

تعداد موارد مرگ مادر شناسایی شده و توصیف علل مرگ مادران در کشور طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴

الف. تعداد و علل مرگ مادران براساس مطالعه RAMOS:

براساس این مطالعه، ۲۸۲ مادر طی سال ۱۳۷۵ به علت عوارض مستقیم بارداری و زایمان فوت کرده‌اند، شایع‌ترین علل مرگ در این سال خونریزی، اکلامپسی، بیماری‌های قلبی- عروقی و عفونت‌های پس از زایمان بوده است. موارد خونریزی منجر به مرگ بطور عمده حین یا پس از زایمان اتفاق افتاده است. این داده‌ها اهمیت امکان بهره‌مندی مادران کشور از فوریت‌های مامایی و زایمان (EOC; Essential Obstetric Care) در موقع ضروری، به خصوص در سه ماهه آخر بارداری و تا یک هفته پس از زایمان را نشان می‌دهد.

ب. کل موارد مرگ شناسایی شده طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴:

تعداد موارد مرگ گزارش شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ به شرح زیر است:

سال	تعداد موارد مرگ گزارش شده	شیوه جمع آوری اطلاعات
۱۳۷۵	۳۸۲	مطالعه RAMOS
۱۳۷۶	۱۶۲	گزارش اجباری مرگ مادر با پرسشنامه (RAMOS)
۱۳۷۷	۱۷۰	
۱۳۷۸	۲۱۴	
۱۳۷۹	۲۱۲	
۱۳۸۰	۲۲۲	
۱۳۸۱	۳۰۸	
۱۳۸۲	۳۳۲	نظام کشوری مراقبت مرگ مادری
۱۳۸۳	۲۷۸	
۱۳۸۴	۲۹۵	
جمع	۲۵۷۵	

نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

جدول ۱. شاخص‌های حاصل از اجرای نظام کشوری مراقبت مرگ مادری (اعداد به درصد است)

