹۱	۲۹۱	۲۷۸	۲۹۷	۳۰۱	۳۴۲	۲۷۳	۳۱۶	۲۷۳	۲۹۰	۲۷۸	۳۳۲

سهم استان آذربایجان غربی در طول ۱۴ سال گذشته (۱۳۸۱-۹۴) ۵٪ از کل موارد مرگ و میر مادران باردار در کشور به دلیل عوارض ناشی از بارداری و زایمان بوده است.

نتایج بررسی های منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO-1990-2010) حاکی است که خونریزی، عفونت و اکلامپسی به ترتیب ۱۵، ۲۵ و ۱۲ درصد علل مرگ را در دنیا تشکیل می دهند. سایر علل مشتمل بر سقط عفونی (۱۳)، لیبر (۸ درصد) و سایر (۸ درصد) بوده است. مهم ترین علل مرگ مادران در استان به تفکیک در سال های گذشته به شرح جدول زیر بوده است:

جدول شماره(۱۶) : علل مرگ و میر مادران باردار در استان آذربایجان غربی ۱۳۸۱-۱۳۹۴

نامعلوم	سایر علل	سقط غیر این	عفونت	بیماری قلبی	Hellp Syndrome	آمیولی ریه	اکلامپسی	خونریزی	علل مرگ
۲۰	۶۱	۵	۱۰	۱۰	۹	۱۹	۱۶	۵۹	تعداد
۹/۵۷	۲۹/۱۹	۲/۳۹	۴/۷۸	۴/۷۸	۴/۳۱	۹/۰۹	۷/۶۶	۲۸/۲۳	درصد

جدول شماره(۱۷) : فراوانی موارد مرگ مادر به تفکیک شهرستان

استان آذربایجان غربی ۹۳-۱۳۸۱

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	
۶	۳	۲	۵	۱	۲	۲	۲	۴	۱۲	۶	۱	۶	۴	ارویه
۱	-	-	-	۱	-	۲	-	۱	-	-	۱	۱	۱	اشویه
۲	۱	۱	-	۱	۲	-	۱	۱	۱	-	۱	-	۱	بوکان
-	-	۱	-	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بلدشت
-	۲	-	۱	۲	۱	-	۲	۳	-	۱	۱	۱	۱	پیرانشهر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱	-	۱	-	نکاب
۱	۱	-	۱	۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	چایزده
۱	۱	۱	۲	۱	۲	۲	۲	۴	۱	۳	۲	۲	۴	خوی
۱	۱	-	-	۱	۱	۲	۱	۱	۲	-	۱	-	۱	سردشت
۱	۱	۱	-	-	-	-	-	۱	۲	۱	۱	۲	۱	سلماش
-	-	-	-	-	۱	-	۲	-	۱	۱	-	۱	-	شاهین دز

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	
.	.	۲	++	.										شوط
۱	۱	۰	۰	۱	۲	۱	۱	۰	۰	۰	۴	۳	۱	ماکو
۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۲	۰	۲	۰	۰	مهاباد
۲	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۰	میاندوآب
.	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	نقده
۱۷	۱۳	۸	۱۱	۱۲	۱۲	۱۵	۱۲	۲۰	۲۲	۱۳	۱۹	۲۰	۱۵	کل استان

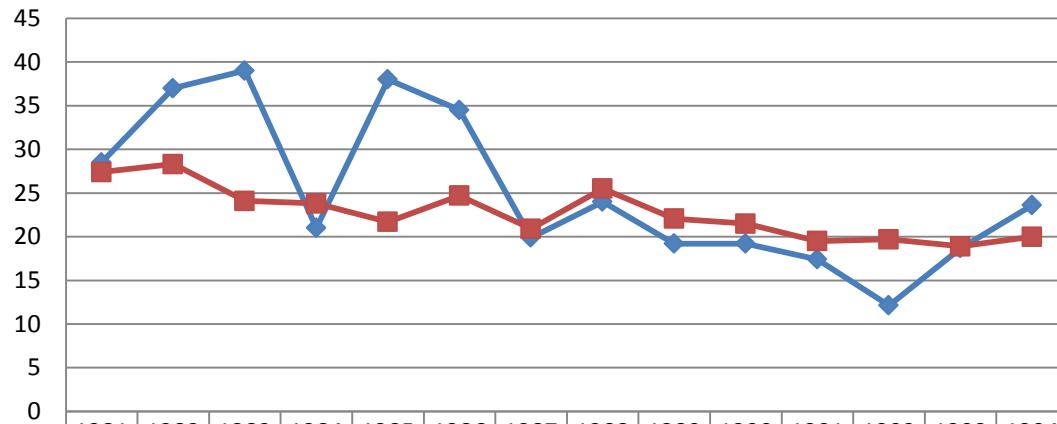
به نظر می رسد تراکم میزان بروز موارد مرگ مادر در استان آذربایجان غربی در بعضی شهرستان‌ها به شکل معنی‌داری بیشتر از سایر شهرستان‌ها می باشد. بیشترین و کمترین میزان بروز به ترتیب مربوط به سال ۱۳۸۳ و سال ۱۳۹۲ می باشد (به ترتیب ۳۹.۱۲ و ۱۲.۱۵ در صد هزار تولد زنده)

در ذیل به مهم ترین شاخص‌های مراقبت مرگ مادری در سطح استان و مقایسه آنها با سطح کشوری و سال‌های گذشته (رونده زمانی) که برگرفته از سوابق نظام مراقبت مرگ مادر در سطح استان می باشد، براساس متغیرهای مرتبط مشتمل بر محل سکونت، سن بارداری، تمایل به بارداری، مقطع فوت، بارداری‌های پرخطر، محل زایمان، نوع زایمان و عامل زایمان به صورت اختصاصی پرداخته می شود.

جدول شماره (۱۸) : روند ۱۴ ساله میزان مرگ مرتبط با بارداری در کشور و استان براساس نظام مراقبت مرگ مادر

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	تعداد مرگ
۱۷	۱۳	۸	۱۱	۱۲	۱۲	۱۵	۱۲	۲۰	۲۲	۱۳	۱۹	۲۰	۱۵	مادر باردار در استان
۲۳/۶	۱۸/۷	۱۲/۱۵	۱۷/۴	۱۹/۲	۱۹/۲	۲۴/۱	۱۹/۹	۳۴/۵	۳۸	۲۱/۳۶	۳۹/۱۳	۳۷/۳۵	۲۸/۴۷	میزان مرگ مرتبط با بارداری (MMR)
۳۱۵	۲۹۱	۲۹۱	۲۷۸	۲۹۷	۳۰۶	۳۴۵	۲۷۲	۳۱۸	۲۷۳	۲۹۵	۲۷۸	۳۳۲	۳۰۸	استان
۲۰	۱۸/۷	۱۹/۷	۱۹/۵	۲۱/۵	۲۲/۰۷	۲۵/۰	۲۰/۹	۲۴/۷	۲۱/۷	۲۳/۸	۲۴/۱	۲۸/۳	۲۷/۴	تعداد مرگ مادر باردار در کشور
۲۰	۱۸/۷	۱۹/۷	۱۹/۵	۲۱/۵	۲۲/۰۷	۲۵/۰	۲۰/۹	۲۴/۷	۲۱/۷	۲۳/۸	۲۴/۱	۲۸/۳	۲۷/۴	میزان مرگ مرتبط با بارداری (MMR) کشور

MMR



همانگونه که در نمودار صفحه قبل ملاحظه می شود علیرغم افزایش ۲۰ هزار موالید در سال ۱۳۸۹ نسبت به سال ما قبل، موارد مرگ مادر نه تنها افزایش نیافرته بلکه کاهش هم داشته است.

در این نمودار شاخص مرگ و میر مادران در استان تا سال ۸۳ افزایش و سیر نزولی بعد از آن مشهود است و در سال ۸۵ مجدداً افزایش و سپس تا سال ۹۲ تقریباً سیر نزولی در روند مرگ مادری در استان مشاهده می شود، و مجدداً در سال ۹۴ مرگ مادر افزایش نشان می دهد.

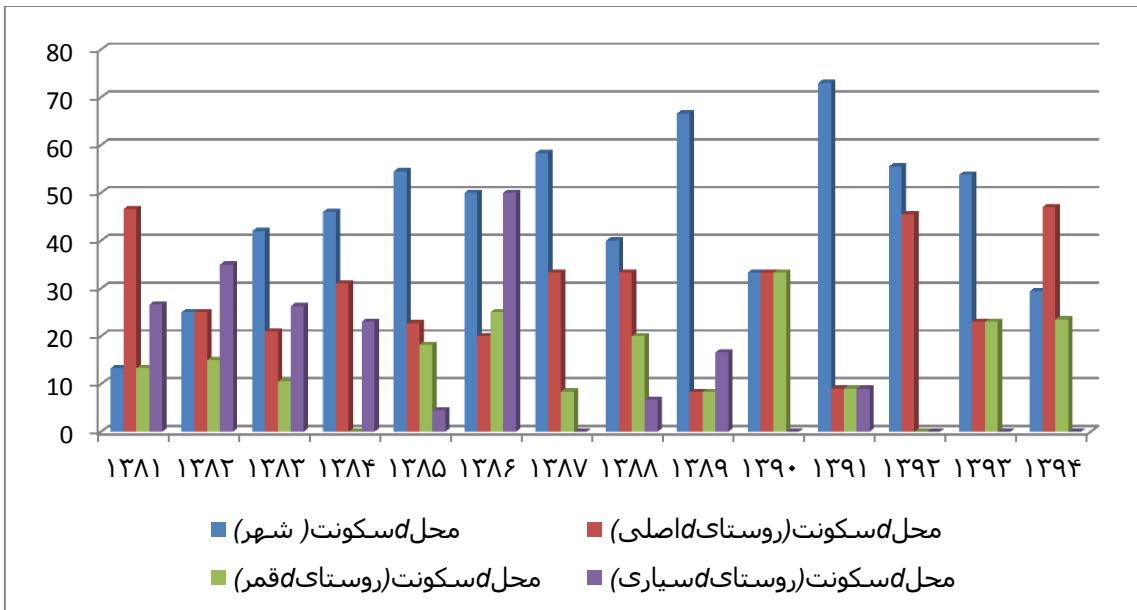
با توجه به اینکه تغییر شاخص های عملکردی در طی سال های اخیر روند صعودی یا نزولی منظمی نداشته و دچار نوسانات متغیری می باشد، لذا نتیجه گیری و تفسیر در مورد بهبود یا عدم بهبود یک شاخص امکان ندارد ولی برآیند آن نشان می دهد که در طی ۵ سال گذشته تغییر محسوسی رخ نداده است.

محل سکوفت:

۵۵.۵٪ مادران فوت شده در استان در طول ۱۴ سال گذشته ساکن مناطق روستایی (اصلی، قمر و سیاری) بودند که به تفکیک سال و نحوه پوشش خدمات بهداشتی به قرار زیر بوده است :

جدول شماره (۱۹)؛ وضعیت محل سکونت مادران باردار فوت شده استان آذربایجان غربی ۱۳۸۱-۱۳۹۴

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	محل سکونت
%۲۹/۴۱	%۵۳/۸	%۶۲/۵	%۷۳	%۲۳/۳	%۶۶/۶	%۴۰	%۵۸	%۵۰	%۵۴/۵	%۴۶/۱	%۴۲/۱	%۲۵	%۱۳/۳	شهر
%۴۷/۰۶	%۲۳	%۲۷/۵	%۹	%۲۳/۳	%۸/۳	%۲۲/۳	%۲۳/۳	%۲۰	%۲۲/۷	%۳۰/۷	%۲۱	%۲۵	%۴۶/۶	روستای اصلی
%۲۳/۵۳	%۲۳	+	%۹	%۲۳/۳	%۸/۳	%۲۰	%۸/۳	%۲۵	%۱۸	+	%۱۰/۵	%۱۵	%۱۳/۳	روستای قمر
+	+	+	%۹	+	%۱۶/۶	+	+	%۵	%۴/۵	%۲۳	%۲۶/۳	%۳۵	%۲۶/۶	روستای سیاری



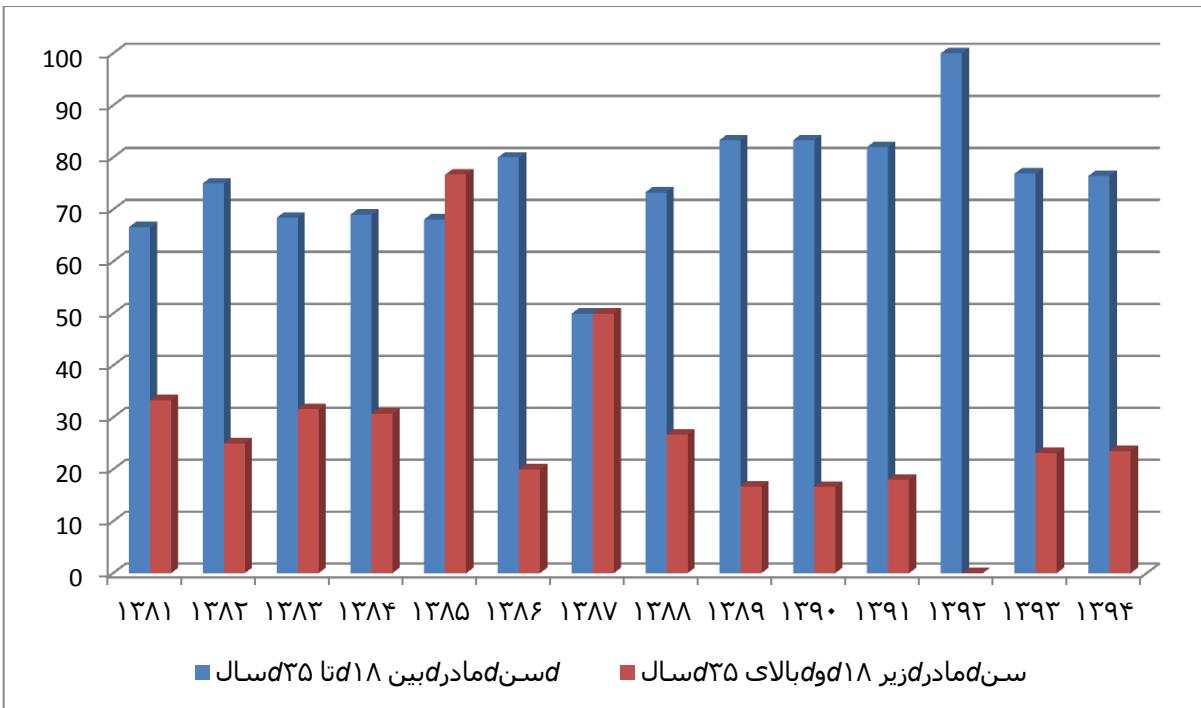
۹۳ نفر (۴۴/۵٪) از مادران فوت شده در ۱۴ سال مورد مطالعه ساکن شهر و ۱۱۶ نفر ساکن روستا بودند (۵۵/۵٪).

سن بارداری:

۲۴/۲۲ درصد مادران فوت شده در استان، سن زیر ۱۸ و یا بالای ۳۵ سال داشته و سن مابقی در هنگام فوت بین ۱۸ تا ۳۵ سال بوده است که به تفکیک سال به شرح جدول زیر می باشد که انعکاسی از نتیجه اقدامات سطح اول نظام ارائه خدمات در ترویج بهداشت باروری سالانه بوده است.

جدول شماره (۲۰): وضعیت سنی مادران باردار فوت شده استان آذربایجان غربی ۱۳۹۴-۱۳۸۱

سن فوت	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	
۱۸ تا ۳۵ سال	%۶۶/۶	%۷۰	%۷۶/۶	%۷۶/۴۷	%۷۸/۴	%۷۸/۶	%۷۸/۷	%۷۸/۸	%۷۸/۹	%۷۹/۱	%۸۲	%۸۴/۳	%۹۱/۷	%۷۳/۳	%۵۰
زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	%۳۳/۳	%۳۰	%۳۱/۶	%۳۰/۸	%۳۲	%۳۴	%۳۵	%۳۶/۷	%۳۷	%۳۸/۳	%۳۸/۴	%۳۸/۵	%۳۸/۶	%۳۸/۷	%۳۹/۴

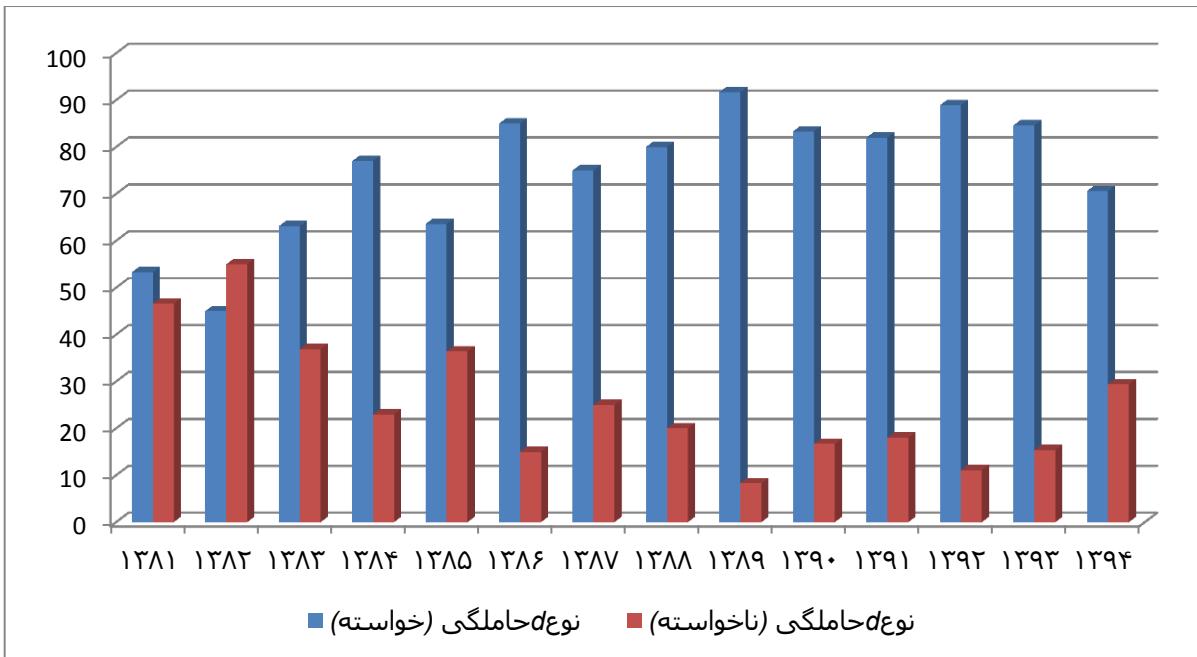


تمایل به بارداری:

بطور متوسط (۷۴/۴ درصد) مادران فوت شده در استان بصورت خواسته و مابقی آنان بصورت ناخواسته باردار شده بودند. روند خواسته بودن بارداری در طی چهارده سال مورد مطالعه ، نسبت به سال پایه افزایش و بارداری ناخواسته در میان مادران فوت شده نیز کاهش یافته است. سرعت روند خواسته بودن بارداری نسبت به میانگین کشوری بیش از سه برابر بوده است.

