گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

در سال ۱۳۹۳

دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

به نام خدا

مقدمه:

مرگ و میر مادران ، یکی از خطرات عمده تهدید کننده حیات انسانی است ، که که با وقوع آن بنیان خانواده و سلامت فرزندان در معرض خطر قرار می گیرد. مرگ مادر مرگ یک نفر نیست ، بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است .

اهمیت مرگ مادر ونقش فاجعه بار آن در بنیان هر خانواده بر هیچ کس پوشیده نیست. با مرگ هر مادری سلامت تن و روان فرزندان وسلامت اجتماعی زندگی آتی فرزندان او به مخاطره می افتد .

درسال ۲۰۰۰ سازمان ملل ۸ هدف برای توسعه هزاره سوم تعیین کرد و هدف پنجم از این اهداف هشتگانه عبارت بود از بهبود سلامت مادران و کاهش نسبت مرگ مادری به میزان ۷۵٪ تا سال ۲۰۱۵،بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت مرگ مادران در ایران طی بیست سال گذشته روند کاهنده داشته است . نسبت مرگ مادران (MMR) در ایران در سال ۱۹۹۰ میلادی ۱۲۰ در صد هزار تولد زنده بود که طی یک روند کاهنده به ۲۳ در صد هزار در سال ۲۰۱۳ رسیده است.

یکی از مهمترین شاخصهایی که در دنیا به عنوان شاخص توسعه در نظر گرفته می شود میزان مرگ و میر ناشی از عوارض بارداری و زایمان (MMR) است که طبق تعریف به تعداد مرگ و میر مادران باردار به ازای صد هزار تولد زنده اطلاق می گردد. بی تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راههای روستایی، دسترسی به فوریتهای مامایی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه های مخابراتی ارتباطی، درآمد خانوار و ... می باشد. در واقع کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی تنها بخش کوچکی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد.

در هر جامعه ای مادران نقش اساسی و بنیادین در حفظ سلامت خانواده داشته و در نتیجه حافظ سلامت جامعه بوده و همواره از اهمیت خاص برخوردار می باشند. .شناختن علل و عوامل کاهش میزان آن همواره از دغدغه های بشری بوده است . مرگ و میر مادران صرفاً یک معضل بهداشتی نبوده بلکه یک معضل اجتماعی نیز محسوب می شود.

تعریف مرگ مادر براساس نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD-۱۰) و سازمان جهانی بهداشت عبارتست از :

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

روشهای اندازه گیری مرگ مادر

دو خطرعمده موثردرمرگ مادران در طول حیات یک زن عبارت است از:

۱- خطر مرگ در اثنای یک حاملگی

۲- تعداد مواردی که یک زن در سن باروری با این خطر(مرگ در ارتباط با بارداری)مواجه میشود

برای اندازه گیری مرگ مادران ۳ شاخص عمده وجود دارد:

۱) نسبت مرگ مادر ،[Maternal Mortality Ratio (MMR)] بیانگر خطر اول است که از تقسیم،تعداد مرگ مادران در یک جمعیت در یک دوره زمانی معین بر تعداد متولدین زنده در همان جمعیت و در همان مقطع زمانی بدست میآید.

۲) میزان مرگ مادر ،[(Maternal Mortality Rate) (MMRate)] بیانگر هر دو خطر است که برای محاسبه آن باید تعداد مرگ مادران در یک جمعیت را در یک دوره زمانی بر تعداد زنان سن باروری(۴۹-۱۵) در همان جمعیت و در همان مقطع زمانی تقسیم کرد

۳) سهم مرگ مادر در میان زنان سن باروری ،[Proportion of Maternal death)PM)] که برای محاسبه آن باید تعداد مرگ مادران در یک جمعیت در یک دوره زمانی مشخص را به کل موارد مرگ زنان (۴۹-۱۵) ساله همان جمعیت در همان مقطع زمانی تقسیم کرد.

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

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

حدود ۶۲ درصد این مرگها در افریقای ساب ساهارا و حدود ۲۴ درصد در جنوب آسیا رخ داده است.

در سطح کشورها، دو کشور حدود یک سوم مرگ مادران را تشکیل می دهند.

کشور هند با ۱۷ درصد و نیجریه با ۱۴ درصد مرگ مادران در دنیا را تشکیل داده اند.

نسبت مرگ مادر یا MMR در مناطق در حال توسعه (۲۳۰) حدود ۱۴ برابر مناطق توسعه یافته (۱۶) می باشد.

شاخصهای MMR و Life time Risk of Maternal death در مناطق مختلف دنیا
بر اساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت

منطقه	نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۳			احتمال خطر مرگ در اثر عوارض بارداری و زایمان در طی عمر زن (یک تقسیم بر)
	متوسط	حداقل	حداکثر	
افریقا	۵۰۰	۳۷۰	۷۲۰	۴۰
امریکا	۶۸	۵۲	۹۲	۶۸۰
اروپا	۱۷	۱۴	۲۲	۳۳۰۰
آسیای جنوب شرقی	۱۹۰	۱۳۰	۲۷۰	۲۱۰
غرب پاسیفیک	۴۵	۳۲	۶۶	۱۲۰۰
مدیترانه شرقی(امرو)	۱۷۰	۱۲۰	۲۶۰	۱۸۰
– کشور ایران	۲۳	۱۶	۳۵	۲۰۰۰
دنیا	۲۱۰	۱۶۰	۲۹۰	۱۹۰
– مناطق در حال توسعه	۲۳۰	۱۸۰	۳۲۰	۱۶۰
– مناطق توسعه یافته	۱۶	۱۲	۲۳	۳۷۰۰
– کشورهای کم درآمد				۵۲
– کشورهای پردرآمد				۳۴۰۰

هدف گذاریهای بین المللی و وضعیت دستیابی به اهداف:

قبل از سال ۲۰۱۵:

- بر اساس اهداف توسعه هزاره(Millennium Development Goals) که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت ، نسبت مرگ و میر در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد .
- در آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۱۴ منتشر شده ، کشور ایران جزو کشورهای موفق در دستیابی به هدف توسعه هزاره اعلام شده است.

بعد از سال ۲۰۱۵:

بر اساس اهداف توسعه پایدار(Sustainable Development Goals) و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت که در آوریل سال ۲۰۱۴ منتشر شده ، شاخصهای زیر برای کاهش عادلانه مرگ مادری بعد از سال ۲۰۱۵ تعیین شده است :

آرمان نهایی برای بعد از سال ۲۰۱۵: پایان دادن به مرگهای قابل اجتناب مادران است،

شاخص هدف جهانی:

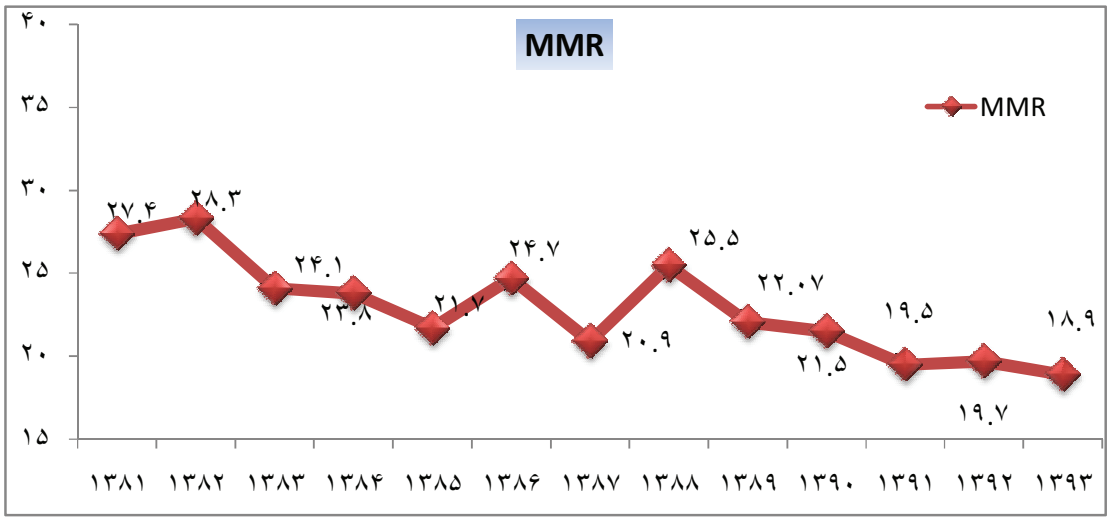
تا سال ۲۰۳۰ میلادی، متوسط نسبت مرگ مادری (MMR) در جهان به کمتر از ۷۰ درصد هزار تولد زنده برسد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ درصد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر جهانی نباشد.