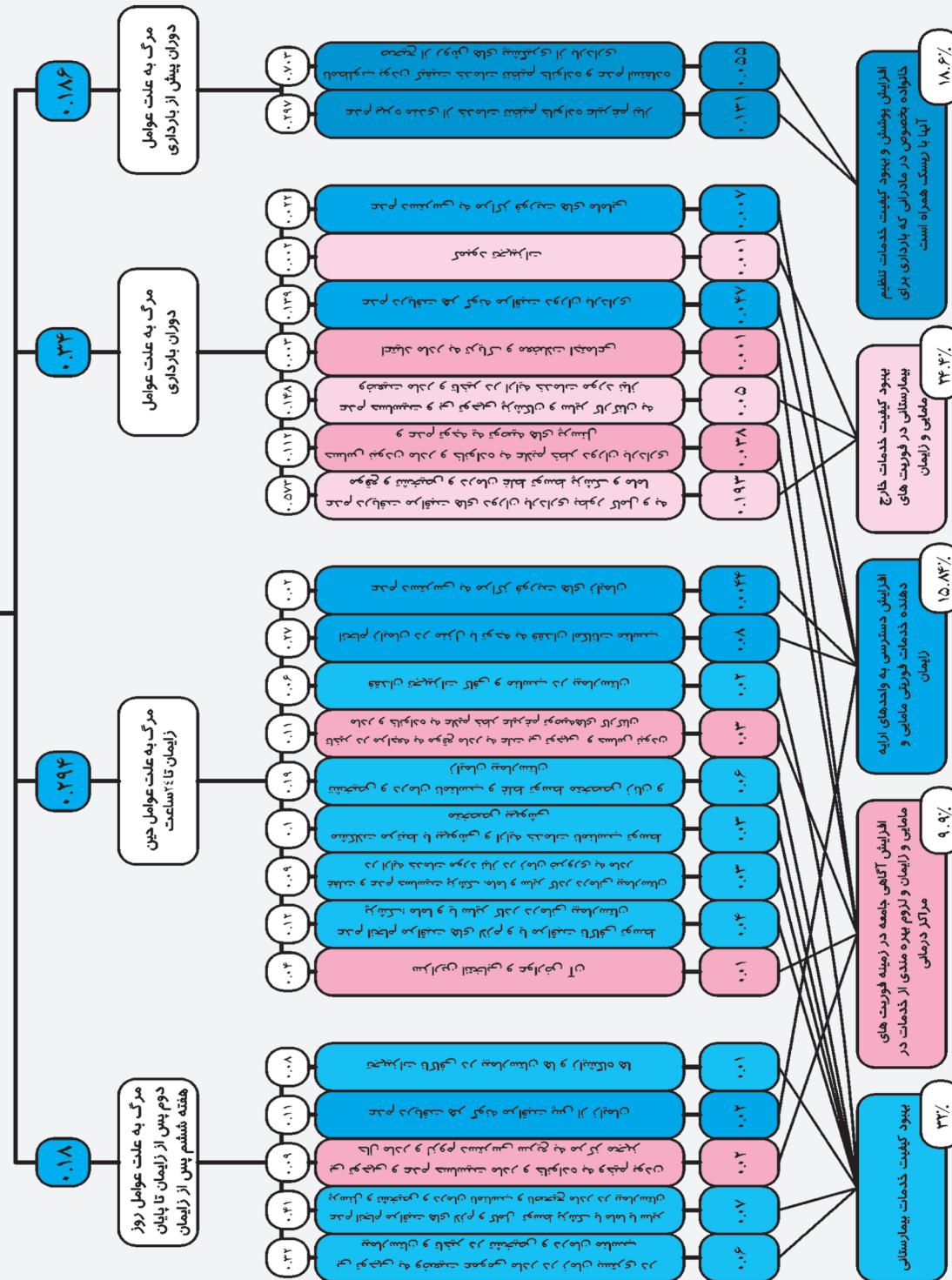
۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	شاخص‌های نظام کشوری مرگ مادری
شاخص‌های جمعیتی					
مادران فوت شده ساکن شهر					
۴۷	۴۶	۴۵	۴۴	۴۲	
۳۴	۳۱	۲۴	۳۴	۴۴	مادران فوت شده ساکن روستای اصلی
۱۹	۲۲	۱۹	۲۰	۱۴	مادران فوت شده ساکن روستای قمرو سیاری
۶	۲	۳	۲	۱	مادران فوت شده زیر ۱۸ سال
۱۹	۲۶	۲۰	۲۵	۲۰	مادران فوت شده بالای ۲۵ سال
شاخص‌های مربوط به خدمات تنظیم خانواده					
۷۷	۷۴	۷۳	۶۹	۵۸	خواسته بودن بارداری
۲۴	۲۴	۲۰	۳۰	۲۹	تعداد بارداری ۵ یا بیشتر
۲۴	۲۱	۲۰	۱۶	۱۰	فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال
۱۹	۲۶	۲۰	۲۵	۲۰	مادران فوت شده بالای ۲۵ سال
۷۷	۷۲	۶۷	۷۳	۶۰	ابتلا مادر به بیماری‌های زمینه‌ای
شاخص‌های مربوط به خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان					
۱۵	۱۵	۱۸	۱۶	۱۵	مادران فوت شده در زمان بارداری
۷	۶	۴	۸	۴	مادران فوت شده حین زایمان
۷۷	۷۷	۷۶	۷۵	۸۰	مادران فوت شده پس از زایمان
۱۸	۱۵	۲۰	۲۲	۲۶	مادران زایمان کرده در منزل
۱	۳	۱	۲	۱	مادران زایمان کرده بین راه
۲	۳	۲	۲	.۶	مادران زایمان کرده در تسهیلات زایمانی
۷۹	۷۸	۷۸	۷۳	۶۱	مادران زایمان کرده در بیمارستان‌ها
۱۱	۱۰	۹	۱۱	۱۹	مادران فوت شده در منزل
۶	۱۱	۱۳	۱۱	۱۰	مادران فوت شده در بین راه
.	۱	۰	۱	۱	مادران فوت شده در تسهیلات زایمانی
۸۲	۷۷	۷۳	۷۵	۶۹	مادران فوت شده در بیمارستان‌ها
۶۶	۶۵	۵۶	۵۶	۴۶	مادران زایمان کرده توسعه متخصص
۱۵	۱۴	۱۵	۲۰	۱۴	مادران زایمان کرده توسعه مامای تحصیل کرده
۸	۹	۱۶	۱۳	۱۸	مادران زایمان کرده توسعه مامای محلی
۲	۲	۱	۲	۴	مادران زایمان کرده توسعه مامای روستا
۸	۸	۴	۷	۱۷	مادرانی که کمکی در زایمان نداشته‌اند
۴۷	۵۱	۴۸	۵۰	۴۲	مادرانی که سزارین شده‌اند
۵۳	۴۸	۵۲	۴۸	۵۷	مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است
شاخص‌های مرتبط با تاخیر					
۳۴	۴۴	۳۷	۳۸	۱۹	تاخیر در تصمیم گیری خانواده برای اخذ کمک
۲۸	۳۱	۲۹	۲۳	۵	تاخیر در ارجاع مادر از واحدهای خارج بیمارستانی به بیمارستان
۴۳	۴۷	۳۹	۳۷	۷۴	تاخیر در شروع درمان در بیمارستان
شاخص‌های مربوط به اجرای نظام مراقبت مرگ مادری					
۹۱	۸۶	۹۲	۸۰	۳۶	گزارش به موقع مرگ مادر
۲	۰	۲	۲	۱۶	نامعلوم بودن زمان گزارش مرگ
۶۷	۵۷	۶۲	۶۷	۲۴.۵	کامل بودن تیم پرسشگری
۲۶	۲۶	۲۶	۲۴	۳۷.۸	تشکیل به موقع کمیته مرگ و میر مادران
۵۱	۵۰	۶۲	۷۶	۳۲	ارایه طرح‌های مداخله برای جلوگیری از مرگ‌های مشابه
۴۲	۴۱	۴۵	۵۳	*	اجرای طرح‌های مداخله برای جلوگیری از مرگ‌های مشابه
۶۷	۶۱	۶۶	۷۶	*	امکان شناسایی عوامل قابل اجتناب مرگ
۶۵	۵۹	۶۲	۷۴	۱۴	کامل بودن اعضای کمیته دانشگاهی