جدول شماره (۲۱): وضعیت مادران باردار فوت شده از نظر تمایل به بارداری در استان آذربایجان غربی ۱۳۸۱-۱۳۹۴

تمایل به بارداری	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴
بارداری خواسته	%۵۳/۳	%۴۵	%۶۳/۱۵	%۷۶/۹	%۶۳/۶	%۸۵	%۷۵	%۸۰	%۹۱/۷	%۸۳/۳	%۸۲	%۸۷/۵	%۸۴/۶۲	%۷۰/۵۹
بارداری ناخواسته	%۴۶/۶	%۵۵	%۳۶/۸	%۲۳	%۳۶/۴	%۱۵	%۲۵	%۲۰	%۱۶/۷	%۱۶/۳	%۱۸	%۱۲/۵	%۱۰/۳۸	%۲۹/۴

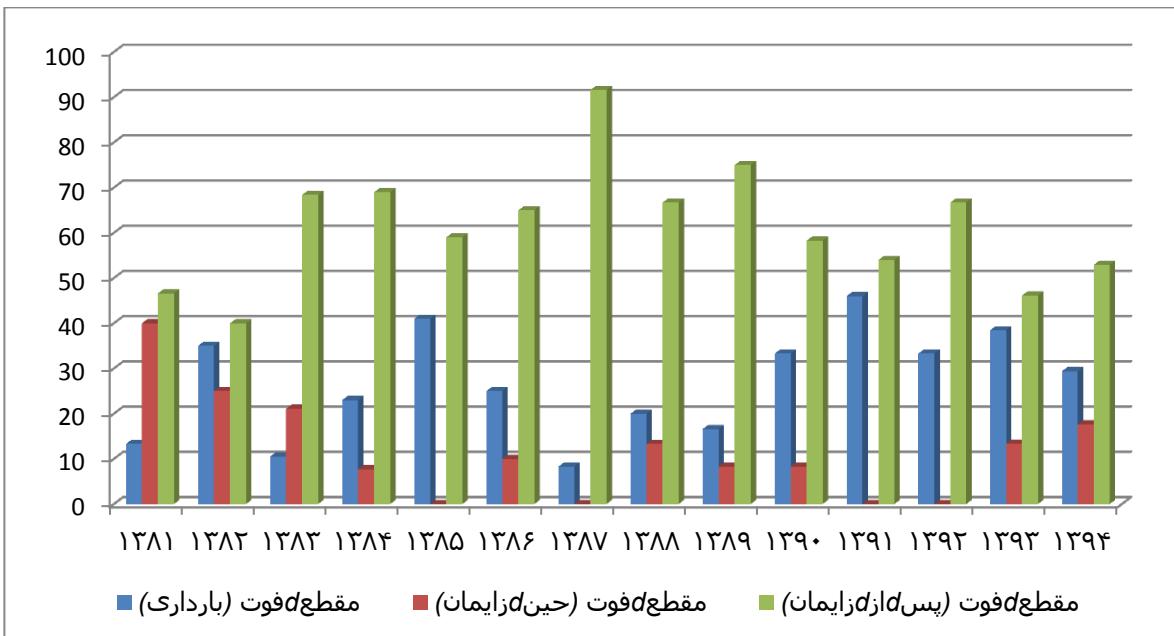


مقطع فوت: در طول مدت مطالعه ۲۵/۷٪ فوت مادران در استان در مقطع بارداری، ۱۱٪ حین زایمان و ۶۴/۳٪ (بیشترین

نسبت) پس زایمان فوت شده اند.

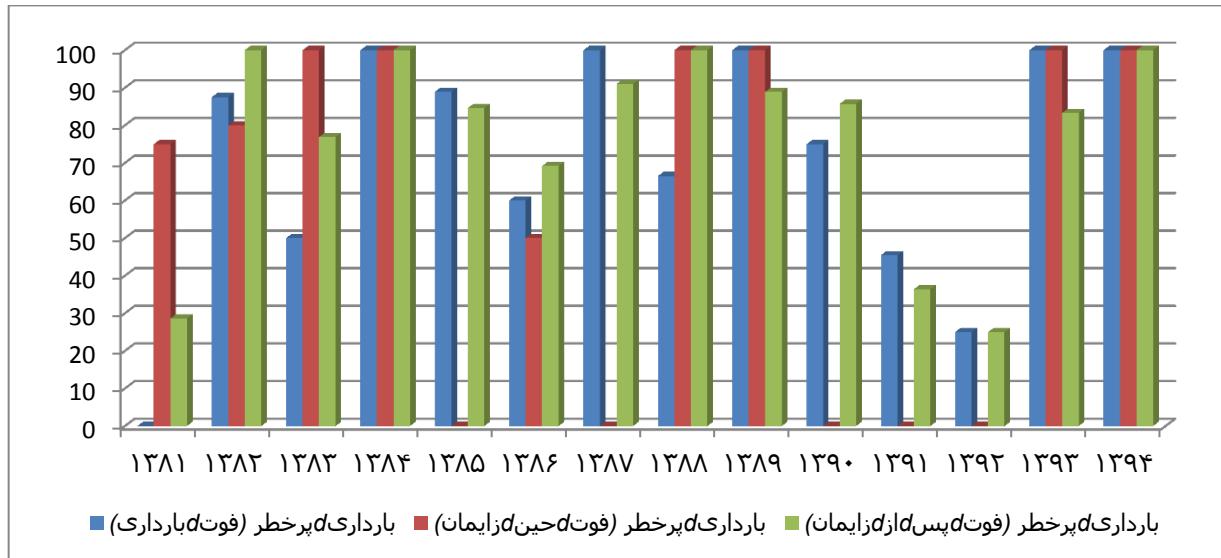
جدول شماره (۲۲): وضعیت مادران باردار فوت شده از نظر مقطع فوت استان آذربایجان غربی ۱۳۸۱-۱۳۹۴

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	مقطع فوت
بارداری	حین زایمان	پس از زایمان												
%۲۹/۴	%۳۸/۴۶	%۲۵	%۴۶	%۳۳/۳	%۱۶/۶	%۲۰	%۸/۳	%۲۵	%۴۱	%۲۳	%۱۰/۵	%۳۰	%۱۳/۳	بارداری
%۱۷/۶۵	%۱۳/۳۸	•	•	%۸/۳	%۸/۳	%۱۳/۳	•	%۱۰	•	%۷/۷	%۲۱	%۱۵	%۴۰	حین زایمان
%۵۲/۹۴	%۴۶/۱۵	%۷۵	%۵۴	%۵۸/۳	%۷۵	%۶۶/۶	%۹۱/۷	%۶۵	%۵۹	%۶۹/۲	%۶۸/۴	%۷۳/۳	%۴۶/۶	پس از زایمان



بارداری پرخطر

در طی مدت مورد مطالعه، علیرغم کاهش فراوانی مرگ مادری، سهم مرگ مادران با بارداری پرخطر افزایش نشان میدهد که خدمات آموزشی، مشاوره ای و مراقبتی مادران باردار به منظور مدیریت مطلوب سلامت باروری و بارداری های پرخطر و به تبع آن کاهش مرگ مادران در نظام شبکه بهداشتی درمانی اهمیت ویژه ای پیدا میکند.



جدول شماره (۲۳): در معرض خطر بودن مادران فوت شده در دوران بارداری، حین و پس از

زایمان(بارداری پرخطر) استان آذربایجان غربی ۱۳۹۴-۱۳۸۱

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۲۰	%۴۵/۴۵	%۷۵	%۱۰۰	%۶۶/۷	%۱۰۰	%۶۰	%۸۸/۹	%۱۰۰	%۵۰	%۸۵/۷	*	مادران پرخطر فوت شده در دوران بارداری
%۱۰۰	%۱۰۰	*	*	*	%۱۰۰	%۱۰۰	*	%۵۰	*	%۱۰۰	%۱۰۰	%۸۰	%۶۶/۷	مادران پرخطر فوت شده در حین زایمان
%۱۰۰	%۸۳/۳	%۲۵	%۳۶/۴	%۸۰/۷	%۸۸/۹	%۱۰۰	%۹۰/۹	%۶۹/۳	%۸۴/۶	%۱۰۰	%۷۳/۹	%۱۰۰	%۲۸/۶	مادران پرخطر فوت شده پس از زایمان

محل زایمان:

سیر نزولی زایمان های در منزل و سیر صعودی زایمان های انجام شده در بیمارستان در طول سالهای مورد بررسی در استان بوضوح مشهود است. با حذف ۵۶ مورد از موارد مرگ مادر که در دوران بارداری رخ داده است، از ۱۵۳ نفر مادر فوت شده در حین زایمان یا پس از زایمان، ۳۶ نفر در منزل یا بین راه زایمان نموده (۲۳.۵۳٪) و ۱۱۷ نفر در مراکز زایمانی، زایمان نموده اند (۷۶.۴۷٪).

جدول شماره (۲۴): روند تغییر محل زایمان در مادران فوت شده استان آذربایجان غربی (درصد) ۱۳۹۴-۱۳۸۱

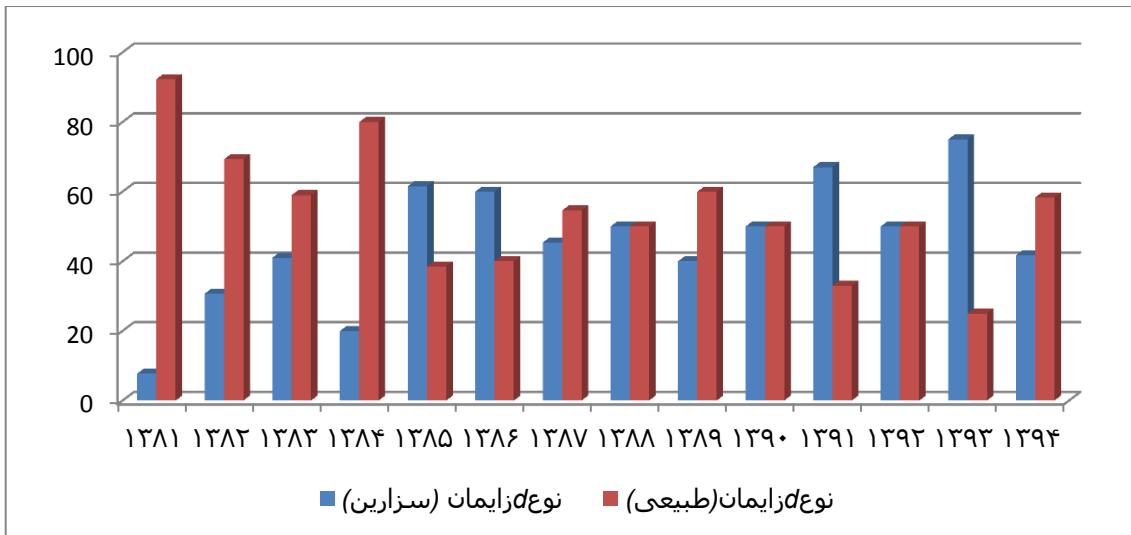
۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	محل زایمان
۱۶.۶۷	•	۱۶.۷	•	•	۲۰	۷/۶	۸/۳	۲۰	۲۳/۱	۲۰	۲۳/۵	۵۰	۶۶/۶	منزل و بین راه
۸۲.۳۳	۱۰۰	۸۲.۳	۱۰۰	۱۰۰	۷۰	۹۲/۴	۹۰/۹	۸۰	۷۶/۹	۸۰	۷۶/۵	۵۰	۳۲/۳	بیمارستان

نوع زایمان:

با حذف ۵۶ مورد فوت مقطع بارداری که منجر به زایمان نگردیده است، میتوان گفت ۶۸ نفر (۴۴.۴۴٪) از مادران فوت شده به روش سزارین و ۸۵ نفر (۵۵.۵۶٪) از آنان به روش واژینال زایمان نموده اند. روند تغییر الگوی زایمان در طی ده سال گذشته از زایمان واژینال به سزارین ۸۳ درصد بوده که این روند در طی ۵ سال گذشته در کشور با سهم ۶۲ درصدی زایمان به روش سزارین ثابت بوده است. در سال ۱۳۹۰، از مجموع ۱.۳۰۰.۰۰۰ عدد زایمان ثبت شده در کشور %۵۳ زایمان ها به روش سزارین و %۴۷ به روش زایمان طبیعی انجام شده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، ایران با ۴۱.۹ درصد زایمان به روش سزارین، رتبه دوم در جهان را دارا بوده است.

جدول شماره (۲۵): روش زایمان در مادران باردار فوت شده در استان آذربایجان غربی ۱۳۹۴-۱۳۸۱

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	روش ختم بارداری
سزارین														
%۴۱.۶۷	%۷۵	%۵۰	%۶۷	%۵۰	%۴۰	%۵۰	%۴۶	%۶۰	%۶۱/۵	%۲۰	%۴۱/۲	%۴۲/۸۵	%۸/۳	سزارین
%۵۸.۳۳	%۲۵	%۵۰	%۳۳	%۵۰	%۶۰	%۵۰	%۵۴	%۴۰	%۴۸/۵	%۸۰	%۵۸/۸	%۵۷/۱۵	%۹۱/۷	واژینال



با توجه به عوارض جدی جراحی های بزرگ شکم، افزایش زایمان به روش سزارین می تواند یکی از علل مرگ و میر مادران باردار باشد. بررسی های انجام شده نشان می دهد که در زایمان به روش سزارین ، نسبت به زایمان طبیعی احتمال مرگ مادر دو برابر بالاتر بوده و

همچنین سزارین الکتیو ، سه برابر احتمال مرگ مادر را افزایش می دهد. علاوه بر آن ، روند افزایش سزارین در کشور سالانه هزینه هنگفتی را بر سیستم اقتصادی کشور تحمیل می نماید.

عامل زایمان:

از ۱۵۳ نفر مادر باردار فوت شده (در طول مطالعه) که در مراحل زایمان یا پس از زایمان فوت شده اند، در ۹۴ مورد (۶۱.۴۴٪) توسط پزشک متخصص و ۲۴ نفر (۱۵.۶۹٪) توسط مامای تحصیل کرده و ۳۵ نفر (۲۲.۸۸٪) توسط مامای محلی یا اطرافیان زایمان نموده اند.

سیر نزولی زایمان های انجام شده توسط ماماهای محلی و روستایی و سیر صعودی زایمان های انجام شده توسط متخصص زنان یا ماما در طی ۱۴ سال گذشته کاملا مشهود می باشد. در مدت ۱۴ سال گذشته زایمان توسط عامل متخصص (پزشک یا ماما) از ۳۰ درصد در سال ۱۳۸۱ به ۶۱.۴۴٪ درصد در سال ۱۳۹۴ افزایش یافته است.

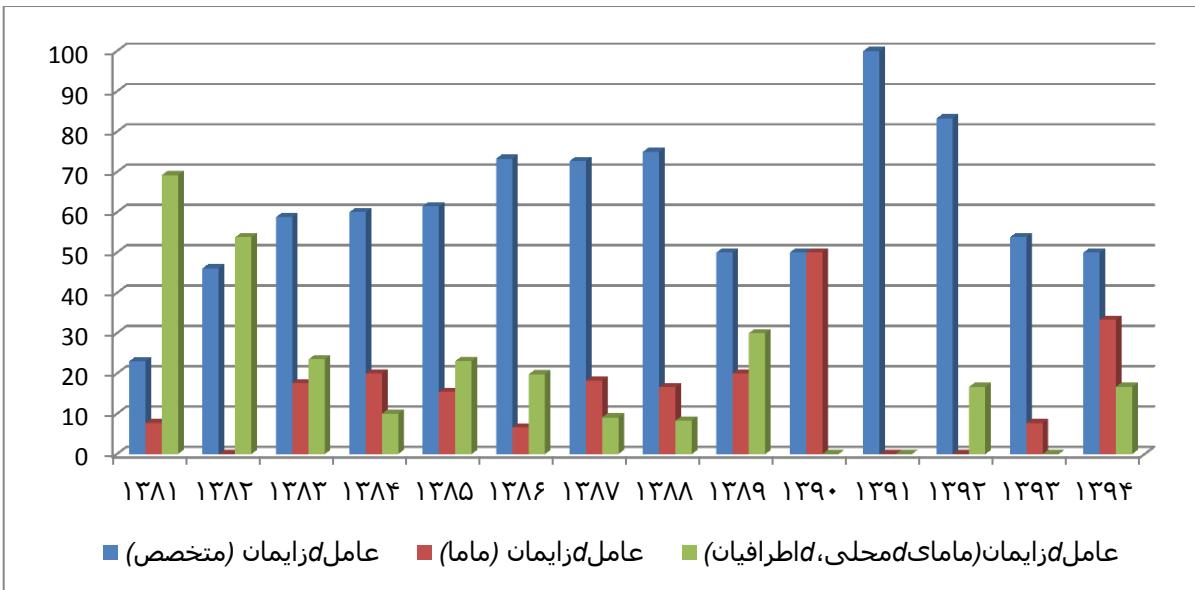
با توجه به اقدامات انجام گرفته از جمله ممنوعیت مداخله ماماهای محلی در امر زایمان و ارتقاء سطح آگاهی جامعه در جهت اقدام به زایمان ایمن و نیز فراهم نمودن تسهیلات و امکانات ویژه به منظور انتقال مناسب مادران به بیمارستان ها و مرکز درمانی، شاخص زایمان ایمن در استان پیشرفت چشمگیری داشته است (۹۹/۸ درصد).