شاخص هدف در کشورها:

- برای کشورهایی که نسبت مرگ مادر (MMR) در سال ۲۰۱۰ **کمتر از ۴۲۰** درصد هزار تولد زنده بوده است (یعنی اکثر کشورها در سراسر جهان از جمله ایران) ، **رقم این شاخص تا سال ۲۰۳۰ حداقل می بایست به اندازه دو سوم آن در سال ۲۰۱۰ کاهش یابد.**
- در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ بیشتر از ۴۲۰ درصد هزار تولد زنده بوده است کاهش این شاخص باید سیر نزولی بیشتری داشته و درسال ۲۰۳۰ در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده نباشد .

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

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



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

جدول شماره ۲: تعداد و نسبت مرگ مادران در کشور از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳ براساس داده های نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

سال	تعداد موارد مرگ مادران گزارش شده (مطابق با تعریف)	نسبت مرگ مادران در صد هزار تولد زنده
۱۳۸۱	۳۰۸	۲۷/۴
۱۳۸۲	۳۳۲	۲۸/۳
۱۳۸۳	۲۷۸	۲۴/۱
۱۳۸۴	۲۹۵	۲۳/۸
۱۳۸۵	۲۷۳	۲۱/۷
۱۳۸۶	۳۱۶	۲۴/۷
۱۳۸۷	۲۷۳	۲۰/۹ (گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۳۰) (۲۰۰۸)
۱۳۸۸	۳۴۲	۲۵/۴
۱۳۸۹	۳۰۱	۲۲/۰۷ (گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۲۱) (۲۰۱۰)
۱۳۹۰	۲۹۷	۲۱/۵
۱۳۹۱	۲۷۸	۱۹/۵
۱۳۹۲	۲۹۱	۱۹/۷ (گزارش سازمان جهانی بهداشت = ۲۳) (۲۰۱۳)
۱۳۹۳	۲۹۰	۱۸/۹

گزارش توصیفی اطلاعات استخراج شده از مرگ مادر در سال ۹۳

تعداد و نسبت مرگ مادران:

- در سال ۱۳۹۳ از کل مرگهای مادری گزارش شده ، تعداد ۲۹۰ مورد مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت بوده است .

- با توجه به تعداد موالید زنده ثبت شده در سازمان ثبت احوال، MMR یا نسبت مرگ مادران در کشور ۱۸/۹ در صد هزار تولد زنده محاسبه می شود

منطقه سکونت:

- از این تعداد ۵۸٪ ساکن شهر و۵٪ حاشیه شهر و ۲۵٪ ساکن روستای اصلی و ۹٪ روستای قمر و ۳٪ مربوط به روستای سیاری و عشایر بوده اند .

سن مادر:

- از نظر بررسی سنی موارد فوت شده: از تعداد کل زایمانهای ثبت شده حدوداً ۱۰٪ آنها مادران بالای ۳۵ سال بوده اند ولی متاسفانه ۲۶٪ مادران فوت شده بالای ۳۵ سال سن داشته اند. در صورتیکه ۱٪ موارد زایمان کرده زیر ۱۸ سال بوده اند و ۱٪ آنها منجر به فوت شده بود.

تعداد بارداری:

۱. از کل موارد فوت شده ۲۵٪ بارداری اول بوده اند. (در صورتیکه از تعداد کل زایمانها ۳۸/۵ ٪ بارداری اول داشتند)
۲. ۲۲٪ بارداری پنجم و بالاتر داشته اند.(در صورتیکه فقط ۴/۵٪ زایمانها حاملگی پنجم و بالاتر بوده اند)
۳. فاصله دو بارداری آخر کمتر از سه سال ۲۴٪ بوده است.

مراقبت بارداری:

۵۹٪ موارد مرگ مادر مراقبت پیش از بارداری نداشته اند.و فقط ۴۱٪ موارد مراقبت پیش از بارداری شده اند

۷۸٪ موارد یک فاکتور در معرض خطر نیز داشته اند.

۶٪ موارد مرگ، اعتیاد به مواد مخدر داشته اند.

در ۴۴٪ موارد مرگ ها، مراقبت دوران بارداری در زمان مناسب شروع نشده اند.

۳۹ ٪ موارد تعداد مراقبتها متناسب با سن بارداری نبوده است

۸۰٪ موارد بارداری خواسته بوده است.

مقطع فوت مادران فوت شده:

۲۸٪ در زمان بارداری

۲٪ در زمان زایمان

۲۶٪ در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

۴۴٪ پس از ۲۴ ساعت فوت شده اند.

محل فوت موارد گزارش شده:

۹٪ در منزل

۷٪ در بین راه

یک مورد مرگ در تسهیلات زایمانی اتفاق افتاده است

یک درصد در مطب یا درمانگاه مرگ اتفاق افتاده است .

۸۳٪ در بیمارستان فوت شده اند.

- **از این تعداد مواردی که در بیمارستان فوت نموده اند نوع بیمارستان آنها شامل**:

۶۰٪ در بیمارستان آموزشی درمانی

۲۱٪ در بیمارستان درمانی

۶٪ در بیمارستان تامین اجتماعی

۹٪ در بیمارستان خصوصی

۲٪ بیمارستانهای سایر ارگانها

۲٪ در بیمارستان های خیریه

- **محل زایمان موارد فوت شده:**

۵٪ در منزل

۱٪ در بین راه

۲٪ در تسهیلات زایمانی

۹۲٪ در بیمارستان

- **نوع بیمارستان محل زایمان آنها شامل**:

۴۸٪ در بیمارستان آموزشی درمانی

۲۷٪ در بیمارستان درمانی

۸٪ در بیمارستان تامین اجتماعی

۱۲٪ در بیمارستانهای بخش خصوصی

۲٪ د ربیمارستانهای خیریه

۳٪ در بیمارستانهای سایر ارگانها

عامل زایمان مادران فوت شده :

۷۵ ٪ موارد زایمان توسط پزشک انجام شده است و این در حالی است که ۷۸ ٪ موارد بارداری پرخطر داشته اند.

در ۲۱٪ موارد عامل زایمان ماما بوده است

۱٪ از موارد عامل زایمان ماما محلی بوده است

در ۳٪ موارد هیچکس عامل زایمان نبوده است

نوع زایمان

- با توجه به آمار استخراج شده از نظام مراقبت مرگ مادر ۳۷٪ موارد فوت شده، زایمان مادران به صورت طبیعی (NVD) بوده است .در صورتیکه ۴۸/۶۷٪ زایمانهای همان سال به صورت طبیعی اتفاق افتاده است.
- واز کل زایمانهای ثبت شده ۵۱/۳۳٪ سزارین شده اند. ولی ۶۳٪ زایمان مادران فوت شده به صورت سزارین صورت گرفته است.
- درصد علل سزارین های صورت گرفته در مادران فوت شده شامل:

۹٪ عدم پیشرفت

۵٪ پرزانتاسیون غیر طبیعی

۵٪ دکلمان

۱٪ جفت سرراهی

۱٪ پرولاپس بندناف

۱۸٪ سزارین تکراری

۶٪ دوقلویی و بالاتر

۱۳٪ زجر جنین

۲٪ سزارین انتخابی

۵٪ نجات جان نوزاد

۲۶٪ عوارض مادری

۵٪ سایر موارد

- **مداخلات درمانی حین زایمان:**

در ۳۹٪ از کل موارد مرگ ، مادر خون دریافت کرده است.و در ۳۲٪ بیش از ۴ واحد خون یا فرآورده خونی دریافت نموده اند.

- حدود ۱٪ از زایمانها نیاز به انتقال مجدد به اتاق عمل (return to theater) داشته اند ولی در ۱۷٪ مادران فوت شده نیاز به انتقال مجدد به اتاق عمل پیدا کرده اند.
- ۱۶٪ داروهای ویژه مانند(IVIg ، فاکتور ۷ ، پروستاگلاندین و.....) دریافت کرده اند.

- **غفلت و عدم حساسیت پزشک، ماما و سایر کادر بهداشتی درمانی در مقاطع مختلف پیش از بارداری ، بارداری، زایمان، ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و پس از ۲۴ ساعت اول**

در ۱۹٪ موارد در مقطع پیش از بارداری از طرف ارئه کنندگان خدمت غفلت صورت گرفته است.

در ۴۱٪ موارد در مقطع بارداری از طرف ارئه کنندگان خدمت غفلت صورت گرفته است.

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

۲۲٪ در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان غفلت وجود داشته است .

۱۵٪ موارد پس از ۲۴ ساعت غفلت وجود داشته است.

- **علل مرگ مادران فوت شده:**

در ۲۱٪ مادران فوت شده علل مرگ خونریزی بوده است

در ۱۴٪ موارد پره اکلامپسی علت مرگ بوده است

در ۷٪ موارد علت مرگ عفونت بوده است

در ۱۶٪ بیماری قلبی علت مرگ مادران بوده است

در ۱۰٪ موارد آمبولی علت مرگ مادران بوده است

۹٪ بیماری زمینه ای

۲٪ مصرف مواد مخدر

در ۲۱٪ موارد سایر علل (مثل: انواع تومورها ، افسردگی پس از زایمان، واکنشهای دارویی و بیهوشی ، TTP و.....) باعث مرگ مادر شده است .

- **پایش نظام مراقبت مرگ مادر:**

- در ۲۳ درصد موارد گزارش به موقع به شهرستان ارسال نشده
- در ۱۴ درصد موارد گزارش به موقع به استان ارسال نشده

- در ۳۶ درصد موارد پرسشگری به موقع انجام نشده
- در ۱۷ درصد موارد اعضای تیم پرسشگری کامل نبوده است
- در ۸۵٪ موارد کمیته ها به موقع تشکیل نشده است
- در ۳۰٪ موارد اعضاء کمیته دانشگاهی کامل نبوده است .
- در ۸٪ موارد در فرم شماره ۶ (مصاحبه با خانواده) با سایر صفحات پرونده مغایرت داشته است .

- **امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب:**

در ۶۸٪ موارد مرگ مادر عوامل قابل اجتناب شناسایی شده است .و در ۳۶٪ موارد هیچ علت قابل اجتناب شناسایی نشده است.

در ۷۰٪ موارد مداخله برای عامل قابل اجتناب طراحی گردیده است

۵۸٪ موارد سطح مسئول مداخله و فرد مسئول اجرا تعیین شده است

در ۴۹٪ موارد دوره زمانی مشخصی برای اجرای مداخله تعیین شده است.

در ۳۲٪ موارد مداخله در زمان تعیین شده اجرا گردیده است.

در ۳۶٪ موارد پسخوراند به سطوح و واحدهای محیطی داده شده است .

جدول شماره ۳ :اطلاعات سهم دانشگاه از موالید ومرگ مادر از سال ۱۳۸۹ تا۱۳۹۳

لازم به ذکر است در جدول زیر دانشکده هایی که در سالهای اخیر از دانشگاه مبداء خود جدا شده اند از زمان تفکیک موالید و مرگ آنها ثبت شده است .

دانشگاه/دانشکده	موالید ۵ سال					مرگ ۵ سال					جمع ۵ ساله موالید	جمع ۵ سال مرگ مادران	سهم دانشگاه از	
	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۸۹	مرگ ۹۳	مرگ ۹۲	مرگ ۹۱	مرگ ۹۰	مرگ۸۹			موالید ۵ ساله در صد کل	مرگ ۵ ساله در صد کل
آبادان	۲۲۰۵۹	۲۱۶۲۲	۲۱۷۳۲	۲۰۸۵۱		۵	۳	۳	۴		۸۶۲۶۴	۱۵	۱.۲۰	۱.۰۳
آذربایجان شرقی	۶۷۴۸۲	۶۹۸۴۰	۶۸۶۶۹	۶۷۸۴۲	۶۷۷۳۴	۱۱	۱۳	۱۱	۸	۱۰	۳۴۱۵۶۷	۵۳	۴.۷۶	۳.۶۴
مراغه	۵۰۰۷					۲					۵۰۰۷	۲	۰.۰۷	۰.۱۴
آذربایجان غربی	۶۹۴۹۱	۶۵۸۱۱	۶۲۸۰۷	۶۲۲۸۹	۶۲۳۹۴	۱۳	۸	۱۱	۱۲	۱۲	۳۲۲۷۹۲	۵۶	۴.۵۰	۳.۸۴
اردبیل	۲۵۵۶۸	۲۴۸۰۴	۲۴۶۰۱	۲۳۹۰۸	۲۳۹۸۵	۴	۴	۳	۹	۲	۱۱۹۵۹۳	۲۲	۱.۶۷	۱.۵۱
اصفهان	۷۵۴۳۴	۷۲۰۰۲	۷۱۳۶۲	۶۸۳۷۳	۶۷۳۲۸	۱۵	۷	۱۴	۱۱	۱۴	۳۵۴۴۹۹	۶۱	۴.۹۴	۴.۱۹
کاشان	۷۶۷۰	۷۳۶۹	۶۸۸۹	۶۸۱۲	۶۴۴۳	۲		۱	۳	۲	۳۵۱۸۳	۸	۰.۴۹	۰.۵۵
البرز	۳۹۷۴۴	۳۶۹۳۵	۳۵۶۴۹	۳۳۸۸۹	۳۳۳۶۴	۷	۴	۵	۹	۵	۱۷۹۵۸۱	۳۰	۲.۵۰	۲.۰۶
ایلام	۱۰۸۵۳	۱۰۷۳۴	۱۰۲۲۱	۱۰۲۶۱	۱۰۰۲۱	۱	۴	۱	۰	۴	۵۲۰۹۰	۱۰	۰.۷۳	۰.۶۹
بوشهر	۲۱۴۶۵	۲۰۷۲۸	۲۰۱۸۱	۱۹۱۶۱	۱۸۹۸۱	۴	۴	۴	۶	۴	۱۰۰۵۱۶	۲۲	۱.۴۰	۱.۵۱
تربت حیدریه	۷۱۳۸	۶۸۱۲	۶۳۸۶			۱	۱	۰	۰		۲۰۳۳۶	۲	۰.۲۸	۰.۱۴
تربت جام	۷۳۳۳					۴					۷۳۳۳	۴	۰.۱۰	۰.۲۷
تهران(شهید بهشتی،تهران-ایران)	۱۹۶۹۵۷	۱۸۴۸۶۸	۱۷۸۸۳۲	۱۷۷۱۲۹	۱۷۴۸۵۷	۳۴	۳۷	۳۲	۲۳	۲۹	۹۱۲۶۴۳	۱۵۵	۱۲.۷۲	۱۰.۶۴
چهارمحال بختیاری	۲۰۸۷۴	۲۰۳۹۲	۲۰۴۰۷	۱۹۶۱۴	۱۸۷۵۲	۳	۲	۱	۳	۱	۱۰۰۰۳۹	۱۰	۱.۳۹	۰.۶۹

دانشگاه/دانشکده	موالید ۵ سال					مرگ ۵ سال					جمع موالید ۵ ساله	جمع مرگ ۵ ساله مادران	سهم دانشگاه از	
	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۸۹	مرگ ۹۳	مرگ ۹۲	مرگ ۹۱	مرگ ۹۰	مرگ ۸۹			موالید ۵ ساله	در صد کل مرگ ۵ ساله
خراسان جنوبی	۱۸۲۱۲	۱۷۴۳۰	۱۴۸۱۰	۱۴۵۶۱	۱۳۶۶۷	۷	۲	۴	۲	۳	۷۸۶۸۰	۱۸	۱.۱۰	۱.۲۴
خراسان رضوی	۱۱۰۹۹۷	۱۱۱۲۸۱	۱۰۲۷۳۸	۱۱۷۹۴۵	۱۰۵۳۸۵	۱۷	۲٤	۲۰	۱۱	۲۲	۵۴۸۳۴۶	۹۴	۷.۶۴	۶.۴۵
گناباد	۲۶۶۷	۲۸۱۱	۲۶۰۸	۱۸۱۸	۱۸۳۷	۲	۲	۰	۰	۰	۱۱۷۴۱	۴	۰.۱۶	۰.۲۷
سبزوار	۹۸۵۷	۱۰۰۱۵	۹۴۳۹	۷۲۷۴	۷۲۴۲	۱	۳	۳	۱	۲	۴۳۸۲۷	۱۰	۰.۶۱	۰.۶۹
خراسان شمالی	۱۹۵۳۸	۱۹۸۷۸	۱۸۳۷۶	۱۸۳۹۲	۱۸۶۴۵	۳	۵	۴	۴	۵	۹۴۸۲۹	۲۱	۱.۳۲	۱.۴۴
خوزستان	۴۸۵۶۹	۷۳۳۸۵	۷۱۹۲۵	۶۸۰۸۰	۹۵۹۵۵	۱۲	۱۸	۱۶	۱۲	۲۱	۳۵۷۹۱۴	۷۹	۴.۹۹	۵.۴۲
دزفول	۱۶۰۱۹	۱۵۱۵۵	۱۴۸۱۰	۱۳۵۷۶	۷۵۱۲	۴	۴	۳	۳	۲	۶۷۰۶۲	۱۶	۰.۰۵	۱.۱۰
بهبهان	۳۹۰۴					۱						۱	۰.۰۵	۰.۰۷
شوشتر	۴۶۹۹					۰					۴۶۹۹	۰	۰.۰۷	۰.۰۰
زنجان	۲۰۶۲۳	۲۰۶۱۵	۱۹۵۱۵	۱۸۸۰۶	۱۷۹۴۲	۱	۳	۴	۱	۳	۹۷۵۰۱	۱۲	۱.۳۶	۰.۸۲
سمنان	۶۵۳۴	۶۳۳۵	۶۲۴۳	۶۰۵۱	۵۴۰۰	۱	۱	۱	۲	۴	۳۰۵۶۳	۹	۰.۴۳	۰.۰۳
شاهرود	۳۹۶۸	۳۷۲۴	۳۵۲۴	۳۵۲۳	۳۹۷۲	۰	۱	۱	۰	۰	۱۸۷۱۱	۲	۰.۲۶	۰.۱۴
سیستان وبلوچستان	۶۵۰۸۳	۸۹۳۷۰	۷۷۶۵۱	۸۳۰۰۷	۸۵۰۸۵	۳۰	۳۹	۴۱	۳۴	۳۷	۳۹۶۰۵۲	۱۸۱	۵.۵۲	۱۲.۴۲
ایرانشهر	۲۴۳۸۸					۱۱					۲۴۳۸۸	۱۱	۰.۳۴	۰.۷۵ ۰.۷۵
زابل	۱۰۷۱۲	۱۰۶۳۲	۱۱۷۱۹	۵۲۲۴	۸۷۶۷	۰	۳	۳	۶	۸	۴۷۰۵۴	۲۰	۰.۶۶	۱.۳۷