بديهی است با فراهم نمودن امكانات مناسب در زمينه بهبود دسترسی مادران به مراکز زایمانی از مداخله افراد بدون صلاحیت در امر زایمانی پیشگیری شده و قدم بزرگی در کاهش مرگ و میر مادران برداشته خواهد شد.

با اين وجود به نظر می رسد مداخلات آموزشی و مهارتی جهت پزشکان و مامها می تواند عامل مهمی در بهبود عملکرد آنان در هنگام مواجهه با مادر پرخطر بوده و گام بزرگی در کاهش مرگ و میر مادران خواهد بود.

جدول شماره (۲۶): وضعیت مادران باردار فوت شده بر اساس عامل زایمان در استان آذربایجان غربی (درصد) ۱۳۸۱-۱۳۹۴

۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	عامل زایمان
%۵۰	۸۷.۵	۸۲.۳	۱۰۰	۵۰	۵۰	۷۵	۷۲/۷	۷۲/۳	۶۱/۵	۶۰	۵۸/۸	۴۶/۱	۲۳	پزشک متخصص زنان
%۲۲.۳	۱۲.۵	*	*	۵۰	۲۰	۱۶/۶	۱۸/۲	۶/۶	۱۵/۴	۲۰	۱۷/۶	*	۷/۷	مامای تحصیل کرده
%۱۶.۶۷	*	۱۶.۷	*	*	۳۰	۳.۸	۱.۹	۱۹/۸	۲۳/۱	۱۰	۲۳/۵	۵۳/۸	۶۹/۲	مامای محلی یا اطرافیان



تحلیل کلی

استان آذربایجان غربی یکی از استان های محروم کشور می باشد که در طی بیش از سه دهه گذشته شاخص های سلامتی آن بخصوص مادران باردار بخوبی بهبود یافته است. میزان دسترسی و بهره مندی ۹۹٪ زنان جامعه استان به تحصیلکرد های دانشگاهی (پزشک متخصص، پزشک خانواده، ماما و کارдан های بهداشت خانواده و مامایی) علیرغم تقسیمات جدید جغرافیایی (و گسترش واحد های خدمات درمانی) بهبود قابل ملاحظه ای داشته است و همین امر منجر به ارتقای جهشی شاخص های بهداشتی شده است.

در طی ده سال مورد بررسی در بیشترین موارد بارداری منجر به مرگ، حاملگی ها خواسته بوده است. این بهبود شاخص های مراقبتی و عملکردی زنان باردار در سطح اول نظام ارائه خدمات باعث بهبود شاخص های بهره مندی از سطح دوم خدمات شده که تصمین سلامتی مادران را بخوبی ارتقا داده است. کاهش موارد مرگ مادران باردار در سالهای اخیر نشانه بارزی از اثر بخشی نظام تخصصی درمان و کاهش مداخلات غیر تخصصی تهدید کننده حیات مادران (ماما های محلی) بوده است. علیرغم توفیقات کلی در بهبود شاخص های سلامتی مادران باردار متاسفانه برخی از شاخص های تاثیر گذار از قبیل کیفیت خدمات تنظیم خانواده و کیفیت خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان در چند سال گذشته بهبود نداشته یا حتی در برخی موارد سیر نزولی داشته است. هرچند شاخص های تاخیر در تصمیم گیری خانواده برای اخذ کمک و تاخیر در ارجاع در طی ۹۰-۱۳۸۶ به میزان ۲۸ درصد کاهش یافته ولی تاخیر در شروع درمان در بیمارستانها در مدت یاد شده بدون تغییر بوده و از میانگین کشوری نیز بالاتر بوده است، علیرغم اینکه میانگین این شاخص در سطح ملی نیز در مدت مذکور ۲۰ درصد افزایش یافته است و مهمترین اولویت مداخله ای

میتواند محسوب شود. بیشترین تعداد موارد مرگ در بین زوجین بیسواند جامعه رخداده است.

و از مهمترین چالش های موجود که تاثیر مستقیم و غیر مستقیمی بر وقوع مرگ مادران دارد عبارتند از :

- پایین بودن شاخص های اجتماعی و فرهنگی(سواد، جایگاه زنان در خانواده و اجتماع و..)
- مشکلات اقتصادی
- مشکلات دسترسی بموقع (کوهستانی بودن استان، راههای موصلاتی و..)
- ضعف در انجام مراقبت قبل از بارداری در نظام ارائه خدمات (پایین بودن پوشش مراقبت ها)
- ضعف نظارت سطوح سطح استادی شهرستان بر مراکز ارائه خدمات درمانی و بهداشتی
- ضعف نظارت جدی سطح استان بر ستاد های شهرستان های تابعه
- ضعف جدی در بکارگیری مداخلات مصوب کمیته های استانی در سوابقات مختلف
- عدم رعایت نظام ارجاع در سطوح بالاتر ارائه خدمات درمانی
- وجود تأخیر غیر موجه در تصمیم گیری در سطح خانواده، ارجاع از واحد های خارج بیمارستانی و شروع درمان در بیمارستان
- پایین بودن کیفیت خدمات بدلیل ضعف دانش، نگرش و مهارت های عملی ارائه کنندگان خدمات در سطوح مختلف نظام سلامت
- ضعف آموزش و هماهنگی ناکافی با بخش خصوصی در ارتباط با اجرای مراقبت های استاندارد سلامت مادران
- بالا بودن درصد سوارین

• عدم وجود سیاست های حمایت مالی مدون از مادران بی بضاعت

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

نظام مراقبت مرگ مادر با هدف 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 اجرا میگردد.

اهداف اختصاصی اجرای نظام مراقبت مرگ مادر عبارتند از:

- تعیین دقیق تر میزان بروز مرگ
- تعیین عوامل خطر مرتبط با مرگ
- طراحی و اجرای مداخلات مناسب برای بهبود شاخص های سلامت مادران چرخه نظام مراقبت با وقوع مرگ مادر آغاز میشود و با جمع آوری داده های مرگ و بررسی مورد به مورد علل قابل اجتناب توسط کمیته کاهش مرگ تحلیل شده و مداخلات لازم طراحی و به مورد اجرا گذاشته میشود. پایش و ارزشیابی این نظام نیز در قالب دو دسته شاخص های فرآیند و شاخص های پیامد براساس گردش کاری تعریف شده استخراج و شاخص های هر دسته به تناسب مورد استفاده مدیریتی و کارشناسی قرار میگیرد.

به منظور اطمینان از کیفیت فعالیت های پیش بینی شده در این نظام (تصمیم کیفیت)، مجموعه فعالیت هایی از قبیل تدوین دستورالعمل، انتخاب افراد برای جمع آوری داده ها، راهنمای تصمیم گیری ها و برنامه های کنترل کیفی پیش بینی شده است.

برای کنترل کیفی نظام مراقبت مرگ مادر پایش و ارزشیابی برنامه های مداخله ای (پایش درونی توسط سطوح مختلف نظام شبکه و پایش بیرونی توسط اعضای کمیته استانی) و پایش ساختاری (پایش تیم و کمیته) طراحی شده است که در قالب جداول تنظیمی انجام میگیرد.

پایش و ارزشیابی نظام مراقبت مرگ مادر در قالب ۳ نوع شاخص کلی جمعیت شناختی (سن و سکونت)، کیفیت خدمات سلامت بازرسی (فوacial بارداری، تمایل به بارداری، بارداری پرخطر و مادر فوت شده با بیش از ۵ بارداری)، دسترسی و کیفیت خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان انجام می گیرد که بایستی سالانه در اختیار اعضای کمیته کاهش مرگ مادر قرار گیرد.

نظام مراقبت مرگ مادری در دانشگاه

در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی ترتیبی اتخاذ شده که به محض وقوع مرگ مادر و مراقبت در طی ۲۴ ساعت به معاونت بهداشتی و مرگ های اتفاق افتاده در بیمارستان ها به معاونت های امور بهداشتی و درمان گزارش می شود. پرسشنامه بررسی علل مرگ توسط تیم پرسشگری (که مشکل از کارشناس برنامه مادران معاونت بهداشتی و کارشناس مامایی معاونت درمان و کارشناس بهداشت خانواده شهرستان مربوطه است) در اسرع وقت در محل سکونت و محل فوت مادر باردار تکمیل می گردد. سپس با حضور مدیران گروه های زنان، بیهوشی و سایر گروه های ذیربط در صورت نیاز و پزشکان متخصص و افراد دخیل در امر درمان فرد متوفی جلسه ای تحت عنوان کمیته تخصصی در حوزه معاونت درمان دانشگاه برگزار شده و پرونده مجدداً مورد بررسی کارشناسی قرار میگیرد. کمیته دانشگاهی کاهش مرگ مادر هر سه ماه یک بار به ریاست رئیس دانشگاه و با حضور اعضای کمیته تشکیل شده و پس از بررسی علل فوت، سطح مورد مداخله

از سوی کمیته تعیین می‌گردد. سطح مداخله کننده جهت رفع مشکل، مداخله را طرحی و عوامل اجرا، مداخله مورد نظر را اجرا می‌نمایند. شاخص‌های مقایسه‌ای مدیریت مراقبت مرگ مادری در استان در طی ده سال گذشته به شرح زیر بوده است. هرچند این شاخص‌ها در مقایسه با شاخص‌های کشوری از مطلوبیت بالاتری برخوردار هستند ولی نیازمند توجه جدی مدیریت ارشد دانشگاه و همکاری و مشارکت اعضای کمیته می‌باشد.

مقایسه شاخص های مدیریت مراقبت مرگ مادری در استان آذربایجان غربی از سال ۱۳۹۴-۱۳۸۱

گزارش عملکرد نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (درصد)														
گزارش به موقع مرگ های مادر اتفاق افتاده														
۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۱	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۹۱/۶	۹۰	۹۱	۱۰۰	۹۰	۹۰	۳۳/۳	
۹۶,۱۲	%۷۶	۱۰۰	۸۴	۷۰	۶۱/۰	۶۶/۶	۸۳/۳	۵۰	۵۰	۲۸/۰	۵۰	۷۰	۸۷/۶	انجام به موقع پرستگردی
۱۰۰	%۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۹۲	۹۰	۸۰	۵۳/۳	کامل بودن تبیم پرستگردی
۱۰۰	%۶۹/۱۲	%۷۵/۰	۳۶	۷۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۷۵	۵۰	۱۰۰	۵	۵۰	نتکلی به موقع کمینه بررسی مرگ و غیر مادران
۱۰۰	%۶۹/۰۳	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۳۵	۸۶	۹۱/۶	۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	کامل بودن اعضا کمینه داشتگاهی برای بررسی موارد مرگ
۱۰۰	%۶۹/۱۲۳	%۸۷/۰	۱۰۰	۱۰۰	۷۰	۷۳	۹۱/۶	۸۰	۹۱	۱۰۰	۹۰	۶۵	۸۶/۶	ارائه طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه
۱۰۰	%۶۹/۱۲۳	۱۰۰	۱۰۰	۸۰	۷۰	۷۰	۸۰	۷۰	۸۰	۵۰	۷۰	۱۰	۳۳/۳	اجزای طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه
۹۶,۱۲	%۵۳/۸۴	%۸۷/۰	۴۰	۴۱/۶	۷۰	۶۶/۶	۹۱/۶	۹۰	۸۶	۸۶/۰	۷۰	۸۵	۹۳	امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ
														شاخص های مرتبط با تأخیر
۱۱,۷۶	%۷۷/۶۹	۱۲/۰	۱۸/۲	۲۰	۱۶/۶	۱۳/۳	۱۶/۶	۳۰						تأخر در تصمیم گیری خانواده برای اخذ کمک
۱۱,۷۶	%۱۰/۳۸	۰	۰	۰	۸/۳	۶/۶	۰	۱۰						تأخر در ارجاع مادر از واحد های خارج بیمارستانی به بیمارستان
۵۸,۸۲	%۶۶/۱۰	۵۰	۳۷/۴	۵۰	۵۰	۵۳/۳	۷۰	۵۰						تأخر در شروع درمان در بیمارستان ها

با عنایت به موارد ذکر شده، در طول سال های گذشته اقدامات متعددی در جهت کاهش مرگ و میر مادران در استان و شهرستان های تابعه به انجام رسیده است که اغلب مداخلات در کمیته های دانشگاهی بررسی موارد مرگ و میر مادران طراحی و جهت اجرا به واحدهای تابعه ابلاغ شده است که مصوبات مذکور در دو سطح بهداشتی و درمانی تفکیک و در ذیل به آنها اشاره می شود.

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

در طی ۱۴ سال گذشته ۱۲۹ مداخله طراحی و به تصویب کمیته کاهش مرگ مادری دانشگاه رسیده و توسط حوزه های ذیربسط سازمانی به مبادی اجرایی ابلاغ گردیده که مصوبات به تفکیک دو حوزه درمان و بهداشت به شرح زیر بوده است:

مصطفیات کمیته های بررسی موارد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان (مصطفیات مربوط به حوزه بهداشت)

۱. برگزاری دوره آموزشی اختصاصی تئوری و عملی مراقبت از مادران باردار و زایمان اینمن برای فارغ التحصیلان جدیدالورود حداقل به مدت یک هفته در مرکز بهداشت شهرستان به روش ارزشیابی شفاهی و کتبی و ارائه گواهی قبل از شروع به کار (کمیته ۱/۲/۳ و کمیته ۵/۲۰ و ۸۲/۴/۱۱ و ۸۲/۵/۲۰)
۲. طراحی فرم ماه هفتم بارداری و تکمیل آن توسط فرد ارائه دهنده خدمت در واحدهای تابعه (ضمیم ارائه آموزش های لازم در خصوص زایمان اینمن به مادر باردار و خانواده وی، اطلاعات مقتضی در ارتباط با نحوه استفاده از حمایت های دولت برای زایمان اینمن، در حین تکمیل فرم به ایشان داده شود). (کمیته ۴/۲/۲ و ۳/۱۷ و ۲۰/۵/۸۲)

۳. بلامانع بودن استفاده از آمبولانس های واحدهای تسهیلات زایمانی و خودروهای مراکز بهداشتی درمانی برای انتقال مادر باردار از منزل به واحد تسهیلات زایمانی و یا بیمارستان (کمیته ۱/۳/۸۲)
۴. تفویض اختیار لازم به پزشکان مراکز بهداشتی درمانی در ارتباط با استفاده از خودرو مرکز جهت ایجاد شرایط لازم برای زایمان ایمن (کمیته ۱/۳/۸۲)
۵. لزوم افزایش نقش پزشکان مراکز بهداشتی درمانی در امر مراقبت مادران باردار (کمیته ۴/۲/۸۲ و کمیته ۲۰/۵/۸۲)
۶. پرداخت هزینه انتقال مادران باردار بی بضاعت و با احتمال خطر زایمانی به واحدهای تسهیلات زایمانی به بیمارستان جهت انجام زایمان ایمن تا سقف یکصد هزار ریال از برنامه های بهداشتی (جلسه هیئت رئیسه دانشگاه) (۲۰/۸/۸۳)
۷. حساس نمودن و افزایش آگاهی ساکنین مراکز روستایی از طریق معتمدین محلی، شوراهای ... در رابطه با مزایای زایمان ایمن (کمیته شانزدهم ۱۲/۵/۸۵ و ۱۷/۵/۸۷)
۸. پیگیری و مراقبت مادران باردار، به خصوص در صورت وجود مشکل و یا توصیه خاص یا ارائه نسخه دارویی برای دریافت خدمات اورژانسی، بصورت فعال صورت پذیرد. (کمیته هفدهم ۲/۷/۸۵)
۹. در مورد فوریت پزشکی یا مامایی، ابتدا اقدامات اورژانسی اولیه در جهت **Stable** شدن وضعیت مادر باردار انجام گرفته و سپس مادر باردار ترخیص یا ارجاع شود. (کمیته هفدهم ۲/۷/۸۵)
۱۰. ضمن بهره گیری از تمام توان نظام بهداشتی، برای مراقبت صحیح و موثر مادران بارداری که نیازمند مداخلات سریع و فوری هستند (بهورز، کاردان، کارشناس، پزشک، رئیس مرکز بهداشت، مدیر شبکه بهداشت و درمان) در موقع لزوم و ضروری لازم است مراتب با هماهنگی و جلب همکاری موثر

- مسئولین و معتمدین شهرستان از جمله دادگستری، نیروی انتظامی، روحانیون و ذی نفوذان محلی به صورت فعال پیگیری شود. (کمیته هفدهم ۸۵/۷/۲)
۱۱. مادران بارداری که به هر علت احتمال می‌رود دسترسی کمتری به مراقبت‌های ضروری داشته باشند، بایستی با حساسیت خاص مد نظر قرار گیرند و حتی الامکان توصیه می‌شود در مکانی که امکان دسترسی در موارد فوریت وجود دارد، سکونت داشته باشند. (کمیته هفدهم ۸۵/۷/۲)
 ۱۲. اعلام ممنوعیت فعالیت ماماهای محلی و لزوم معرفی آنان به مراجع قضایی به علت دخالت در امر پزشکی (کمیته هفدهم ۸۵/۷/۲ و ۸۶/۱/۱۴)
 ۱۳. افزایش سقف هزینه انتقال مادران بی‌بصاعث به واحدهای تسهیلات زایمانی یا بیمارستان جهت انجام زایمان از مبلغ یکصدهزار ریال به دویست هزار ریال (جلسه هیئت رئیسه ۸۶/۵/۱۷)
 ۱۴. لزوم هماهنگی با شهرستان‌ها و مراکز مجاور جهت مادران بارداری که در طول بارداری مهاجرت کرده‌اند. (کمیته بیست و یکم ۸۶/۸/۲۱)
 ۱۵. ضرورت ارجاع مادران باردار مراجعه کننده با علائم سرد رد به مراکز بهداشتی درمانی تابعه جهت ویزیت متخصص نوروولژی وزنان (کمیته بیست و هفتم ۹۴/۱۰/۲ و ۸۸/۴)
 ۱۶. با توجه به شرایط فرهنگی جامعه و بیمار، در انجام مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی تلاش بیشتری در جهت اخذ اطلاعات ضروری و لازم از مادر باردار و اطراحی‌انش صورت گرفته و ارتباط موثری برقرار شود تا امکان معاینه کامل و دقیق فراهم گردد. (کمیته هفدهم ۸۵/۷/۲)
 ۱۷. لزوم برگزاری دوره‌ای کارگاه‌های اورژانس‌های مامایی و مراقبتهاي ادغام یافته سلامت مادران، جهت ارائه دهنده‌گان خدمت در واحدهای تابعه شهرستان‌ها (کمیته ۱۷/۳ و کمیته ۲۰/۵ و ۸۲/۳) و (کمیته بیست و ششم ۸۹/۷/۸ و ۸۸/۱/۲۷)