دانشگاه/ دانشکده	موالید ۵ ساله					مرگ ۵ ساله					جمع ۵ ساله موالید	جمع ۵ ساله مرگ مادران	سهم دانشگاه از	
	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۸۹	مرگ ۹۳	مرگ۹۲	مرگ ۹۱	مرگ ۹۰	مرگ۸۹			در صد کل موالید ۵ ساله	در صد کل مرگ ۵ ساله
کرمانشاه	۳۶۱۱۲	۳۵۰۳۸	۳۴۱۷۱	۳۳۴۱۴	۳۳۲۱۹	۵	۸	۵	۷	۸	۱۷۱۹۵۴	۳۳	۲.۴۰	۲.۲۶
فارس	۷۳۱۸۹	۷۶۱۵۱	۷۴۷۳۸	۷۳۱۵۰	۷۴۱۵۶	۱۱	۱۸	۹	۱۹	۱۴	۳۷۱۳۸۴	۷۱	۵.۱۸	۴.۸۷
جهرم	۴۶۳۸	۴۳۵۵	۳۸۲۲	۳۶۷۵	۳۶۲۲	۱	۰	۱	۲	۱	۲۰۱۱۲	۵	۰.۲۸	۰.۳۴
فسا	۴۱۱۳	۴۰۸۰	۴۱۷۶	۴۰۲۳	۳۹۸۹	۰	۰	۰	۰	۱	۲۰۳۸۱	۱	۰.۲۸	۰.۰۷
لارستان	۴۱۵۵					۰						۰	۰.۰۶	۰.۰۰
گراش	۹۶۹					۰						۰	۰.۰۱	۰.۰۰
قزوین	۲۲۷۱۸	۲۱۲۹۱	۲۱۱۷۷	۲۰۱۲۹	۲۰۲۷۶	۵	۲	۳	۲	۴	۱۰۵۵۹۱	۱۶	۱.۴۷	۱.۱۰
قم	۲۵۲۲۹	۲۲۸۷۸	۲۲۵۴۷	۲۱۰۸۰	۲۰۴۷۳	۳	۳	۸	۳	۵	۱۱۲۲۰۷	۲۲	۱.۵۶	۱.۵۱
کردستان	۳۰۹۹۷	۲۹۲۸۹	۲۸۰۷۴	۲۷۳۸۰	۲۷۱۵۳	۴	۳	۳	۱۰	۱۰	۱۴۲۸۹۳	۲۹	۱.۹۹	۱.۹۹
کرمان	۳۱۸۹۴	۳۳۴۸۲	۲۹۲۷۳	۲۱۷۶۹	۳۴۶۲۴	۴	۵	۴	۷	۵	۱۵۱۰۴۲	۲۵	۲.۱۱	۱.۷۲
رفسنجان	۶۳۶۴	۵۹۷۷	۵۸۲۷	۵۰۲۴	۵۲۷۱	۰	۰	۲	۳	۱	۲۸۴۶۳	۶	۰.۴۰	۰.۴۱
بم	۷۳۷۱	۷۵۲۸	۶۸۳۷	۶۷۲۳	۶۷۷۴	۱	۰	۴	۱	۲	۳۵۲۳۳	۸	۰.۴۹	۰.۵۵
جیرفت	۱۸۰۵۹	۱۳۸۲۲	۱۵۵۵۴	۱۴۶۴۹	۱۵۱۲۹	۶	۳	۴	۷	۴	۷۷۲۱۳	۲۴	۱.۰۸	۱.۶۵

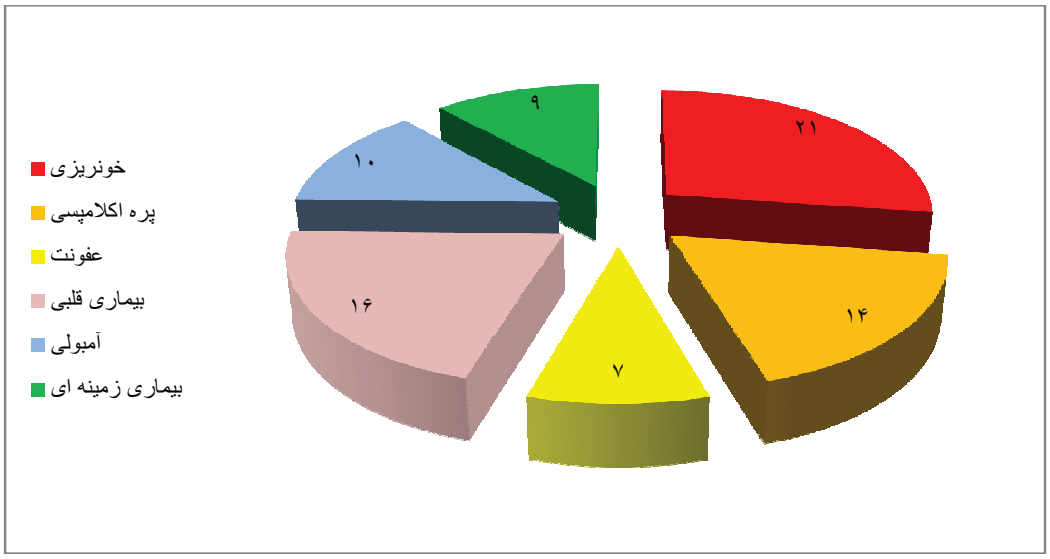
دانشگاه/ دانشکده	موالید ۵ ساله					مرگ ۵ ساله					جمع ۵ ساله موالید	جمع ۵ ساله مرگ مادران	سهم دانشگاه از	
	ولادت ۱۳۹۳	ولادت ۱۳۹۲	ولادت ۱۳۹۱	ولادت ۱۳۹۰	ولادت ۱۳۸۹	مرگ ۹۳	مرگ۹۲	مرگ ۹۱	مرگ ۹۰	مرگ۸۹			موالید ۵ ساله درصد کل	مرگ ۵ ساله درصد کل مرگ
کهکیلویه وبویراحمد	۳۶۱۱۲	۱۵۹۰۹	۱۵۸۸۲	۱۵۱۹۹	۱۴۹۲۶	۳	۵	۳	۶	۴	۹۸۰۲۸	۲۱	۱.۳۷	۱.۴۴
گلستان	۴۲۴۹۹	۴۱۷۴۷	۴۱۰۲۲	۳۹۱۵۴	۳۶۷۴۳	۶	۳	۱۱	۹	۴	۲۰۱۱۶۵	۳۳	۲.۸۰	۲.۲۶
گیلان	۳۲۴۵۶	۳۲۶۴۵	۳۲۱۹۸	۳۱۹۷۷	۳۲۰۳۷	۳	۲	۱	۵	۱	۱۶۱۳۱۳	۱۲	۲.۲۵	۰.۸۲
لرستان	۳۹۳۸۸	۳۷۹۴۴	۳۷۱۵۴	۳۵۷۹۹	۳۵۰۱۱	۵	۱۰	۷	۸	۷	۱۸۵۲۹۶	۳۷	۲.۵۸	۲.۵۴
مازندران	۴۴۲۲۵	۳۶۹۵۴	۳۶۲۹۶	۳۶۱۰۸	۳۶۵۴۲	۵	۳	۰	۴	۴	۱۹۰۱۲۵	۱۶	۲.۶۵	۱.۱۰
بابل	۲۰۶۹	۷۹۷۲	۷۶۸۹	۷۵۱۷	۷۵۱۱	۳	۱	۰	۱	۰	۳۲۷۵۸	۵	۰.۴۶	۰.۳۴
مرکزی	۱۸۳۲۴	۲۲۰۴۱	۲۱۵۵۸	۲۱۰۶۸	۲۰۶۷۹	۴	۲	۳	۵	۲	۱۰۳۶۷۰	۱۶	۱.۴۵	۱.۱۰
ساوه	۴۳۸۱					۰					۴۳۸۱	۰	۰.۰۶	۰.۰۰
نیشاپور	۱۱۲۴۳	۱۱۰۹۰	۱۰۴۴۱	۹۱۲۹	۸۷۵۶	۱	۲	۲	۶	۱	۵۰۶۵۹	۱۲	۰.۷۱	۰.۸۲
هرمزگان	۳۹۶۴۴	۳۸۴۴۶	۳۷۲۸۰	۳۵۶۵۶	۳۴۵۸۱	۱۳	۱۴	۱۳	۱۶	۱۹	۱۸۵۶۰۷	۷۵	۲.۵۹	۵.۱۵
همدان	۳۳۶۳۸	۳۲۲۸۹	۳۱۳۸۸	۳۰۶۴۵	۳۰۱۶۲	۵	۶	۲	۹	۳	۱۴۹۷۷۵	۲۵	۲.۰۹	۱.۷۲
یزد	۲۴۴۱۵	۲۲۵۰۲	۲۳۵۰۱	۲۲۲۹۸	۲۲۱۱۰	۳	۶	۴	۳	۱۰	۱۲۳۱۷۳	۲۶	۱.۷۲	۱.۷۸
مشترک						۳	۳	۳	۰	۲		۱۰		
کل کشور		۱۴۷۱۸۳۴	۱۴۲۱۶۸۹	۱۳۸۲۲۲۹	۱۳۶۳۵۴۲	۲۹۰	۲۹۱	۲۷۸	۲۹۷	۳۰۲	۶۸۱۶۱۷۲	۱۲۱۹	۱۰۰.۰۰	۱۰۰.۰۰