۱۸. لزوم برگزاری دوره ای کارگاه های مشاوره تنظیم خانواده جهت ارائه دهنده کان خدمت در واحدهای تابعه شهرستان ها (کمیته ۱۷/۳/۸۲) و (کمیته بیست و ششم ۱۱/۴/۸۸) و (کمیته بیست و هفتم ۱۱/۴/۸۸)
۱۹. لزوم دخالت پزشکان خانواده در امر مشاوره تنظیم خانواده (کمیته بیست و نهم ۱۶/۲/۸۹)
۲۰. به لحاظ مسئولیت شرعی و قانونی، روسای مراکز بهداشت شهرستان ها موظفند به منظور اطمینان از کمیت و به خصوص کیفیت ارائه خدمات در واحدهای تابعه خود، از مراکز بهداشتی درمانی بصورت منظم و در برخی موارد بصورت راندوم و تصادفی بازدید دقیق و موثر به عمل آورند. (کمیته بهداشتی ۲۹/۴/۸۹)
۲۱. مسئولین واحدهای ستادی مراکز بهداشت شهرستان ها باید با اهمیت موضوع مراقبت و پیشگیری از مرگ و میر مادران باردار آشنا و موظف شوند نهایت همکاری را از نظر فرآیندهای اجرایی، فنی، پشتیبانی در جهت ارتقاء کیفیت خدمات، نمایند. (کمیته بهداشتی ۲۹/۴/۸۹ و ۸۹/۷/۸)
۲۲. نحوه عملکرد پرسنل (در هر سطحی) در خصوص ارائه خدمات بهداشتی به خصوص ارائه خدمات به مادران باردار در میزان دریافتی غیرمستمر ایشان اعم از اضافه کاری، کارانه و... تاثیر ویژه داشته باشد. (کمیته بهداشتی ۲۹/۴/۸۹)
۲۳. لزوم استمرار فرآیند شناسایی مادران باردار در معرض خطر High Risk با تأکید بر ارتقاء کمی و کیفی فرآیند مراقبت پیش از بارداری و مراقبت بارداری، جهت انجام مداخلات به موقع و ضروری (کمیته ۵/۸۲ و کمیته سی و دوم ۱/۴/۹۰ و ۱۱/۲/۹۴ و ۵/۵/۹۴)
۲۴. لزوم فراهمی دسترسی و تسهیل در نقل و انتقال و اعزام مادران باردار خصوصا از مناطق روستایی و صعب العبور به مراکز زایمانی (کمیته سی و دوم ۱/۴/۹۰)

۲۵. ارتقاء کمی و کیفی وضعیت واحدهای تسهیلات زایمانی در جهت بهبود دسترسی و بهره مندی مادران باردار از خدمات مراقبتی (کمیته سی و دوم (۹۰/۴/۱
۲۶. لزوم تجهیز و استاندارد نمودن آمبولانس های واحدهای تسهیلات زایمانی (کمیته سی و دوم (۹۰/۴/۱
۲۷. لزوم ادامه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی رایگان به مادران باردار بری بضاعت (کمیته سی و دوم (۹۰/۴/۱
۲۸. لزوم اطلاع مدیران و روسای مرکوز بهداشت شهرستان ها از وضعیت مادران باردار در معرض خطر و در صورت لزوم مداخله موثر آنان در جهت حفظ و نجات جان مادر و نوزاد (کمیته سی و سوم (۹۰/۹/۲۷
۲۹. لزوم تشویق کارکنانی که بصورت موثر در نجات جان مادران باردار مداخلات موثر داشته اند. (کمیته سی و چهارم (۹۰/۹/۲۷و۹۱/۳/۳۱
۳۰. لزوم برخورد مناسب و قاطع با کارکنانی که در امر مراقبت های مادران در تمام مراحل قصور و کوتاهی داشته اند. (کمیته سی و چهارم (۹۱/۳/۳۱
۳۱. لزوم نظارت بر ثبت کامل و صحیح کلیه اقدامات مراقبتی و درمانی انجام گرفته در تمام مراحل پیش از بارداری و بارداری، زایمان و پس از زایمان مادران باردار (کمیته سی و چهارم (۹۴/۲/۱۳و۹۱/۳/۳۱ و (۹۴/۷/۸و۸۹/۷/۸)
۳۲. لزوم بکارگیری نیروی کاری معتبر در خانه های بهداشتی که نیاز به مداخلات موثر برای نجات جان گروه های هدف بخصوص مادران و کودکان دارند (کمیته سی و چهارم (۹۲/۱۰/۱۴و۹۱/۷/۸)
۳۳. تامین نیروی انسانی مناسب (ماماها و وزیده) جهت راه اندازی هرچه سریعتر واحد تسهیلات زایمانی قطور (کمیته (۹۲/۱۰/۱۴و۹۱/۷/۸) و جلسه هم اندیشی بحران (۹۴/۱۰/۱۰)

۳۴. هماهنگی با شهرستان‌ها در خصوص تاکید بر انجام مشاوره در برنامه
باروری سالم در جهت کاهش بارداری‌های پرخطر و ناخواسته (کمیته ۲/۲/۸۷)

(۹۳/۳/۳)

۳۵. شناسایی بموقع و پیگیری فعال زنان باردار تحت پوشش (کمیته ۲۰/۵/۸۲)

۳۶. مکاتبه با کلیه پزشکان متخصص زنان وزایمان شاغل در مراکز درمانی
استان و مطبهای خصوصی در جهت ارتقاء کمیت و کیفیت مراقبات
بارداری (کمیته ۱۱/۱/۸۶/۲ و ۸۷/۲/۲)

۳۷. نظارت بر تامین پزشک، ماما، خودرو و تجهیزات لازم در مراکز بهداشتی
درمانی به منظور بهبود کمیت و کیفیت مراقبتهای دوران بارداری (۸۷/۲/۲)

۳۸. افزایش حساسیت کارکنان سیستم بهداشتی دخیل در امر مراقبت مادران
باردار در خصوص ارتقاء کیفیت خدمات مراقبتهای دوران بارداری
(۹۴/۳/۳ و ۸۹/۱۰/۱۷ و ۸۷/۵/۱۷ و ۸۷/۲/۲)

۳۹. مکاتبه با سازمان پزشکی قانونی جهت تسریع در ارسال جواب اتوپسی
مادران باردار فوت شده (۹۱/۳/۳۱)

۴۰. ایجاد حساسیت لازم در مادر باردار و اطرافیان وی جهت دریافت پسخوراند
از پزشکان متخصص در بخش خصوصی دولتی جهت اطلاع کارکنان
شاغل در مراکز بهداشتی به منظور اطلاع کارکنان از روند ادامه مراقبت
و درمان (۹۴/۳/۳)

۴۱. ضروری است مرکز DIC زنان با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی توسعه
سازمان بهزیستی راه اندازی گردد (۹۴/۱۰/۲)

۴۲. مقرر شد کلیه مادران بارداری که دارای عوامل خطر بیماری‌های قلبی از
جمله BMI بالا، هیپرتانسیون، Chest pain هستند، توسط ارائه دهنده‌گان
خدمت در مراکز بهداشتی درمانی شناسایی شده به منظور بررسی از نظر
چربی خون و سایر ریسک فاکتورهای قلبی، جهت ویزیت پزشکان

متخصص قلب و عروق به کلینیک تخصصی قلب و عروق بیمارستان
سیدالشهداء ارومیه ارجاع شوند. (کمیته ۱۰/۲/۹۴)

مصوبات کمیته های بررسی موارد مرگ مادران در اثر عوارض
بارداری و زایمان (مصطفیات مربوط به حوزه درمان)

۴۳. الزام همکاران شاغل در بیمارستان ها بر مستندسازی دقیق پرونده های بیمارستانی (کمیته ۴/۲/۸۲ و کمیته ۵/۲۰/۸۲ و ۲/۲۰/۸۴ و ۱/۲۷/۸۴ و ۲/۲۰/۸۸ و ۲/۲۰/۸۴) و ۹۴/۱۰/۲
۴۴. تلاش در جهت جلب رضایت همراهان به انجام اتوپسی مادران باردار فوت شده جهت تشخیص نهایی علت فوت (کمیته ۴/۲/۸۲ و ۳/۹/۸۳ و ۴/۲/۸۳ و ۶/۶/۸۶ و ۱۰/۱۴/۸۶ کمیته ۱۴/۶/۸۶ و ۱۰/۱۴/۸۶)
۴۵. لزوم Stable کردن مادران باردار یا زایمان کرده در بیمارستان قبل از اعزام به مراکز بالاتر (کمیته ۴/۲/۸۲ و ۱۱/۵/۹۴)
۴۶. بهبود مستندسازی اقدامات انجام شده در سطح بیمارستان ها در موقع اعزام و ارجاع به بیمارستان شهرستان بلوک (کمیته ۳/۱۷/۸۳)
۴۷. اطلاع رسانی سریع و بموقع به پزشک اورژانس توسط پرسنل بخش، در زمان بروز عارضه جهت بیمار بستری در بخش (کمیته ۳/۱۷/۸۳)
۴۸. بهبود سیستم گزارش دهی فوری مرگ مادر توسط بیمارستان ها (کمیته ۴/۵/۸۳)
۴۹. دخالت دادن کامل بودن پرونده بستری یا سرپایی بیمار، در پرداخت کارانه به متخصصین و پزشکان بیمارستان ها (کمیته ۴/۵/۸۳)
۵۰. لزوم ویزیت تمام مادران باردار توسط پزشک متخصص زنان (بدون در نظر گرفتن اظهارات مامای کشیک) (کمیته ۳/۹/۸۳ و ۲/۲/۸۷)
۵۱. بهبود مدیریت اعزام بیماران اورژانس توسط آمبولانس به نحوی که بیمار اورژانسی در اسرع زمان توسط آمبولانس اعزام شود. (کمیته ۳/۹/۸۳)

.۵۲. دستور شفاهی متخصصین برای انجام اینداکشن قابل اجرا نبوده و اینداکشن حتماً بایستی تحت نظر متخصص و با دستور کتبی وی و مرحل آن توسط ماما تحت نظارت متخصص باشد. (کمیته چهاردهم ۸۴/۲/۲۰ و ۸۶/۷/۸)

.۵۳. مراکز بلوک ارائه دهنده خدمات درمانی در سطح استان، علاوه بر پذیرش ارجاعات از شهرستان‌های تحت پوشش، در موارد ضروری از نظر نیروی تخصصی در منطقه تحت پوشش نیز مستول بوده و می‌بایست اقدام لازم را در این خصوص به عمل آورند لذا ضمن اعلام این موضوع به کلیه نیروهای متخصص، بایستی هنگام عقد قرارداد با نیروی جدید (خصوصی بپوشان متخصص زنان و بیهوشی) مورد تأکید و در قرارداد لحاظ گردد. (کمیته چهاردهم ۸۶/۳/۵ و ۸۶/۲/۲۰)

.۵۴. در صورتیکه به هر علت (استفاده از مرخصی زایمان، استفاده از مرخصی استحقاقی طولانی مدت و ...) امکان حضور پزشک متخصص در شهرستانی فراهم نباشد، لازم است حداقل از دو ماه قبل، موضوع از طریق معاونت درمان با هماهنگی معاونت آموزشی و مدیر گروه آموزش بالینی مرتبط، پیگیری و از دستیاران سال آخر و متخصصان شاغل در سایر شهرستان‌ها جهت تامین نیروی تخصصی در شهرستان، استفاده خدمتی به عمل آید.

(کمیته چهاردهم ۸۶/۲/۲۰ و ۸۶/۲/۱۶)

.۵۵. در نظر گرفتن مدیریت واحد و شفاف جهت بیمار (خصوصاً بیماران **Complicated**) به نحوی که ارزیابی و پیگیری وضعیت سلامت بیمار توسط یک شخص واحد مدیریت شود. (کمیته پانزدهم ۸۶/۷/۲۸)

.۵۶. عدم دخالت جراح عمومی در مورد بیماران مامایی بجز موارد اورژانسی (کمیته پانزدهم ۸۶/۷/۲۸)

.۵۷. در مواردی که انجام اقدام درمانی به علت عدم رضایت همسر یا اطرافیان مادر باردار ممکن است به تأخیر افتد، مسئولین شهرستانی (اعم از مسئولین

- دادگستری شهرستان، مدیر شبکه، ریاست بیمارستان و...) به نحو مقتضی
دخالت موثر نمایند. (کمیته شانزدهم ۸۵/۷/۲ و ۸۵/۷/۱۲)
- .۵۸. اصلاح فرآیند مدیریت مادران باردار بستری شده در مراکز درمانی تابعه در
قالب ستاد هدایت، اطلاع رسانی و رسیدگی به امور درمان دانشگاه (کمیته
نوزدهم ۸۶/۳/۵ و ۸۵/۷/۸)
- .۵۹. پرهیز از مشاوره یا صدور دستورات پزشکی بصورت تلفنی و بدون ویزیت
بیمار (کمیته نوزدهم ۸۶/۳/۵)
- .۶۰. لازم است کلیه مراکز درمانی نسبت به پذیرش و ارائه خدمات درمانی به
بیماران نیازمند در اسرع وقت اقدام و در صورت ضرورت برخورداری از
سایر خدمات تخصصی، نسبت به انجام هماهنگی های لازم و پیگیری
مشاوره های مربوطه اقدام نمایند. (کمیته نوزدهم ۸۶/۳/۵)
- .۶۱. پذیرش بیماران اعزامی از سایر مراکز و یا بیماران مراجعه کننده به
واحدهای درمانی، منوط به ارائه دلایل و مستندات علمی کافی با اخذ نظریه
و ویزیت کامل پزشک متخصص مربوطه می بایست صورت گیرد. (کمیته
نوزدهم ۸۶/۳/۵ و ۹۴/۵/۱۱)
- .۶۲. اصلاح روند مشاوره بیمارستانی به نحوی که در شهرستان ارومیه امکان بهره
مندی از حضور **Attending** به همراه رزیدنت وجود داشته باشد. (کمیته
بیستم ۸۶/۷/۲ و ۹۴/۱۰/۲)
- .۶۳. لزوم هماهنگی با متخصصین رادیولوژی در خصوص انجام CTScan یا
MRI (در ساعات اولیه پس از مرگ) جهت تشخیص مشکلات احتمالی
مغزی یا سایر ارگان ها در مواردی که علت مرگ نامشخص بوده اطرافیان
تمایلی به اتوپسی مادر متوفی ندارند. (کمیته بیست و سوم ۸۷/۲/۲)
- .۶۴. لزوم بررسی دوره ای و مرتب تجهیزات اورژانس مراکز درمانی و تامین
تجهیزات مورد نیاز در اسرع وقت (کمیته بیست و سوم ۸۷/۲/۲)

۶۵. لزوم استفاده و بهره برداری از پروتکل آموزشی تدوین شده توسط گروه آموزشی زنان در خصوص پیشگیری از ترومبوآمبولی بعد از زایمان و سازارین (کمیته بیست و سوم ۸۷/۲/۲) و (کمیته بیست و چهارم ۸۷/۵/۱۷)
۶۶. لزوم نظارت روسای مراکز درمانی در خصوص مدیریت واحد بیمار توسط پزشکان متخصص در بیمارستان (کمیته بیست و چهارم ۸۷/۵/۱۷)
۶۷. الزام حضور **Attending** بیهوشی در مراکز آموزشی درمانی در امر بیهوشی دادن به بیمار و جلوگیری از این عمل توسط دستیار سال اول به تنهایی (کمیته بیست و چهارم ۸۷/۵/۱۷)
۶۸. منوعیت بستری بیماران در مرکز درمانی توسط کادر غیر کشیک (کمیته بیست و پنجم ۸۷/۸/۲)
۶۹. منوعیت تزریق آتروپین به منظور تسريع در پیشرفت زایمانی و اعمال فشار بر روی فوندوس رحم به منظور خروج جنین در مرکز زایمانی (کمیته بیست و ششم ۸۸/۱/۲۷) و کمیته بیست و هفتم ۸۸/۴/۱۱)
۷۰. ضرورت ارائه پسخوراند توسط پزشکان متخصص به واحدهای بهداشتی درمانی در خصوص مادران باردار ارجاعی و دخالت این امر در پرداخت غیر مستمر پزشکان (کمیته بیست و ششم ۸۸/۱/۲۷ و ۹۴/۳/۳ و ۹۴/۲/۱۳)
۷۱. الزام بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه در خصوص لزوم پیشگیری از مخدوش نمودن پرونده های بیمارستانی (کمیته بیست و ششم ۹۴/۳/۳ و ۸۸/۱/۲۷)
۷۲. الزام بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه در خصوص نظافت و تعویض البسه بیماران توسط کادر بیمارستان (کمیته بیست و ششم ۸۸/۱/۲۷)
۷۳. الزام دستیاران در مراکز آموزشی درمانی به ویزیت سریع بیماران در هنگام پذیرش و اطلاع به آنکال مربوطه در اسرع وقت در جهت پیشگیری از تاخیر در اقدامات درمانی مربوطه (کمیته ۸۶/۳/۵ کمیته بیست و ششم ۸۸/۴/۱۱ و ۸۸/۱/۲۷)

۷۴. ضرورت ارجاع مادران باردار مراجعه کننده با علائم سرد در به مراکز
خصوصی تابعه جهت ویزیت پزشک متخصص نورولوژی
وزنان (کمیته ۲/۸۷ و ۹۶ و ۱۰/۲ و ۸۸/۴ و ۱۱/۴ و ۹۴ و ۲) (۹۴/۱۰/۲)
۷۵. ضرورت نظارت دفاتر پرستاری در خصوص مادران بارداری که با رضایت
شخصی مرخص می شوند و اتخاذ تدابیر لازم در جهت توجیه بیماران
توسط پزشک معالج تrixیص کننده، در خصوص عواقب و عوارض عدم
اخذ خدمات درمانی و تبعات ناشی از تRIXیص با رضایت شخصی (کمیته
بیست و هفتم ۹۴/۵ و ۱۱/۴ و ۹۴ و ۲ و ۸۸/۴ و ۱۱/۴ و ۹۴ و ۲) (۹۴/۱۰/۲)
۷۶. ضرورت اخذ شرح حال دقیق، ویزیت کامل و حضور به موقع پزشکان
متخصص بر بالین بیماران و صدور دستورات پزشکی بصورت کتبی و با
درج در پرونده بیماران (کمیته بیست و هفتم ۸۸/۴/۱۱)
۷۷. ضرورت ارسال رحم هیسترکتومی شده به آزمایشگاه جهت اقدامات
تشخیصی پاتولوژیک (کمیته بیست و هفتم ۸۷/۲/۲ و ۸۸/۴/۱۱ و ۹۴/۲/۱۳)
۷۸. ضرورت تسریع در درخواست و پیگیری فرآورده های خونی مورد نیاز و
ترانفسوزیون سریع و کافی (کمیته بیست و هفتم ۸۸/۴/۱۱)
۷۹. لزوم بهره مندی از مقاد کتاب راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و
زایمان در بیمارستان های دوستدار مادر (کمیته بیست و هشتم
(۹۴/۲/۱۳ و ۸۸/۸/۲۱)
۸۰. ضرورت انجام هماهنگی های لازم توسط متخصصین زنان شهرستان ها با
گروه آموزشی زنان در خصوص نحوه ارائه خدمات درمانی به مادران باردار
که با عارضه بارداری و زایمان مواجه شده اند. (کمیته بیست و هشتم
(۸۸/۸/۲۱)
۸۱. ضرورت ارجاع مادران باردار مراجعه کننده با علائم غیر طبیعی تهوع و
استفراغ جهت ویزیت پزشک متخصص داخلی توسط متخصصین زنان
(کمیته بیست و هشتم ۸۸/۸/۲۱)

۸۲ الزام پزشکان متخصص جراح عمومی مبتنی بر جراحی اورژانس زنان در موقع عدم حضور پزشک متخصص زنان در شهرستان (کمیته بیست و نهم ۸۹/۲/۱۶)

۸۳ الزام بخش های اورژانس کلیه مراکز درمانی به ویزیت و پذیرش مادران باردار (برابر تعریف نظام مراقبت مادران از اولین روز بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان) مراجعة کننده، توسط پزشک متخصص زنان و در صورت نیاز الزام مشاوره های لازم و اقدامات درمانی مناسب و انتقال به بخش های دیگر بعد از STABLE شدن (کمیته سی ام ۸۹/۷/۸ و ۹۴/۵/۱۱ و ۹۴/۲ و ۹۴/۱۰/۸)

۸۴ الزام مراکز درمانی و بیمارستان ها به ویزیت مادران ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی به منظور بهره مندی از خدمات تخصصی، توسط متخصصین مربوطه با هماهنگی و اطلاع مترون و سوپر وایزر بیمارستان (کمیته سی ام ۸۹/۷/۸)

۸۵ الزام پزشکان بخش خصوصی جهت اعلام و معرفی مادران باردار بخصوص High Risk جهت پیگیری به مراکز بهداشت شهرستان ها (کمیته سی و یکم ۸۹/۱۰/۱۶ و ۹۴/۱۰/۲ و ۹۷/۲/۲)

۸۶ الزام پزشکان بخش خصوصی به تشکیل پرونده برای تمام بیماران و تکمیل پرونده ها و بایگانی صحیح و استاندارد پرونده ها (کمیته سی و یکم ۸۹/۱۰/۱۶)

۸۷ در صورت عدم تمايل همراهان مادران باردار پرخطر (برابر تعریف نظام مراقبت مرگ مادری) به بستری در بیمارستان، اجازه ترک مطب می بايست با اخذ رضایت کنندگان و پس از توجیه کامل همراهان و اعلام عواقب احتمالی حاصل از عدم بستری مادران، انجام گیرد. (کمیته سی و یکم ۸۹/۱۰/۱۶ و ۸۵/۷/۸)

۸۸ فرم مراقبت دوران بارداری برابر چارچوب تعیین شده تکمیل و ضمیمه پرونده پزشکی مراجعین مطب های خصوصی گردد. همچنین نسخه ای از

- فرم مذکور در زمان بسته مادران در بیمارستان، با آنان تحويل داده شود تا
ضمیمه پرونده بیمارستانی گردد. (کمیته سی و یکم ۸۹/۱۰/۱۶)
- .۸۹ لزوم اختصاص فضا در بیمارستان ها به عنوان محل اسکان موقت مادران
باردار ساکن مناطق دوردست و صعب العبور (کمیته ۸۵/۷/۸ و کمیته سی و
دوم ۹۰/۴/۱)
- .۹۰ لزوم تجهیز و استاندارد نمودن آمبولانس های بیمارستان های بین راهی
(کمیته سی و دوم ۹۰/۴/۱)
- .۹۱ لزوم رایانه خدمات بهداشتی درمانی رایگان به مادران بی بضاعت (کمیته سی
و دوم ۹۰/۴/۱)
- .۹۲ لزوم اطلاع مدیران محترم شبکه و روسای بیمارستان ها از وضعیت مادران
باردار در معرض خطر و در صورت لزوم مداخله موثر آنان در جهت حفظ
ونجات جان مادر و نوزاد (کمیته سی و سوم ۹۰/۹/۲۷)
- .۹۳ لزوم تامین پزشک متخصص زنان و بیهوشی در تمام بیمارستان های اسناد
(کمیته سی و سوم ۹۰/۹/۲۷)
- .۹۴ لزوم ایجاد بانک خون و تامین فرآورده های خونی (مخصوصا گروه خون
منفی) در تمام بیمارستان های استان (کمیته ۱/۲۷ و ۸۸/۸/۱۱ و کمیته سی و سوم
۹۰/۹/۲۷ و ۹۰/۱۰/۲)
- .۹۵ لزوم تشویق کارکنانی که بصورت موثر در نجات جان مادران باردار
مداخلات موثر داشته اند. (کمیته سی و چهارم ۹۱/۳/۳۱)
- .۹۶ لزوم برخورد مناسب و قاطع با کارکنانی که در امر مراقبت های مادران در
تمام مراحل قصور و کوتاهی داشته اند. (کمیته ۸/۲/۸۷ و ۸/۴/۱۱ و کمیته سی
و چهارم ۹۱/۳/۳۱)
- .۹۷ لزوم نظارت بر ثبت کامل و صحیح کلیه اقدامات مراقبتی و درمانی انجام
گرفته در تمام مراحل بارداری، زایمان و پس از زایمان (کمیته سی و چهارم
(۹۱/۳/۳۱))

- .۹۸. مکاتبه با شبکه های بهداشت و درمان و الزام همکاران بیمارستانی به ارجاع و اعزام مادران پرخطر به مرکز درمانی مجهرزتر (۹۲/۵/۲۳)
- .۹۹. الزام بیمارستان ها به ویزیت مادران باردار توسط پزشکان متخصص زنان و سایر متخصصین در صورت مراجعته به اورژانس بیمارستان قبل از ترخیص (۹۲/۵/۲۳)
- .۱۰۰. الزام بیمارستان ها به ایجاد حساسیت و پاسخگو بودن کادر معالج در طول درمان (۹۲/۵/۲۳)
- .۱۰۱. مکاتبه با شهرستان ها و لزوم نظارت بر رعایت پروتکل تزریق اکسی توسین در بخش های زایمان (کمیته ۸۹/۷/۸ و ۹۲/۷/۳۱)
- .۱۰۲. اعزام مادران باردار پر خطر از بیمارستان (سطح ۲) به سطح ۳ قبل از به مخاطره افتادن مادر انجام پذیرد. (۹۴/۳/۳)
- .۱۰۳. الزام بیمارستان ها به رسیدگی سریع و مطلوب به بیماران علی الخصوص مادران باردار و زایمان کرده در بخش اورژانس (کمیته ۹۲/۷/۳۱)
- .۱۰۴. لزوم نظارت بر ترخیص بیماران با رضایت شخصی در مرکز درمانی (بررسی موارد توسط مسئول فنی بیمارستان یا دفتر پرستاری) (کمیته ۹۲/۷/۳۱ و ۹۴/۱۰/۲)
- .۱۰۵. حضور یک نفر از اعضای گروه علمی تخصصی زنان در تیم پرسشگری و شرکت در بررسی های مرگ و میر مادران (۹۴/۲/۱۳ و ۹۱/۳/۳۱)
- .۱۰۶. الزام کادر درمانی در نظام شبکه به معاینه دقیق بیماران بر اساس وضعیت موجود و عدم انطباق با مسائل حاشیه ای (گذاشتن تشخیص هیسترنک و عدم معاینه بیمار) (کمیته ۹۲/۷/۳۱)
- .۱۰۷. لزوم ایجاد هماهنگی و شرایط مطلوب در زمینه همکاری تیمی متخصصان برای تصمیم گیری و تعیین تکلیف سریع بیماران باردار و ارتقا روند بهبود مشاوره های بیمارستانی (کمیته ۹۲/۷/۳۱ و ۹۲/۲/۱۲ و ۸۵/۱/۲۷ و ۸۸/۱/۲۷)

۱۰۸. لزوم احساس مسئولیت و پاسخگو بودن کادر معالج (متخصصین و پرسنل کشیک) در طول فرایند درمان (کمیته ۹۲/۷/۳۱) (۹۲/۱۲/۲۴)
۱۰۹. تدوین خط مشی نحوه اداره کرد بیماران باردار پر خطر (کمیته ۹۲/۱۲/۲۴)
۱۱۰. برنامه ریزی برای توجیه کامل بیماران پر خطر برای مراجعه کافی و به موقع ویزیت های در طول بارداری و نیز در صورت بروز علایم (بخش خصوصی و دولتی) (کمیته ۹۲/۱۲/۲۴)
۱۱۱. ایجاد هماهنگی و شرایط مطلوب در زمینه همکاری مستمر بین کادر تخصصی و درمانی بیمارستان در راستای حسن اجرای روند درمانی بیماران (کمیته ۹۳/۳/۳)
۱۱۲. برگزاری کارگاههای آموزشی فوریتهای ماما بی و کارگاه نظام مرگ مادر باردار در اثر عوارض بارداری وزایمان، ومطرح کردن موارد مرگ مادر بصورت **case** در دوره های بازآموزی، جهت پزشکان عمومی و متخصصین ذی-ربط بخشنده خصوصی و دولتی (کمیته ۹۴/۵/۱۱ و ۹۴/۲/۱۳ و ۹۴/۴/۱۰ و ۹۴/۴/۱۶ و ۹۴/۴/۱۰ و ۹۴/۲/۲۰)
۱۱۳. ارائه موارد مرگ مادران (**case Report**) در قالب برگزاری سمینار یا جلسات بازآموزی با حضور متخصصینو کلیه گروههای آموزشی مرتبط (کمیته ۹۴/۱۰/۲ و ۹۴/۲/۱۳ و ۹۴/۴/۱۱ و ۹۴/۴/۱۰ و ۹۴/۲/۱۶ و ۹۴/۴/۱۰ و ۹۴/۲/۲۰)
۱۱۴. مکاتبه با کلیه پزشکان متخصص زنان وزایمان و عمومنی ماما های بخش خصوصی شاغل در استان به منظور لزوم معرفی مادران باردار در معرض خطر به مراکز پهداشت شهرستان ها جهت انجام پیگیریهای موثر (۸۷/۲/۲)
۱۱۵. از انجام روشهایی که توسط شواهد علمی تایید نشده است مانند-**shave-****enema-iv line** و آمینوتومی زودرس و... خودداری گردد. (۸۹/۷/۸)
۱۱۶. تاکید بر حاکمیت بالینی (۹۱/۳/۳۱)
۱۱۷. اگر پزشک متخصص معالج به هر علتی از پزشکان متخصص دیگر درخواست مشاوره مجدد نمود لازم الاجرا است. (۹۴/۵/۱۱ و ۹۴/۳/۳)

۱۱۸. پزشکی که از وی درخواست مشاوره گردیده تا موقع **Stable** شدن بیمار به همراه پزشک معالج برای بیمار حضور داشته باشد.(۹۴/۳/۳)
۱۱۹. در مواردی که بیمار نیاز به مراقبت ویژه دارد حتماً یک تخت در **ICU** به وی اختصاص یابد و در صورت خالی نبودن تحت در **ICU** امکانات مراقبت ویژه به نحو مقتضی برای بیمار فراهم شود.(۹۴/۳/۳)
۱۲۰. مستولیت بیماران اعざامی تا رسیدن به بیمارستان مقصد بر عهده پزشک اعظام کننده میباشد.(۹۴/۵/۱۱)
۱۲۱. لازم است اعظام بیماران تا **STABLE** شدن علائم حیاتی بیمار به تعویق افتد.(۹۴/۵/۱۱)
۱۲۲. لازم است کد اورژانس‌های مامایی در هر بیمارستان تعریف گردد و به محض اعلام کم مورد نظر تمام پرسنل نسبت به حضور بر بالین بیماردار اسرع وقت اقدام نمایند.(۹۴/۵/۱۱)
۱۲۳. ترخیص مادران باردار و زایمان کرده در بیمارستان سطح ۳ مبایست توسط **ATEND** صورت پذیرد.(۹۴/۵/۱۱)
۱۲۴. کلیه بخششانه‌های معاونت درمان مجدداً به تمامی بیمارستانهای استان (دولتی و خصوصی) ارسال گردد.(۹۴/۵/۱۱)
۱۲۵. با توجه به ضرورت ارتقای دانش و آگاهی کادر اورژانس پیش بیمارستانی (۱۱۵)، تربیت نیروی کارشناس مجرب سریعاً در دستور کار معاونت آموزشی و درمان قرار گیرد.(۹۴/۱۰/۲)
۱۲۶. کلیه بخششانه‌ها و دستورالعمل‌های مادران به صورت پوستر به تمامی مطبها و کلینیکهای پزشکان متخصص زنان و عمومی و ماماهای استان ارسال گردد.(۹۴/۱۰/۲)
۱۲۷. ممنوعیت استفاده از تلفن همراه توسط کادر درمانی در زمان شیفت، و در صورت مشاهده برخورد جدی خواهد گردید.(۹۴/۱۰/۲)

۱۲۸. مسئول ثبت دستورات و اقدامات، ارائه کننده خدمت (پزشک - پرستار -
ماما) بوده و بر پرهیز اقدامات موازی و متعدد توسط افراد مختلف تاکید
گردید.(۹۴/۱۰/۲)

۱۲۹. لازم است کادر درمانی بیمارستان به اظهارات و شکایات اعلام شده توسط
مادر باردار یا همراهان وی توجه کافی نموده بسته به شرایط بصورت
متناسب و به موقع اقدام نمایند.(۹۴/۱۰/۲)

اهداف استراتژیک زیر برای ارتقا سلامت مادران توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه میشود:

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

رسالت برنامه سلامت مادران

کاهش بار بیماری های ناشی از بارداری، زایمان و پس از زایمان در مادر و نوزاد (در ۶ ساعت اول بعد از تولد) در راستای ارزش های سازمانی، تعهدات ملی و بین المللی.

هدف کلی

ارتفاع سطح سلامت زنان در دوران بارداری و پس از زایمان و کاهش مرگ و میر بر اثر عوارض بارداری و زایمان

هدف کمی کشوری با توجه به تعهدات ملی و بین المللی

- براساس اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development goals) و آخرين بیانیه سازمان جهانی بهداشت که مورد تمهد جمهوری اسلامی ایران قرار گرفته است، نسبت مرگ و میر مادران کشور(MMR) تا سال ۲۰۳۰ میلادی باید ۷۰ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ میلادی کاهش یابد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر جهانی نباشد.
- اگر این نسبت را در سال ۱۹۹۰ بین ۹۰ تا ۷۵ در صدهزار موالید زنده تخمین بزنیم، این شاخص تا سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۴ هجری خورشیدی) باید تا میزان ۱۸ الی ۲۲ در صد هزار موالید زنده و تا سال ۲۰۳۰ تا میزان ۱۵ در صدهزار تولد زنده کاهش یابد. هر چند شاخص مذکور در سال ۱۳۹۴ به ۲۰ کاهش یافته ولی با هدف گذاری کمی شورای سیاستگزاری وزارت متبع مبنی بر کاهش موارد مرگ مادر به ۱۵ مورد در یک صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه ششم مسئولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و به تبع آن دانشگاههای علوم پزشکی برای برنامه ریزی و اجرای مداخلات پیش بینی شده ستگین تر شده و نیازمند تلاش جدی فراتر از برنامه های موجود و تکراری بشدت محسوس می باشد.