جدول شماره۴:مقایسه شاخص های حاصل از نظام کشوری مراقبت مرگ مادری در۵ سال اخیر(اعداد به درصد)

الف. شاخص های عملکرد نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (درصد)	**۱۳۸۹**	**۱۳۹۰**	**۱۳۹۱**	**۱۳۹۲**	**۱۳۹۳**
گزارش به موقع مرگ های مادر اتفاق افتاده	۹۰	۸۴	۸۲	۸۳	۸۶
انجام به موقع پرسشگری	۶۸	۵۹	۵۸	۶۴	۶۴
کامل بودن تیم پرسشگری	۸۲	۷۸	۷۰	۷۳	۸۳
تشکیل به موقع کمیته بررسی مرگ و میر مادران	۳۳	۲۷	۱۷	۱۶	۱۵
کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی برای بررسی موارد مرگ	۷۲	۶۷	۶۰	۶۳	۷۰
ارایه طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه	۷۱	۶۹	۵۷	۶۳	۷۰
اجرای طرح های مداخله برای جلوگیری از مرگ های مشابه	۶۱	۴۵	۴۵	۴۳	۳۲
امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب در مرگ	۷۳	۶۸	۵۸	۶۴	۶۸
ب. شاخص های جمعیت شناسی(درصد)	**۱۳۸۹**	**۱۳۹۰**	**۱۳۹۱**	**۱۳۹۲**	**۱۳۹۳**
*مادران فوت شده ساکن شهر**	۶۷	۵۷	۶۱	۵۹	۶۳
مادران فوت شده ساکن روستاهای اصلی	۲۲	۳۱	۲۵	۲۵	۲۵
مادران فوت شده ساکن روستاهای قمر و سیاری	۱۱	۱۲	۱۳	۱۶	۱۲
مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال	۷۶	۷۷	۷۲	۷۳	۷۳
مادران فوت شده زیر ۱۸ سال	۲	۳	۱	۳	۱
مادران فوت شده بالای ۳۵ سال	۲۲	۲۰	۲۷	۲۴	۲۶
پ. شاخص های مرتبط با پوشش و کیفیت خدمات تنظیم خانواده(درصد)	**۱۳۸۹**	**۱۳۹۰**	**۱۳۹۱**	**۱۳۹۲**	**۱۳۹۳**
خواسته بودن بارداری	۸۳	۸۲	۷۹	۸۳	۸۰
تعداد بارداری ۵ یا بیشتر	۲۱	۲۱	۱۸	۱۷	۲۲
فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال	۲۳	۱۷	۲۰	۲۰	۲۴
در معرض خطر بودن(ابتلا به بیماری زمینه ای از ابتدای بارداری)	۷۵	۷۱	۷۳	۷۳	۷۸
متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری	۶۲	۶۵	۵۳	۵۹	۶۱

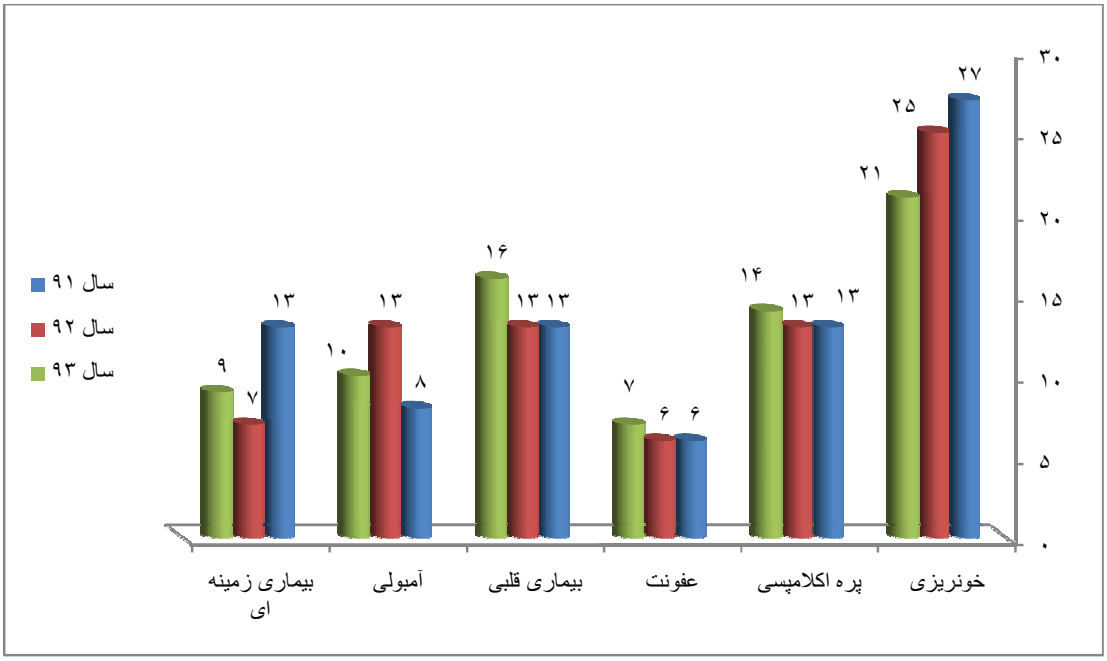
ت. شاخص های مرتبط با دسترسی و کیفیت خدمات (درصد)	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
*مادران فوت شده درطول بارداری**	۲۵	۲۷	۲۹	۲۷	۲۸
مادران فوت شده حین زایمان	۴	۳	۴	۳	۲
مادران فوت شده پس از زایمان	۷۱	۷۰	۶۷	۷۰	۷۰
مادران زایمان کرده در منزل	۶	۴	۵	۷	۵
مادران زایمان کرده بین راه	۱	۱	۱	۱	۱
مادران زایمان کرده در واحدهای تسهیلات زایمانی	۲	۲	۳	۴	۲
مادران زایمان کرده در بیمارستان ها	۹۱	۹۴	۹۱	۸۸	۹۲
مادران فوت شده در منزل*	۱۱	۷	۱۳	۱۲	۹
مادران فوت شده در بین راه	۴	۵	۴	۷	۷
مادران فوت شده در واحدهای تسهیلات زایمانی/درمانگاه یا مطب	۱	۱	۰	۰	۱
مادران فوت شده در بیمارستان ها	۸۴	۸۷	۸۳	۸۱	۸۴
مادرانی که زایمان آنها توسط متخصص یاماما انجام شده است	۹۳	۹۶	۹۵	۹۲	۹۶
مادرانی که زایمان آنها توسط ماما محلی انجام شده است	۴	۱	۲	۳	۱
مادرانی که زایمان آنها توسط ماما روستا انجام شده است	۰	۰	۱	۱	۰
مادرانی که خودشان زایمان خود را انجام داده اند	۳	۳	۲	۴	۳
مادرانی که زایمان آنها به صورت سزارین انجام شده است	۵۸	۶۲	۶۳	۶۶	۶۳
مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است	۴۲	۳۸	۳۷	۳۴	۳۷

درصد شایعترین علل مرگ های مادر سال ۹۳



نمودارهای ذیل بر اساس مقایسه ارقام شاخص ها درمقطع سه ساله(۹۳-۹۱) محاسبه وارائه گردیده است .