اهداف دوره ای (تا پایان سال ۱۳۹۵)

- کاهش میزان مرگ مادران به میزان حداقل ۱۵ درصد هزار
- افزایش پوشش مراقبت قبل از بارداری به میزان حداقل ۷۰ درصد
- افزایش پوشش مراقبت دوران بارداری به میزان حداقل ۹۸ درصد
- افزایش پوشش زایمان ایمن به میزان ۱۰۰ درصد
- افزایش پوشش مراقبت های پس از زایمان به میزان حداقل ۹۸ درصد
- افزایش پوشش زایمان کم درد و بی درد دارویی و غیر دارویی به میزان حداقل ۵۰ درصد
- افزایش کمی و کیفی بیمارستان های دوستدار مادر به میزان ۱۰۰ درصد

استراتژی های کشوری برای دستیابی به اهداف برنامه سلامت مادران

- بهبود کیفیت خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی و بیمارستانی
- افزایش فراهمی و دسترسی به خدمات بارداری و زایمان و به خصوص فوریت های زایمانی در مناطق محروم و نیازمند (۱۰۰ هزار زایمان در سال)
- افزایش آگاهی عمومی به اهمیت مراقبت های بارداری و زایمان و توجه به علایم خطر در این دوران و انجام واکنش مناسب در صورت مواجهه
- بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده و توجه بیشتر به بارداری در مادران در معرض خطر

مروی بر مطالعات انجام گرفته

۱-Trends in maternal mortality ۱۹۹۰ to ۲۰۱۰.

WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimate

براساس بررسی وضعیت مرگ و میر مادران بین سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۱۰ که ۱۸۰ کشور را پوشش می‌داد، ۱۵۴ کشور نسبت مرگ و میر را کاهش داده اند در حالیکه ۲۶ کشور دارای افزایش مرگ و میر می‌باشند. قابل توجه اینکه در ۱۰ کشور از ۱۸۰ کشور مورد مطالعه قبلاً ۷۵ درصد زودتر از هدف سال ۲۰۱۵ به کاهش مرگ و میر مادران دست یافته اند. این کشورها شامل: استونی ۹۵٪، مالدیو ۹۳٪، بیلاروس و رومانی ۸۴٪، ایران ۸۱٪، لیتوانی و نپال ۷۸٪ و ویتنام ۷۶٪ می‌باشد.

۲- Trends in maternal mortality over the last fifty years in Italy

Prepared by impact, university of Aberdeen, UK. April ۳rd ۲۰۰۹

براساس مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۹، میزان مرگ و میر مادران در کشور ایتالیا ۱۵۰ در ۱۰۰ هزار تولد زنده مشابه آنچه در کشورهای با درآمد پایین مانند کلمبیا، مصر و ویتنام می‌بینیم بود، در حالیکه امروزه کشور ایتالیا یکی از کشورهایی است که دارای پایین ترین میزان مرگ و میر مادران در جهان است. (۵/۲ در ۱۰۰ هزار تولد زنده)

۳-Setting an example to the World in reducing maternal mortality

Prof Wendy J Graham, Impact, university of Aberdeen,
UK. May ۲۹ th ۲۰۰۸

مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۸ نشان داد که در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ و میر مادران باردار در ژاپن ۱۸۰ در ۱۰۰ هزار تولد زنده مشابه آنچه که امروزه ما در کشورهای در حال توسعه می بینیم مانند جامائیکا و تاجیکستان بود. اما بین سال های ۲۰۰۴-۲۰۰۵ این میزان بطور چشمگیری به ۶ مورد مرگ در ۱۰۰ هزار تولد زنده (یکی از کشورهای دارای کمترین میزان مرگ و میر مادران باردار در سطح جهان) در مقایسه با کشورهای گروه ۸ همچون انگلستان (۸)، روسیه (۲۸) و آمریکا (۱۱) رسید.

۴- Maternal mortality at the end of a decade signs of progress?

Carla AbouZahr & Tessa Wardlaw

Bulletin of the World Health Organization, ۲۰۰۱,

در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۱ به دو شاخص اصلی مرتبط با مرگ و میر مادران باردار اشاره شده است. یکی از این شاخصها درصد تولد های زنده توسط کارکنان بهداشتی مهارت دیده بود و دومین شاخص مهم زایمان به روش سزارین بود. بر اساس این مطالعه بطورکلی زایمان توسط کارکنان مهارت دیده از سال ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۹ افزایش سالانه ۱/۷ درصد را نشان می دهد. این پیشرفت در آسیا، شرق و شمال آفریقا بیشتر به چشم می خورد (٪۲)

۵- Data on Maternal Mortality

Claudia Hanson

The Gapminder Foundation, Sweden, Stockholm, ۲۰۱۰

مطالعه انجام شده در کشورهای سوئد، دانمارک و هلند نشان داد که یکی از فاکتورهای مهم در کاهش اولیه میزان مرگ و میر مادران باردار ارائه خدمات زایمانی توسط سازمانهای مرتبط با این گونه خدمات بود. همچنین این مطالعه نشان داد کاهش سریع میزان مرگ و میر مادران در کشورهای مالزی و سریلانکا بین سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۵۰ به دلیل گسترش ارائه خدمات مامایی توسط کارکنان مهارت دیده بود. بهبود دسترسی به مراکز درمانی و مراکز ارائه کننده خدمات مامایی و همینطور دسترسی به داروهایی مثل اکسی توسین، سولفامیدها و پنی سیلین و تزریق خون از علل دیگر کاهش مرگ و میر بین سال‌های ۱۹۶۹-۱۹۴۰ از ۴۰۰ به ۳۰ مورد مرگ به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده بود.

۶-Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA) Progress Report highlights ۲۰۱۲-۲۰۱۳

در گزارش مهمترین برنامه‌های دیارتمان بهداشت مادران، نوزادان ، کودکان و بزرگسالان سازمان جهانی بهداشت در سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۲ ، که در سال ۲۰۱۴ منتشر گردیده ، به موارد زیر اشاره شده است:

- ۱- هدایت برنامه مراقبت و پاسخگویی مرگ مادر، این برنامه با تشکیل کارگروهی متشکل از صاحبنظران دانشگاهی، پژوهشی و سازمان‌ها و گروههای جلب حمایت، فعالیت خود را با برگزاری چندین کارگاه در تانزانیا، لندن و آدیس ابابا که با شرکت کلیه ۷۵ کشوری که حدود ۹۵٪ موارد مرگ مادران و کودکان در آنها رخ می دهد شروع شده است .

۲- به روز رسانی دو مورد دستورالعمل محوری: الف) راهنمای اقدامات اساسی در زمینه مراقبت های بارداری ، زایمان، پس از زایمان و نوزادان ب) مشاوره برای مراقبت های بهداشتی مادران و نوزادان ، دستورالعمل مهارت های اساسی

۳- تقویت توجه به خدمات مامایی و کیفیت مراقبت ها : از طریق همکاری های مشترک گستردۀ سازمان جهانی بهداشت با کنفرانسیون جهانی مامایی، یک برنامه رسمی برای اقدام در دوره زمانی ۲۰۱۷-۲۰۱۴ تهیه شده است که بر بهبود کیفیت خدمات مامایی، آموزش و پژوهش و تجدید نظر منابع آموزشی متمرکز شده است.

۴- ارتقاء روش های جدید برای افزایش کیفیت مراقبت های مادران از طریق ارائه توسط افراد دوره دیده و ارزشیابی آن: سازمان جهانی بهداشت یک پروژه تحقیقاتی برای بررسی موضع پیش رو در ارائه مراقبت های مامایی توسط افراد دوره دیده، در سه منطقه چهارگیانی غرب نیال اجرا نمود که نتایج آن شامل مجموعه مداخلاتی برای الف) اطمینان از حمایت خانواده در جهت دریافت مراقبت توسط مادران ب) تأمین محیط های دوستدار مادر (ج) انجام مراقبت های مامایی توسط افراد دوره دیده بطور ۲۴ ساعته در هفت روز هفته بوده است

۵- همه گیری شناسی مرگ مادر در استان آذربایجان غربی (۱۳۸۰-۱۳۸۴) دکتر حمیدرضا فرخ اسلاملو، دکتر فریبا نانبخش، دکتر فرهاد حشمتی، افسانه امیرآبی

مجله پزشکی ارومیه - سال هفدهم شماره ۱

این پژوهش با اهداف تعیین عوامل خطر و زمینه ای و تعیین دقیق میزان بروز مرگ مادر در استان اجرا شد.

یافته ها: نسبت مرگ مادر در سال های مورد بررسی، به طور متوسط ۴۲.۴ مرگ به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده برآورد شد. مرگ مادر بر اثر عوارض بارداری و زایمان، با سن مادر، سطح سواد، نوبت بارداری و نحوه مراقبت بارداری و زایمان ارتباط معنی دار آماری دارد و عدم دریافت مراقبت بارداری، با سکونت در روستای سیاری، سطح سواد مادر و سطح سواد همسر ارتباط معنی داری دارد. شایع ترین علل مرگ مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان به ترتیب عبارت است از: خونریزی، مسمومیت حاملگی، علل غیر مستقیم، عوارض سقط جنین، مراقبت نادرست هوشبری، عفونت پس از زایمان و آمبولی ریه. نسبت زایمان غیر ایمن طی سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴ روند کاهشی معنی داری از نظر آماری داشته است. مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ مادر، عوامل نیروی انسانی ارائه کننده خدمت برآورد گردید.

بحث و نتیجه گیری:

کاهش نسبت مرگ مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان مستلزم اجرای برنامه های مداخله ای در سطح جامعه، ایجاد دسترسی به واحدهای ارایه خدمات فوریت های ماما بی و بهبود مراقبت های سلامتی در بخش بهداشت و درمان می باشد که در این میان، روند عملکرد ۴.۵ سال گذشته بخش بهداشت موفق تر بوده است.
- بررسی علل مرگ و میر مادران باردار، ناشی از زایمان در مناطق شهری و روستایی استان ایلام

پوراندخت عبدالهی پور، محبوبه بابایی، یارمحمد قاسمی
مجله تحقیقات نظام سلامت / سال هفتم / شماره ششم

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی و گذشته نگر که طی سال های ۸۹-۸۰ انجام گرفت، تمام مادران فوت شده به تعداد ۲۵ نفر و گروه مادران زنده بعد از بارداری به تعداد ۳۸۸ نفر در سال های مذکور با استفاده از نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند.

یافته‌ها: شایع ترین علت مرگ مادران خونریزی بود و بیشترین درصد مرگ‌ها در ۴۸ ساعت اول پس از زایمان اتفاق افتاده بود. ارتباط معنی داری بین مرگ مادران باردار استان و متغیرهای سواد، کیفیت مراقبت دوران بارداری، باردار پرخطر، ابتلا به بیماری زمینه‌ای و تعداد بارداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری:

افزایش پوشش و کیفیت مراقبت پیش از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان، ارتقای کیفیت مشاوره تنظیم خانواده و بهبود مهارت و آگاهی کادر پزشکی و مامایی در زمینه مراقبتهاي پس از زایمان از مهمترین اقدامات موثر در کاهش مرگ و میر مادران در استان خواهد بود.

۹- بررسی ده ساله علل مرگ و میر مادران باردار در استان کهگیلویه و بویراحمد
مهشید غلامی طارمسری
مجله دانش و تندرسنی، دوره ۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۷

در این مطالعه که بصورت مقطعی و توصیفی تحلیلی و با استفاده از داده‌های موجود در سیستم شبکه‌ای بهداشت و درمان استان در فاصله سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶ انجام شده است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این تحقیق پایین بودن سطح سواد مادر، سابقه حاملگی بیش از ۴ بار، سکونت در روستا، عدم دریافت مراقبتهاي ویژه دوران بارداری و عدم دسترسی به خدمات فوریت‌های مامایی از مهمترین عوامل موثر بر مرگ مادران در استان کهگیلویه و بویراحمد بوده‌اند.

۱۰- بررسی عوامل موثر در عدم مراجعه منظم زنان باردار جهت مراقبتهاي دوران بارداری
دکتر محسن فکرت
مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران سال یازدهم / شماره ۴۲ / پاییز ۱۳۸۳

هدف از این مطالعه بررسی عوامل موثر در عدم مراجعه منظم زنان باردار جهت مراقبتهای دوران بارداری بوده است. در این پژوهش مقطعی ۸۰۰ زن باردار سالم که جهت مراقبتهای دوران بارداری به مرکز بهداشتی مراجعه کرده بودند و ماه آخر حاملگی را میگذراندند مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه، با افزایش سن و تعداد حاملگی‌ها، بیسواندی و پایین بودن سطح درآمد خانواده و وجود حاملگی ناخواسته و زندگی در روستا و ایرانی نبودن، میزان مراجعه برای مراقبتهای منظم حاملگی، کاهش یافته بود.

- ۱۱- بررسی عوامل باردارنده دریافت مراقبتهای بارداری و ارتباط آن با سرانجام حاملگی در زنان مراجعه کننده به تعدادی از بیمارستانهای تبریز دیانا هکاری، رحمت محمدزاده مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی - دوره ۲۱، شماره ۳، پاییز ۹۰ ، صفحات ۲۱۳ تا ۲۰۶

در این پژوهش که یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی بود ۱۴۰ نفر از مادرانی که در بیمارستانهای نقاط مختلف شهر تبریز زایمان کرده بودند، از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

یافته ها :متوسط پایین بودن سن ازدواج ۲ درصد، تحصیلات کم مادرانی ۷۳ درصد و همسر ۵۴ درصد، پایین بودن درآمد خانواده ۷۳ درصد، اجاره نشینی ۴۸ درصد، تعداد بارداریها ۳۳ درصد و فرزندان ۲۵ درصد، ناخواسته بودن بارداری ۳۰ درصد و بروز عوارض معمول در بارداری ۶۷ درصد، عدم استفاده از مراقبتها در بارداریهای قبلی ۲۷ درصد، مراجعه در زمان بروز مشکل ۲۶ درصد، عدم وجود عامل مشوق ۵۲ درصد، نامطلوب بودن وضعیت درمانگاهها ۳۰ درصد و مطبها ۱۷ درصد، زایمان پیش از موعد ۱۰ درصد، نمره آپگار کمتر از هفت در دقیقه اول تولد ۱۲ درصد، تأخیر رشد داخل رحمی ۳ درصد و کم وزنی زمان تولد ۵ درصد با دریافت مراقبتهای بارداری ارتباط معنی داری داشت .

نتیجه گیری: مراقبتهای بارداری سبب ارتقاء کیفیت مشاوره مددجو محوری و تشویق زنان در دستیابی به مراقبتهای پره ناتال گردیده و بر برنامه های مادری ایمن مبتنی بر محتوای آموزشی و ارتباطی مراقبتهای بارداری تاکید دارد.

۱۲- رابطه شاخص توسعه انسانی با مرگ و میر مادران در کشور های جهان سعید آصف زاده ، مهران علیجان زاده، مرجان نصیری اصل

فصلنامه پایش، سال دوازدهم شماره ششم ، آذر - دی ۹۲ ، ص ۵۶۶-۵۵۹

توسعه انسانی درک پتانسیل های انسانی است. اهداف توسعه هزاره در پی کاهش مرگ و میر مادران و افزایش سلامت آنهاست. هدف از این مطالعه آگاهی از رابطه شاخص توسعه انسانی با مرگ و میر مادران بود و با استفاده از اطلاعات پایگاههای اینترنتی توسعه انسانی و سازمان بهداشت جهانی، داده های مربوط به ۵ مقطع زمانی ۱۹۹۰، ۱۹۹۵، ۲۰۰۰، ۲۰۰۵، ۲۰۱۰ مربوط به ۱۳۵ کشور جمع آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین مرگ و میر مادران به ترتیب برای کشورهای آسیایی ، اروپایی ، آفریقایی ، آمریکایی و اقیانوسیه برابر ۶۳۷، ۲۳، ۲۰۲ و ۱۳۴، ۱۲ و ۱۰۰ (در ۱۰۰ هزار تولد زنده) بود. بیشترین میزان شاخص توسعه انسانی مربوط به قاره اقیانوسیه با مقدار ۰.۸۸۲ و کمترین آن مربوط به قاره آفریقا با مقدار ۰.۴۳۰ بود. همبستگی بین شاخص توسعه انسانی و مرگ و میر مادران ۰.۸۷۹ و به ترتیب میزان همبستگی مرگ و میر مادران با اميد به زندگی ، سرانه درآمد و سواد (تحصیلات) $Pvalue < 0.01$.

بین زندگی در قاره های مختلف با مرگ و میر مادران نیز رابطه معنی دار بود. شاخص توسعه انسانی یکی از بهترین شاخص های پیش بینی کننده برای میزان توسعه کشور هاست. این شاخص ارتباط نزدیکی با سلامت مادران دارد و ارتقای آن در کاهش مرگ و میر مادران موثر می باشد.

تعریف مرگ مرتبط با بارداری

الف) تعریف مرگ مادر براساس نسخه نهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-۹)

مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرفنظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه و تصادف

ب) تعریف مرگ مادر براساس نسخه دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-۱۰)

در این نسخه دو تعریف زیر علاوه بر تعریف مرگ مادر در ICD-۹ مطرح شده است:

- مرگ‌های 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.

- مرگ‌های وابسته به بارداری (Pregnancy Related Deaths): مرگ حین یا تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری صرفنظر از علت مرگ.

ج) تعریف مرگ مادر مورد تایید وزارت بهداشت و کمیته کاهش مرگ و میر مادران

تعریف مرگ مادر در کشور مطابق تعریف ICD-۹ پذیرفته و ابلاغ گردیده است (مرگ هنگام حاملگی تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری، صرفنظر از مدت و محل حاملگی به هر علتی مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری، یا به علت مراقبت‌های ارائه شده طی آن، اما نه به علت حادثه و تصادف).