درصد موارد فوت شده بر حسب شایعترین علل مرگ مادر



نمودار فوق نشان میدهد که ازشش علت مهم مرگ مادر،دردو مورد (خونریزی و آمبولی)نسبت به سال گذشته کاهش وجود داشته است. در مورد کاهش مرگ مادر به دلیل خونریزی مسایل زیر می تواند در کاهش آن موثر باشد:

حساس سازی و تشکیل سمینارهای اورژانس مامایی تهیه مولتی مدیا و کتاب خونریزی، جلسات آشنایی برای تدوین پروتوکل خونریزی توسط بیمارستانها باشد. ولی می بایست به این نکته نیز توجه داشت که کماکان بیشترین مرگ مادران بدلیل خونریزی حین زایمان وپس از زایمان می باشد و نیازمند اقدامات بیشتری میباشد. و همچنین بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل کمی و کیفی پرونده های مرگ مادران به علت خونریزی که در سال های ۹۰ و ۹۱ انجام شده ، نشاندهنده این است که :

بیشتر این مرگ ها در دهه چهارم زندگی مادران رخ داده است. بیشترین علت خونریزی: آتونی رحم و پس از آن مشکلات جفت بود. شایعترین علت فوت: شوک هموراژیک همراه با DIC بود. بیشترین شیوه زایمان انجام گرفته در این پرونده ها سزارین اورژانس گزارش شده بود و از عوامل مستعد کننده مرگ ناشی از خونریزی : شایعترین مورد ، سن بالای ۳۵ سال بود. دانش و اطلاعات ناکافی بخصوص در پزشک و ماما ، کمبود و استفاده نامناسب از خون و فرآورده های خونی، استفاده نادرست از حجم دهنده ها، توزیع نامناسب پرسنل با دانش ناکافی، تاخیر در تشخیص خونریزی مامایی، جایگزینی حجم، تشخیص و درمان DIC، کنترل خونریزی با جراحی، از اصلی ترین علل زمینه ساز مرگ مادران ناشی از خونریزی مامایی بود. در مجموع قریب به اتفاق مرگ های مادران ناشی از خونریزی های مامایی قابل پیشگیری بودند.

فواصل طولانی ویزیت توسط متخصص، بی اهمیت یا کم اهمیت جلوه دادن خونریزی، نبود برنامه استاندارد ثبت و follow up خونریزی می تواند بر تعداد مرگ به علت خونریزی بیافزاید.از این رو توصیه میشود با توجه به ارسال راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر به کلیه مراکز آموزشی- درمانی ودرمانی کشور نسبت به تدوین پروتکل خونریزی جهت هر بیمارستان با توجه به امکانات و شرایط منطقه اقدام عاجل صورت گیرد.

علت دوم آمبولی است. در مورد کاهش مرگ مادر به دلیل آمبولی مداخلاتی که طی سالهای اخیر انجام شده شامل تدوین و ارسال دستور عمل ارزیابی خطر و پیشگیری از ترومیوآمبولی و همچنین اضافه کردن فرم برای مادران بستری در بیمارستان است . به نظر می رسد که این اقدامات در کاهش بروز این عارضه تاثیر داشته است ولی با توجه به تاریخچه های ارسالی در قالب فرم ۷ و همچنین بازدیدهای بعمل آمده مشاهده می شود که در برخی موارد اجرای این دستورالعمل که منجر به پیشگیری از عامل قابل اجتناب مرگ مادر است ، جدی گرفته نشده است و نیازمند تاکید و نظارت بیشتر می باشد.

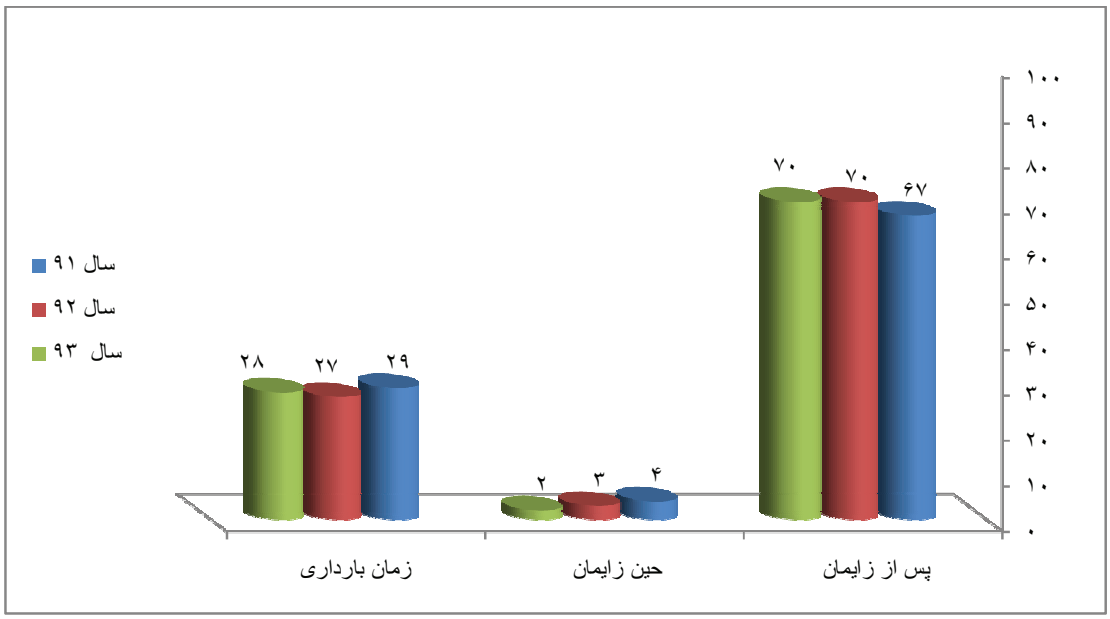
همچنین متاسفانه درصد بیماری قلبی در بارداری افزایش داشته است که می تواند به علل زیر باشد:

- افزایش چاقی، فشارخون بالا، دیابت در بزرگسالان جوان
- افزایش سن زنان باردار و تاخیر در شروع بارداری
- افزایش بقاء در زنان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی تا سن بزرگسالی به دلیل پیشرفت در درمانهای طبی و جراحی

- افزایش میزان تشخیص بیماری قلبی در بارداری، بسیاری از اینها در شرایط غیر بارداری بدون علامت بوده و با افزایش بار قلب در حاملگی تشدید و حتی در مواردی برای اولین بار تشخیص داده می شوند.

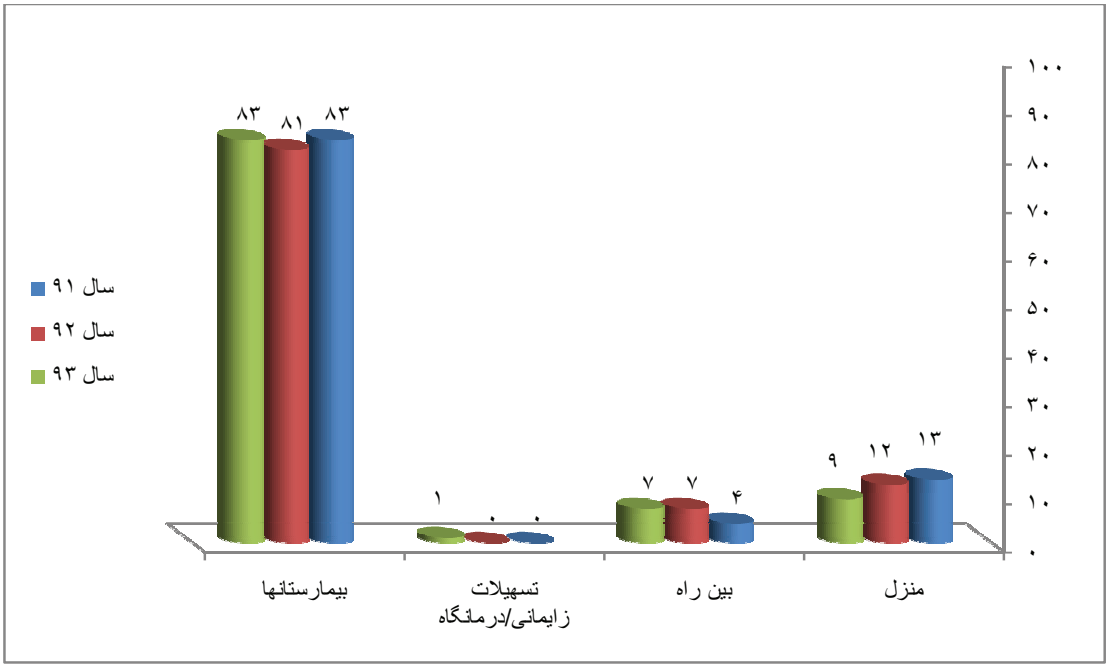
لازم به ذکر است اقدامات لازم برای تهیه و تدوین دستورالعمل کشوری درمان بیماریهای قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان توسط اداره سلامت مادران صورت گرفته است که بزودی به دانشگاههای سراسر کشور ابلاغ می گردد. خواهشمند است نسبت به اجرای این دستورالعمل اقدام لازم صورت گیرد تا شاهد پایین آمدن درصد مرگ مادران بدلیل بیماری های قلبی باشیم .

درصد مادران فوت شده بر حسب مقطع فوت

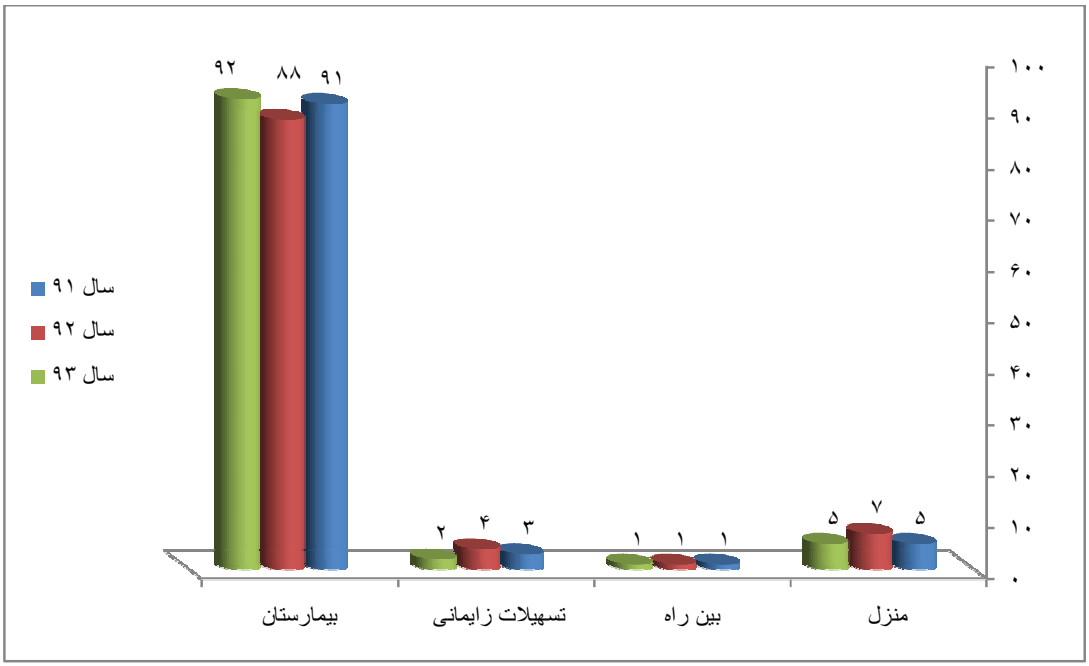


طبق نمودار فوق هنوز ۷۰٪ مرگ مادران در مقطع پس از زایمان اتفاق می افتد بنابراین اصول مراقبت مادران اعم از گرفتن علائم حیاتی و ثبت برون ده ادرای و تعیین دقیق میزان خونریزی از اهمیت بالایی برخوردار است و لازم است در تمام مراکز درمانی مورد نظارت دقیق قرار گیرد.

درصد مادران فوت شده بر حسب محل فوت



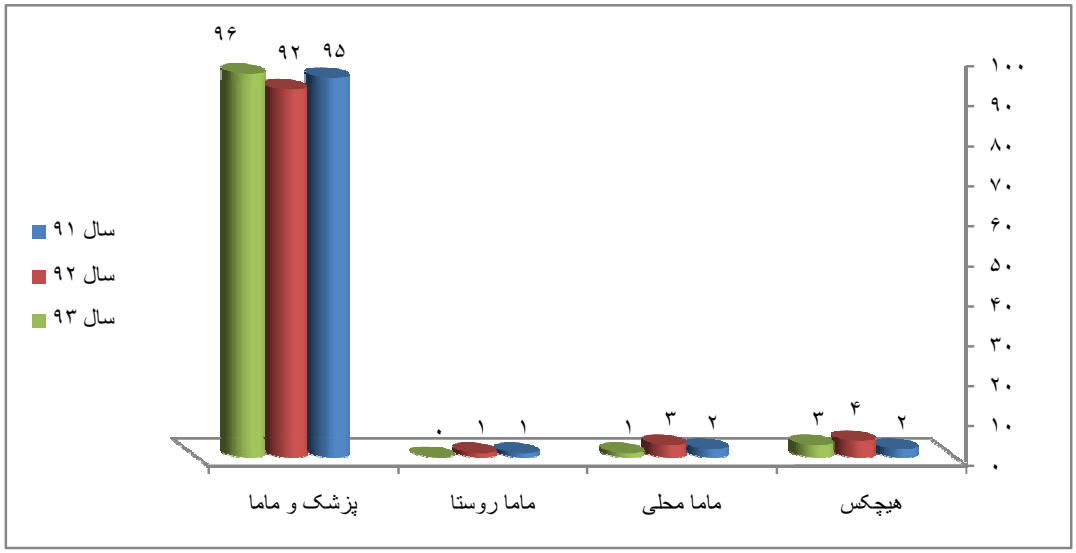
درصد مادران فوت شده بر حسب محل زایمان



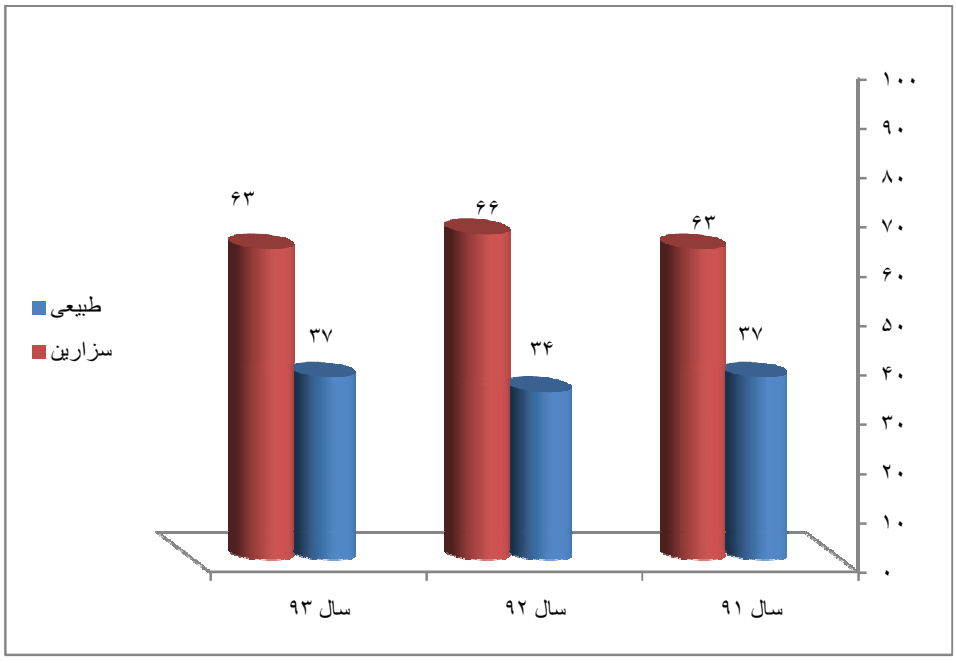
نمودار فوق نشان دهنده این است که ۹۲٪ از مادران در شرایط ایمن زایمان و در محیط امن بیمارستان قرار داشته اند، و برنامه ریزی کافی بخش بهداشت و درمان در خصوص افزایش میزان دسترسی و زایمان ایمن

صورت گرفته است . این روند به منزله یک فرصت برای کاهش مرگ مادران از طریق بهبود خدمات بیمارستانی می باشد و نشاندهنده افزایش آگاهی جامعه در مورد انتخاب مراکز ایمن برای زایمان می باشد.