**جدول شماره (۲۷) : مقایسه تعداد موارد مرگ مادر گزارش شده با موارد مرگ مادر در اثر
بارداری و زایمان و یا بیماری های تشدید شده در طول بارداری در آذربایجان غربی ۱۳۸۵-۱۳۹۴**

۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	موارد مرگ مادر گزارش شده
۲۴	۲۵	۱۵	۱۸	۱۸	۲۰	۲۷	۲۰	۲۵	۲۸	موارد مرگ مرتبط به بارداری
۱۷	۱۳	۸	۱۱	۱۲	۱۲	۱۵	۱۲	۲۰	۲۲	موارد غیر مرتبط به بارداری
۷	۱۲	۷	۷	۶	۸	۱۲	۸	۵	۶	موارد غیر مرتبط به بارداری

براساس نظام ثبت موارد مرگ مادران باردار و به منظور پیشگیری از کم شماری موارد مرگ مادر، کلیه مرگ های مادران در دوران بارداری و پس از زایمان، توسط کارکنان در سطوح محیطی در اسرع وقت (در ۲۴ ساعت اول پس از وقوع) به معاونت های بهداشتی و درمان دانشگاه گزارش شده و موارد مورد بررسی و پرسشگری قرار می گیرند. تمام موارد براساس دستورالعمل کشوری نظام مراقبت مرگ مادر در کمیته های فنی و دانشگاهی بررسی شده، نتیجه به وزارت متبع اعلام و در کمیته کشوری مجدداً مورد بررسی قرار می گیرد. نتیجه بررسی های انجام گرفته در کمیته کشوری و براساس تعريف مرگ مادر مورد تایید وزارت متبع، به دانشگاه مبداء اعلام می گردد.

طبق گزارشات و بررسی های انجام شده بیشترین علت فوت در موارد غیر مرتبط به بارداری و زایمان، مرگ های ناشی از حوادث و تصادفات ترافیکی، خودکشی، قتل، مسمومیت و بدخیمی های غیر مرتبط به بارداری می باشند.

شاخص های آماری مرگ مادران تعریف شده توسط WHO

Maternal Mortality Ratio (MMR)

تعداد مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان در یک مدت زمانی تعریف شده در 100000 تولد زنده

Maternal Mortality Rate (MMRate)

تعداد مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان در یک مدت زمانی تعریف شده نسبت به کل زنان در سنین باروری (۱۵-۴۹ ساله) در همان زمان

Adult lifetime risk of maternal death

احتمال اینکه یک خانم بالای ۱۵ سال به علت مادری فوت خواهد شد.

The proportion of maternal death among deaths of women of reproductive age (PM)

تعداد مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان در یک مدت زمانی تعریف شده نسبت به کل زنان فوت شده ۱۵ تا ۴۹ ساله در همان زمان

برنامه عملیاتی سلامت مادران باردار استان آذربایجان غربی تا پایان سال ۱۳۹۴

هدف کلی:

کاهش مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان با ارتقای کمی و کیفی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به گروه هدف

اهداف اختصاصی

۱. کاهش شاخص مرگ و میر ناشی از بارداری و زایمان و پس از آن تا ۱۵ در ۱۰۰ هزار تولد زنده تا پایان سال ۱۳۹۴
۲. ارتقای پوشش مراقبت پیش از بارداری به میزان حداقل ۷۰ درصد تا پایان سال ۱۳۹۴
۳. ارتقای کیفیت خدمات مراقبت پیش از بارداری به نحوی که در ارزیابی آخر برنامه، حداقل ۸۰٪ کارکنان ارائه دهنده مراقبت، امتیاز مورد نظر را کسب نمایند.
۴. کاهش سزارین به میزان ۲۵ درصد تا سال ۱۳۹۴

استراتژی ها:

۱. بهبود کیفیت مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در کلیه سطوح

۲. بهبود دسترسی به مراقبت های جاری بارداری، زایمان و پس از زایمان در کلیه سطوح ارائه خدمت
۳. بهبود کیفیت خدمات فوریت های مامایی به خصوص در بیمارستان ها و مراکز تسهیلات زایمانی
۴. بهبود دسترسی به خدمات فوریت های مامایی به خصوص در بیمارستان ها و مراکز تسهیلات زایمانی
۵. افزایش آگاهی عمومی در زمینه های مرتبط با سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و پس از آن و اقدامات مورد انتظار از خانواده ها و ایجاد تقاضاهای منطقی در آنان
۶. جلب مشارکت و هماهنگی و همکاری های بین بخشی

جدول تفصیلی فعالیت ها

ردیف	عنوان فعالیت	گروه هدف	مکان اجرا	زمان اجرا	مسئول اجرا	شیوه پایش و ارزشیابی	پشتیبانی	هزینه فعالیت
۱	برگزاری کارگاه آموزشی به منظور ارتقاء سطح علمی کارشناسان ستادی واحد های بهداشت خانواده مراکز بهداشت شهرستان و هسته آموزشی سلامت مادران استان با موضوع مرابت دوران پیش از بارداری و مرابت های بارداری و حاملگی های پرخطر و اورژانس های مامایی و کلامهای آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک	کارکنان بهداشتی استان مرکز بهداشت استان	گروه سلامت خانواده استان	اردیبهشت ۹۶	مراجعه به جدول گانت	معاونت امور بهداشتی	۲۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال	
۲	هماهنگی جهت برگزاری کارگاه با موضوع مرابت های دوران پیش از بارداری و مرابت های بارداری و حاملگی های پرخطر و اورژانس های مامایی و اهمیت زایمان فیزیولوژیک برای کارکنان در کلیه سطوح بهداشتی مراکز بهداشت شهرستان	کارکنان بهداشتی استان و شهرستانها	گروه سلامت خانواده استان	خرداد و تیر ۹۶	مراجعه به جدول گانت	معاونت امور بهداشتی	۳۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال	
۳	هماهنگی با معاونت محترم آموزشی دانشگاه جهت برگزاری جلسات بازآموزی یا آموزش مدون جهت ماماها و بیشکان عمومی درخصوص موضوع اهمیت مرابت های دوران پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان در پیشگیری از مرگ و میر مادران	کلیه ماماها و بیشکان عمومی شهرستان ارومیه	اردیبهشت و مرداد ۹۶	گروه سلامت خانواده استان	مراجه به جدول گانت	معاونت امور بهداشتی		

۴		معاونت امور پهداشی	مراجعةه به جدول گانت	گروه سلامت خانواده استان	مرداد و شهریور ۹۶	شهرستانهای تابعه	مراکز درمانی دولتی و خصوصی	جلب مشارکت مراکز درمانی دولتی و مطب های خصوصی در ارائه پسخواراند به مادران راجع شده چه راهنمایی ارائه دهندهان خدمت در واحدهای پهداشی به منظور پیگیری مناسب و ادامه روند صحیح اقدامات مراقبتهایی
۵		معاونت امور پهداشی	مراجعةه به جدول گانت	گروه سلامت خانواده استان	شهریور و دی فروردین ۹۶	مراکز پهداشت شهرستانها	کارکنان واحدهای ارائه دهنده خدمات	تشویق کارکنی که با انجام مراقبت دوران پیش از بارداری و مراقبت های بارداری و حاملگی های پرخطر و اورژانس های مامایی مداخلات لازم در امر نجات جان مادران پر خطر موفق بوده اند (بصورت مادی و معنوی).
۶	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ اریال	معاونت امور پهداشی	مراجعةه به جدول گانت	گروه سلامت خانواده استان	مهر و آبان ۹۶	مرکز پهداشت استان	جامعه	تعامل بین پخشی با سازمان صبا و سیماهی مراکز ازوجهه و مهیا باد در خصوص تویید و پخش برنامه های مرتبط با اهمیت مراقبت دوران پیش از بارداری و مراقبت های بارداری و پس از زایمان، در ارتقای سلامت مادر و نوزاد و پیشگیری از بروز مرگ و میر مادران (پخش تزریق، زینتوسی و ارائه پیام های پهداشی در برنامه های رادیویی
۷	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ اریال	معاونت امور پهداشی	مراجعةه به جدول گانت	گروه سلامت خانواده استان	شهریور، آبان و دی ۹۶	مرکز پهداشت استان	جامعه	نهیه، چاپ و توزیع رساله های آموزشی با موضوع اهمیت مراقبت دوران پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان، چهت ارتقای سطح آگاهی آحاد مردم
۸		معاونت امور	صور تجلیسات	گروه سلامت خانواده استان	آبان و آذر ۹۶	استانداری، مراکز پهداشت فرمانداری ها		همانگونه و پرگزاری کتبه های پهرجان و جلسات برونو پخشی با استانداری، فرمانداری ها و سایر ادارات مرتبط بر چهت حفظ و ارتقاء سلامت مادردان

	بهداشتی	مرتبط	و واحد های بهداشت خانواده شهرستان ها		شهرستانها	و سایر ادارات	مرتبط	باردار از جمله در موضوع انتقال مادران باردار به مراکز زایمانی و درمانی در روستاهای صعب العبور در ماههای بارندگی سال	
--	---------	-------	---	--	-----------	---------------	-------	--	--

انتظارات از سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های مسؤول در امر توسعه

- ✓ حمایت مسئولان کشوری و استانی در اجرای برنامه‌ها
- ✓ توسعه عدالت اجتماعی
- ✓ بهبود وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دختران و زنان
- ✓ بهبود ارتباطات و راه‌ها و تامین دسترسی
- ✓ سوادآموزی و بهبود شاخص توسعه انسانی (HDI)
- ✓ تقویت نقش رسانه‌ها در آموزش، آگاه‌سازی و ارائه اطلاعات و الگوهای مناسب به جامعه و حساس‌سازی مسئولین و جلب حمایت آنان
- ✓ اجرای برنامه‌های سلامت باروری، مراقبت‌های صحیح بارداری و زایمان
- ✓ تامین دسترسی مادران در معرض خطر در فوریت‌های مامائی و زایمان به مراکز مجهر و افراد متخصص و ماهر
- ✓ توجه به تعذیب همه گروه‌های سنی در جامعه
- ✓ ایجاد فرصت‌های شغلی برای زنان و دختران
- ✓ جلب حمایت سازمان‌های غیر دولتی

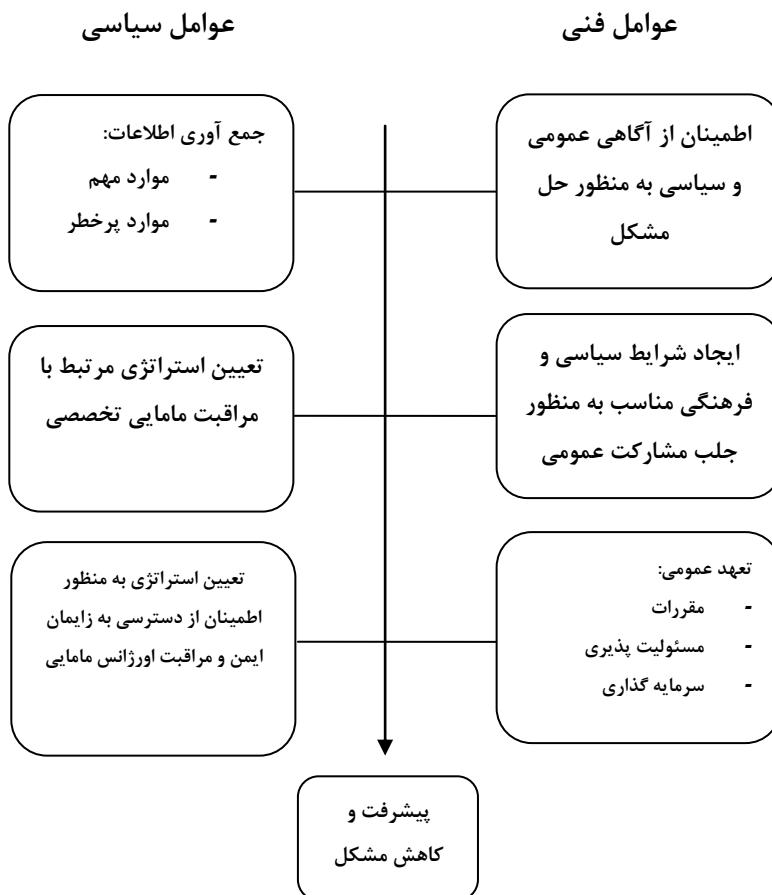
منابع

۱. Sandhu, A. and F. Mustafa, *Maternal mortality in Bahrain ۱۹۸۷-۲۰۰۴: an audit of causes of avoidable death*. East Mediterr Health J, ۲۰۰۸, ۱۴(۳): p. ۷۲۰-۷۳۰.
۲. AbouZahr, C. and T. Wardlaw, *Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress?* Bulletin of the World Health Organization, ۲۰۰۱, ۷۹(۶): p. ۵۶۱-۵۷۳.
۳. Nagaya, K., et al., *Causes of maternal mortality in Japan*. JAMA: the journal of the American Medical Association, ۲۰۰۰, ۲۸۳(۲۰): p. ۲۶۶۱-۲۶۶۷.
۴. Marmol, J.G., A.L. Scriggins, and R.F. Vollman, History of the maternal mortality study committees in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, ۱۹۶۹, ۳۴(۱): p. ۱۲۳-۱۳۸.
۵. World Health, O., Trends in maternal mortality: ۱۹۹۰ to ۲۰۰۸. Geneva: World Health Organization.
۶. Hogan, M.C., et al., *Maternal mortality for ۱۸۱ countries, ۱۹۸۰-۲۰۰۸: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal ۴*. The Lancet, ۳۷۵(۹۷۲): p. ۱۶۰۹-۱۶۲۳.
۷. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region. ۲۰۰۶-۲۰۱۰. World Health Organization . Available at : www.emro.who.int/dsaf/dsa52v.pdf
۸. Levels and trends of maternal mortality in the world: the development of new estimates by the United Nations. Available at: www.maternalmortalitydata.org/mmeig_tag.html
۹. Talking Points: Maternal mortality reduction in Germany, Brazil, Italy, France & Japan. February ۲۰۱۰ . Available at: www.immpact-international.com
۱۰. Maternal mortality remains high in developing world. Available at : www.who.int
۱۱. Hill, K., et al., *Estimates of maternal mortality worldwide between ۱۹۹۰ and ۲۰۰۵: an assessment of available data*. The Lancet, ۲۰۰۷, ۳۷۰(۹۵۹۵): p. ۱۳۱۱-۱۳۱۹
۱۲. Dobbie, B., *An attempt to estimate the true rate of maternal mortality, sixteenth to eighteenth centuries*. Medical history, ۱۹۸۲, ۲۶(۱): p. ۷۹.
۱۳. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش. گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مادری سال ۱۳۸۹.
۱۴. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش. گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مادری سال ۱۳۹۱

پیوست ها :

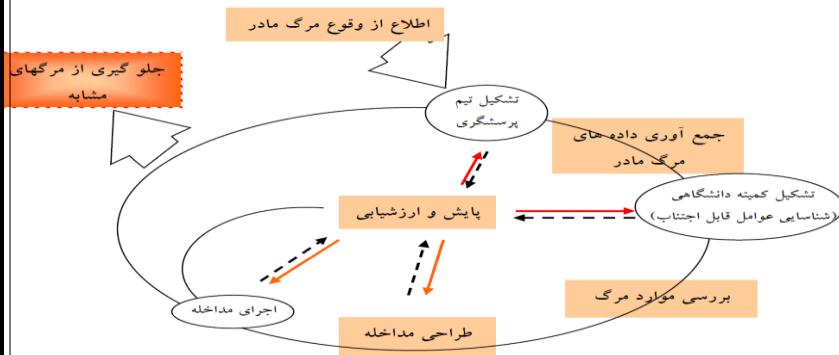
پیوست شماره ۱

استراتژی های لازم بمنظور کاهش میزان های مرگ و میر مادران باردار در
کشورهای در حال توسعه

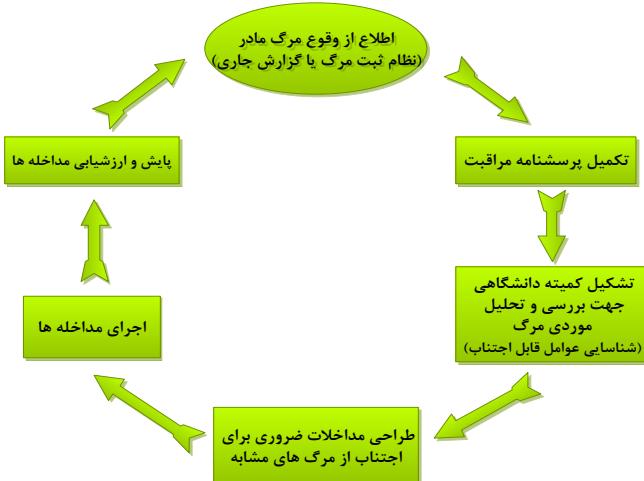


پیوست شماره ۲

چرخه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

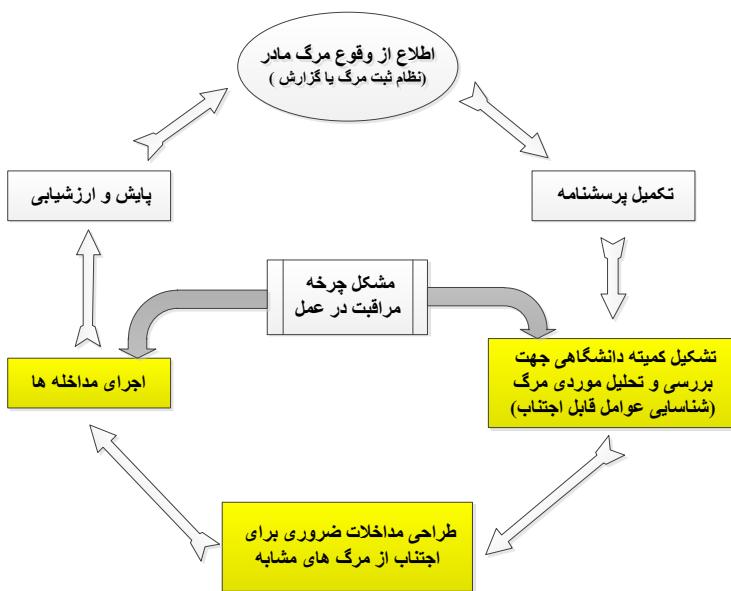


این چرخه در عمل به شکل ساده شده زیر باید اجرا گردد:



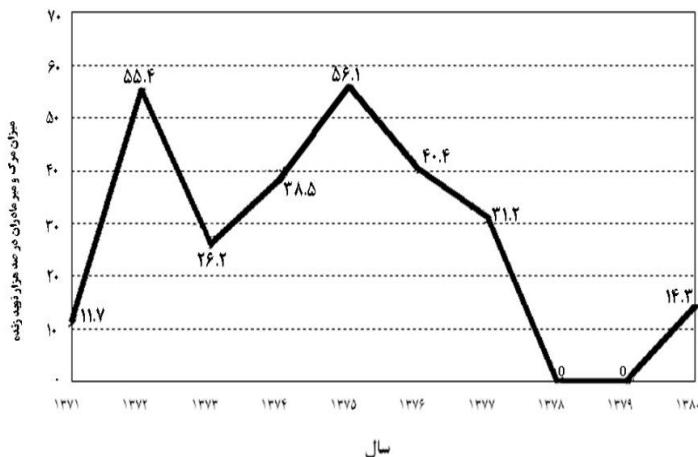
پیوست شماره ۳

با توجه به مطالب پیشگفت، نقاط کلیدی و مشکل دار در چرخه
نظام مراقبت به قرار زیر است:

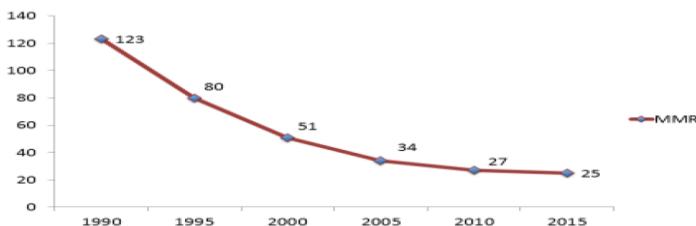


پیوست شماره ۴

روند ۱۰ ساله میزان مرگ و میر مادران باردار در ایران در طول سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۸۰



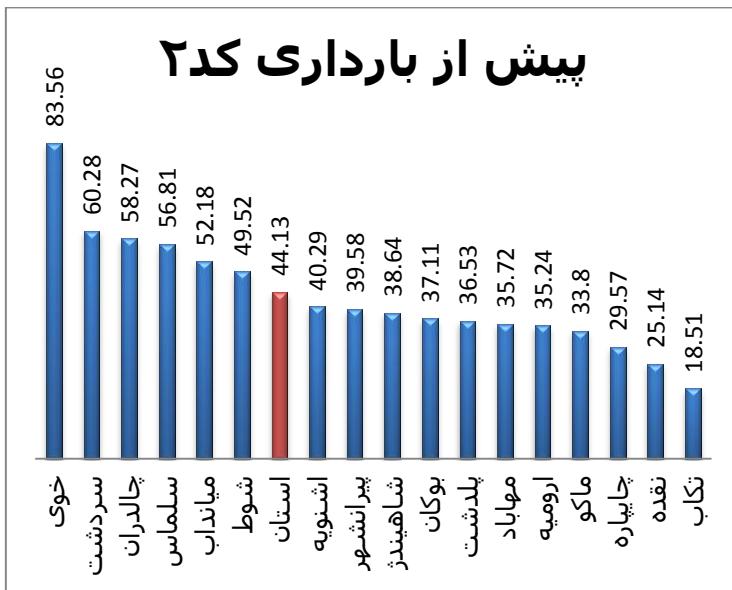
روند مرگ مادران در صد هزار تولد زنده در کشور ایران بر اساس ارقام تخمینی سازمان جهانی بهداشت (کزارش سال ۲۰۱۵ میلادی)



روند نسبت مرگ مادران در کشور طی ۱۴ سال اخیر در نمودار ذیل قابل مشاهده است.

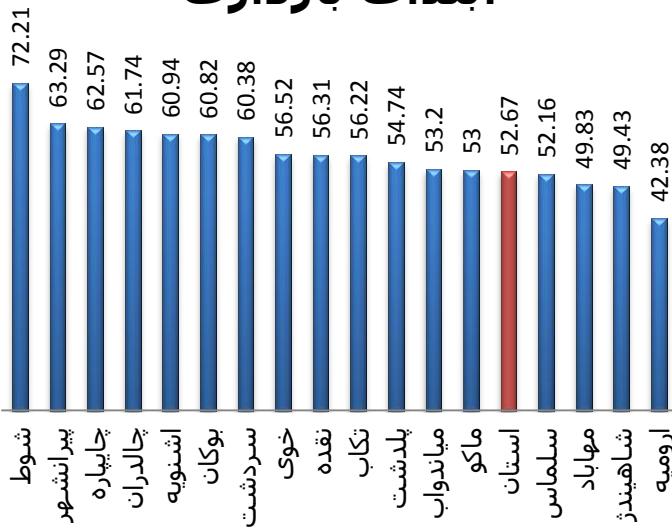
پیوست شماره ۵

نمودارهای مراقبت دوران بارداری استان آذربایجان غربی ۱۳۹۴



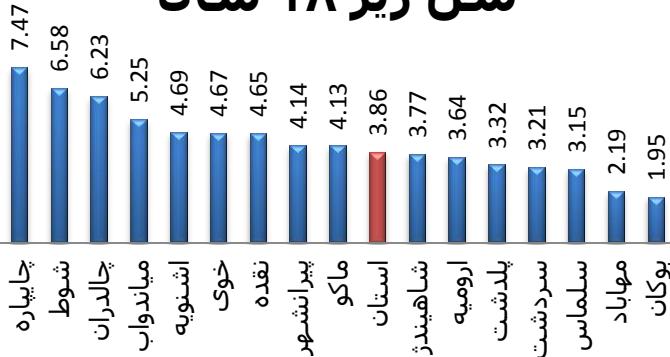
براساس این نمودار درصد مادران بارداری که قبل از بارداری مراقبت های پیش از بارداری (با انجام آزمایش) دریافت نموده اند از ۱۸/۵۱٪ در شهرستان تکاب تا ۸۳/۵۶٪ در شهرستان خوی در حال تغییر می باشد. میانگین استانی این شاخص ۴۴/۱۳٪ می باشد که انتظار می رود در سال ۹۵ شاهد افزایش این شاخص باشیم.

داشتن یک فاکتور خطر در ابتدای بارداری



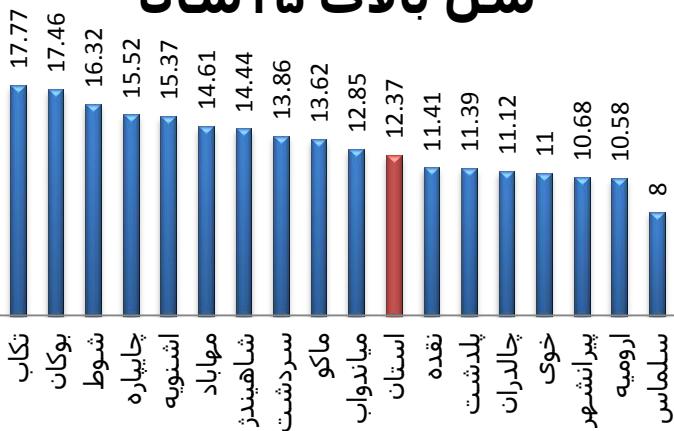
براساس این نمودار درصد مادران بارداری که از ابتدای بارداری یک فاکتور خطر (سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، BMI زیر ۱۸/۵ و بالای ۳۰، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، سابقه یا ابتدای فعلی به بیماری قلبی و فشارخون بالا، دیابت، هپاتیت، ایدز و VDRL) داشته اند از ۴۲/۳۸٪ در شهرستان ارومیه تا ۷۲/۲۱٪ در شهرستان شوط متغیر می باشد. میانگین استانی این شاخص ۵۲/۶۷٪ محاسبه شده است. با برنامه ریزی صحیح امید است با دریافت مناسب مراقبت های پیش از بارداری و شناسایی فاکتورهای خطر بارداری، نسبت به مرتفع نمودن مشکلات زمینه ای قبل از بارداری اقدام لازم مبذول گردد.

سن زیر ۱۸ سال



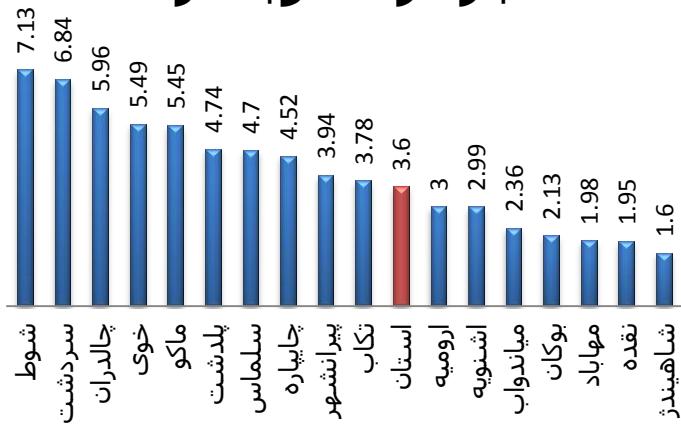
براساس نمودار فوق مادران باردار شناسایی و مراقبت شده زیر ۱۸ سال از ۱/۹۲ در شهرستان بوکان تا ۷/۴۷ در شهرستان چایپاره متغیر می باشد. میانگین استانی این شاخص ۳/۸۶ است که نسبت به سال ۹۳ (۴/۵۳٪) کمتر شده است. امید است با برنامه ریزی مناسب و ارائه مشاوره های موثر پیش از بارداری این شاخص بیش از این بهبود یابد.

سن بالای ۳۵ سال



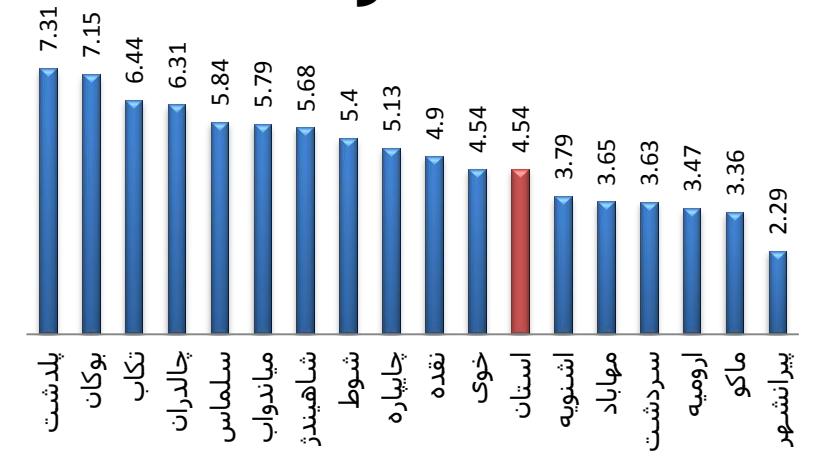
براساس نمودار فوق مادران باردار مراقبت شده بالای ۳۵ سال از ۸٪ در شهرستان سلماس تا ۱۷٪ در شهرستان تکاب متغیر است. میانگی استانی این شاخص در استان در سال ۹۴، ۹٪ و ۹۳٪ در سال ۹۳ افزایش ۱۰٪ داشت. یافته که درصدی مربوط به بالا رفتن سن ازدواج می باشد.

بارداری ۵ و بالاتر



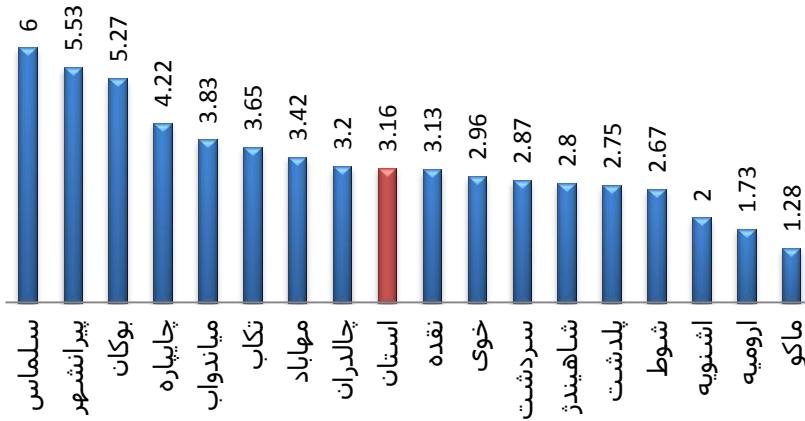
براساس این نمودار درصد بارداری پنجم و بالاتر استان از ۱/۶٪ در شهرستان شاهین شهر تا ۷/۱۳٪ در شهرستان شوط متغیر می باشد. میانگین استانی این شاخص ۱۳/۳٪ می باشد که نسبت به سال ۹۳ (۴۳/۳٪) تغییر چندانی نیافته است.

سقوط و EP



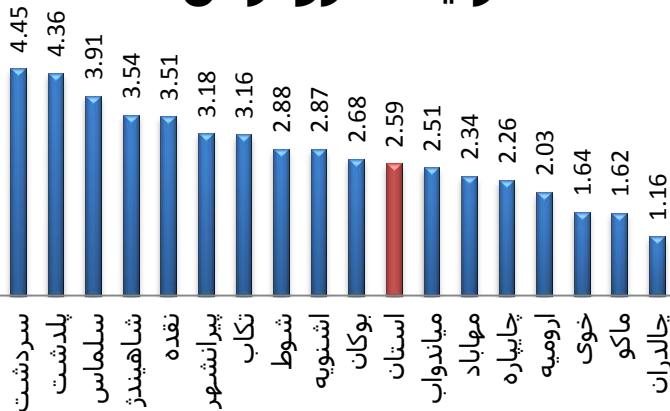
بر اساس نمودار فوق درصد بارداری های منجر به سقط و نیز بارداری های خارج رحمی از ۲/۲۹٪ در شهرستان پیرانشهرتا ۷/۳۱٪ در شهرستان پلدشت متغیر می باشد. میانگین این شاخص در استان ۴/۵۴٪ می باشد که نسبت به سال ۹۳ (۴/۳۲٪) تغییر بارز نشان نمیدهد..

حامگی پر خطر(بیمار قلبی و فشارخون)



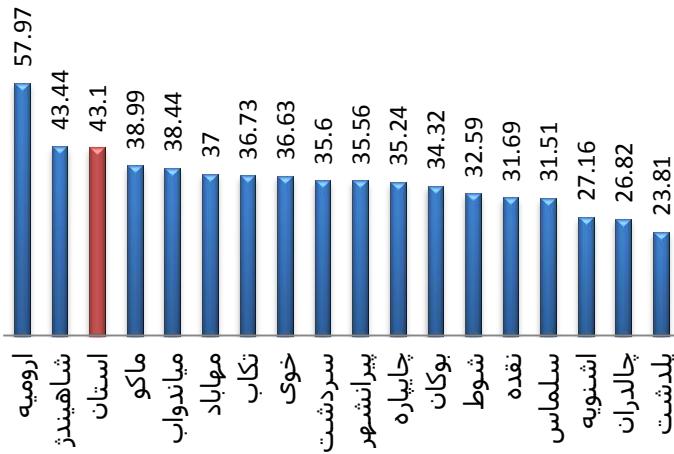
براساس نمودار فوق مادران باردار مبتلا به بیماری قلبی و فشارخون از ۱/۲۸٪ در شهرستان ماکو تا ۶٪ در شهرستان سلماس متغیر می باشد. میانگین استانی این شاخص ۳/۱۶٪ است که نسبت به سال ۹۳ (۳/۲٪) تغییر نشان نمی دهد.

زایمان زودرس



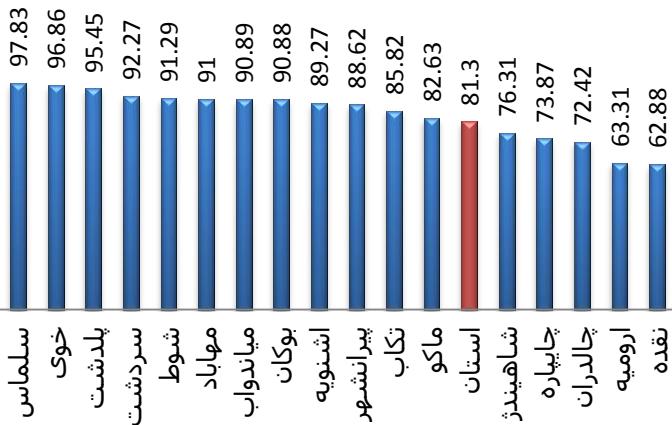
براساس این نمودار درصد زایمان زودرس از ۱/۱۶٪ در شهرستان چالدران تا ۴/۴۵٪ در شهرستان سردشت متغیر است. میانگین استانی این شاخص ۲/۵۹٪ می باشد که نسبت به سال ۹۳ (۲/۶۹٪) تغییر چشمگیری نداشته است.

درصد سزارین



براساس این نمودار درصد زایمان به روش سزارین از ۲۳.۸۱٪ در شهرستان پلدشت تا ۵۷.۹۷٪ در شهرستان ارومیه متغیر می باشد. میانگین استانی این شاخص ۴۳.۱٪ است که نسبت به سال ۹۳ (۴۲/۵۵) افزایش داشته است. مداخلات موثر در جهت کاهش سزارین لازم است که در کلیه شهرستان های استان، از جمله تشکیل کلاس های آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک، اجرا شود.

مراقبت بارداری حداقل عبار



شاخص مراقبت بارداری (حداقل عبار مراقبت) از ۶۲.۸۸٪ در شهرستان نقده تا ۹۷.۸۳٪ در شهرستان سلماس متغیر میباشد میانگین استانی این شاخص ۸۱.۳٪ است که نسبت به سال ۹۳ (۸۴.۴۵٪) کاهش نشان میدهد که این کاهش نتیجه استخراج صحیح آمار در سال ۹۴ میباشد.

روزانه در جهان ۱۶۰۰ زن در اثر عوارض بارداری و زایمان جان خود را از دست می‌دهند با مرگ مادر، خانواده عضو اصلی خود را برای مدیریت و مراقبت کودکان از دست می‌دهد و احتمال مرگ کودک وی تا ۵ سالگی، ۳-۲ برابر بیشتر می‌شود و بقاء، آموزش و تربیت فرزندان سرانجام نامعلومی را بدنیال دارد و توسعه جامعه را با چالش جدی مواجهه می‌نماید. این مجموعه بدنیال تبیین شفاف علل مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان است تا از این رهگذر گام بلند دیگری با همدیگر برداریم.