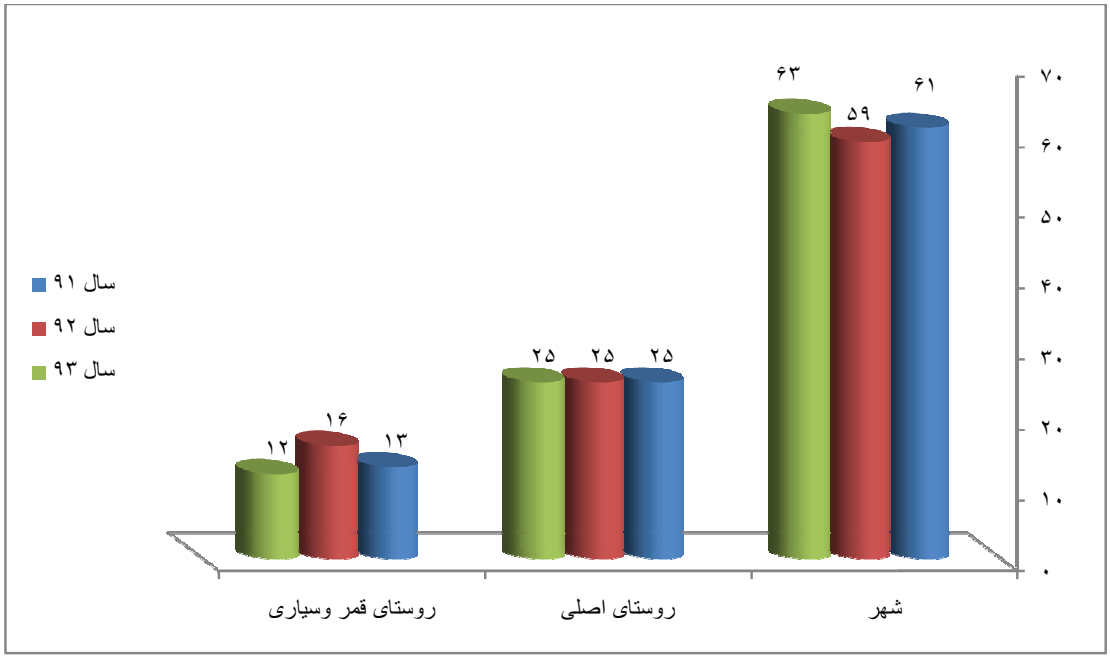
درصد مادران فوت شده بر حسب فرد کمک کننده به زایمان



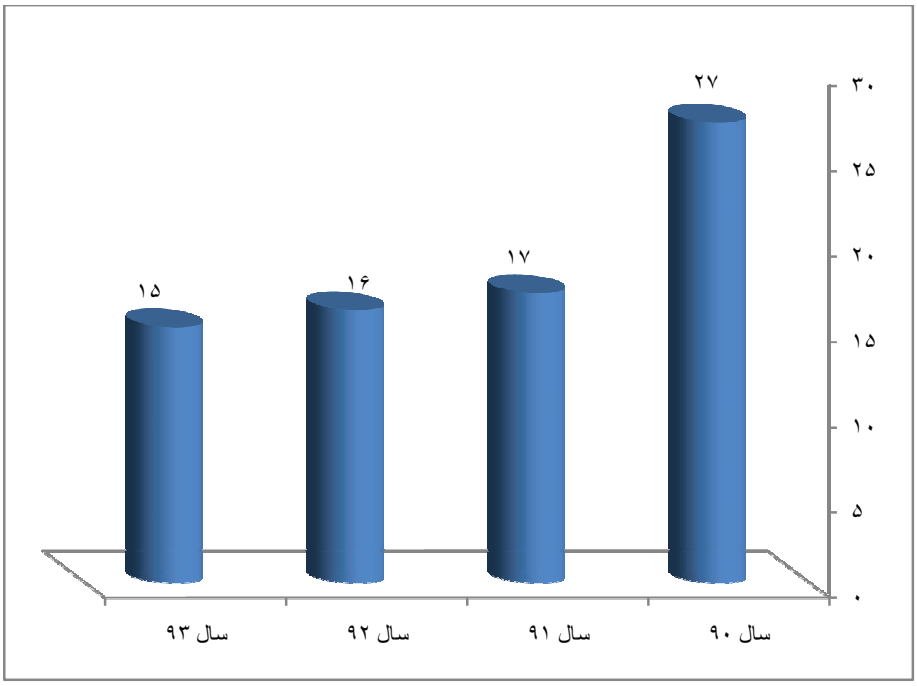
درصد مادران فوت شده بر حسب نوع زایمان



درصد مادران فوت شده بر حسب محل سکونت



درصد تشکیل به موقع کمیته مرگ مادر



مطابق نمودار فوق درصد تشکیل به موقع کمیته ها در دانشگاههای کشور در طی چند سال اخیر سیر نزولی شدیدی داشته است که انتظار آن پس از ۱۴ سال از استقرار نظام مراقبت، ناباورانه می باشد . دراین موارد این نگرانی وجود دارد که به مرور زمان اهمییت مرگ مادر وحساسیت پرسنل نسبت به این قضیه کاهش یابد .

باعنایت به اینکه برگزاری کمیته ،تصمیم گیری قاطع وارائه پسخوراند مناسب می تواند بروز مرگ های قابل اجتناب را کاهش دهد واز مرگهای مشابه جلوگیری بعمل آورد. واز انجا که به نظر می رسد یکی از علل عدم تشکیل به موقع کمیته ها به دلیل عدم حضور ریاست محترم دانشگاهها می باشد،.متاسفانه گزارشهای ارسالی نشاندهنده عدم تشکیل به موقع کمیته ها می باشد، بنابراین ضروری است در صورتی که تشکیل کمیته دانشگاهی در فاصله دو هفته پس از تکمیل پرسشنامه امکان پذیر نیست، کمیته های درمانی برای مرگهای بیمارستانی و کمیته های بهداشتی برای مرگهای خارج بیمارستانی تشکیل شده و نتایج مصوبات هر سه ماه یک بار در کمیته های دانشگاهی با حضور رییس محترم دانشگاه بررسی و مرور گردد.

انتظارات از معاونتهای بهداشت :

- ارائه مراقبتهای ادغام یافته مطابق دستورالعمل مراقبت های خارج بیمارستانی به مادران با تاکید بر مراقبتهای پیش از بارداری و کنترل بیماریهای زمینه ای
- تشخیص و ارجاع به موقع مادران پرخطر به مراکز درمانی مناسب و با توجه به شرایط بیمار
- برنامه ریزی جهت دسترسی ساکنین مناطق دور از دسترس بخصوص در فصل سرما و هنگام مسدود شدن راه های مواصلاتی
- انعکاس اهمیت موضوع به هر نحو مقتضی (طرح در جلسات هیئت رئیسه ، استانداری، انتقال خون و.....)برای جلب مشارکت درون سازمانی و برون سازمانی
- تقویت خدمات پارکلینیک(آزمایشگاهها، مراکز تصویر برداری و سونوگرافی و.....)

انتظارات از معاونتهای درمان:

- تعیین کارشناس رابط سلامت در بیمارستانها به منظور پیگیری مادران پرخطر شامل: بیماران ارجاعی از مراکز خارج بیمارستانی ، مادران پرخطر بستری در بیمارستان و پس از ترخیص
- ارائه خدمات و مراقبتهادر بیمارستان مطابق دستورالعمل ارائه خدمت در بیمارستانهای دوستدار مادر و یا کتب مرجع
- تمامی مراکز درمانی بر اساس گاید لاین های موجود پروتوکل بیمارستانی مطابق شرایط و تجهیزات مرکز خود برای سه علت شایع مرگ مادر (خونریزی، پره اکلامپسی، آمبولی) تدوین نمایند

- عدم انجام مداخلات روتین غیر ضروری بخصوص تقویت یا القای دردهای زایمان(با توجه به گزارش های مرگ مادر به دنبال استفاده غیر علمی با مخفیانه از میزوپروستول و سنتوسینون)
- حساس سازی ارائه دهندگان خدمت به منظور اطلاع سریع و به موقع به متخصص زنان در صورت بروز هر گونه عارضه هنگام لیبر، زایمان و پس از زایمان
- انجام هماهنگی های لازم با متخصصین زنان دانشگاه قطب در صورت ضرورت اعزام مادر به سطوح درمانی بالاتر
- همکاری و هماهنگی واحدهای درمانی با مراکز خارج بیمارستانی به صورت ارسال پس خوراند به کارکنان
- حمایت همکاران برای انجام فعالیتهای نظام مراقبت مرگ مادر مطابق گردش کار
- اهتمام بر تشکیل به موقع کمیته ها و بررسی موارد مرگ مادر بطور موثر(تنظیم مداخلات با حضور و مشارکت همه اعضا و بدون در نظر گرفتن هر گونه ملاحظه و جانبداری)و همچنین اجرای مداخلات
- جلب مشارکت معاونت محترم آموزشی و مدیر گروه محترم زنان

انتظارات از معاونت آموزشی:

- برنامه های آموزش مداوم در زمینه آشنایی متخصصین و ماماهای شاغل با اصول و اقدامات بیمارستانهای دوستدار و زایمان فیزیولوژیک توسط معاونت محترم درمان و معاونت آموزشی برگزار گردد.
- همکاری معاونت آموزشی در خصوص آموزش متخصصین زنان با توجه به بررسی موارد مرگ وتهیه گزارش به صورت توضیح malpractice و mismanagement و ارائه راهکارهای علمی و مستند به کلیه بیمارستانها و صاحبان فرایند انجام پذیرد.
- معاونت آموزشی بر فعالیت رزیدنت ها نظارت داشته باشند.
- دوره های آموزشی مستمر باتاکید بر علائم خطر دوران بارداری، زایمان وپس از زایمان به منظور حساس سازی وارتقاء ارائه خدمات پزشکان اورژانس بیمارستانها برگزار گردد.