*اطلاعات مربوط به این دو شاخص در سال اول گردآوری نشده است.

همانطور که مشاهده می‌شود، تعداد مرگ گزارش شده طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹ به مراتب از تعداد موارد مطالعه سال ۱۳۷۵ کمتر است. این مساله نشان می‌دهد که در نظام گزارش دهی مرگ مادران طی این دوره کم شماری وجود داشته است. علت عدمه مرگ مادران در گزارش‌های سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴ خونریزی، اکلامپسی، عفونت و بیماری قلبی درمان نشده بوده است که با نتایج مطالعه RAMOS همخوانی دارد. همانطور که در قسمت قبل توضیح داده شد در نسخه اول نظام کشوری مراقبت مرگ مادری شاخص‌هایی به منظور پایش و ارزشیابی اجرای آن پیش‌بینی شده بود. در جدول زیر به توصیف این شاخص‌ها طی ۵ سال اجرا خواهیم پرداخت. همچنین در ادامه، درخت تشخیصی علل مرگ مادران کشور و توصیف عوامل موثر در مرگ ارائه می‌گردد.

درخت تشخیصی علت مرگ مادران در ایران مبتنی بر مداخلات مورد نیاز برای کاهش مرگ برگرفته از اطلاعات نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ۱۳۸۰-۱۳۸۲

مرگ مادران در کنیتور ناشی از علت اصلی خودری،
آلامهایی از اعلاء، عفونت، بیماری، قلیقی، آمبوی و ...



جدول ۲. تعیین فراوانی عوامل منجر به مرگ مادر طی سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ در کل کشور

ردیف	نوع و فرآنش تکرار عوامل مشکل	نوع عامل احتساب										نحوه برآورده شدن
		درصد بروز	عدم همکاری	بروز	شایط	بروز	دراز	عات مشکل	ناکری بون	دراز	غافل	
۱	عدم پیوسته از خدمات تنظیم خانواره علیرغم نیاز	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪	۷۰٪
۲	نامطلوب بون کیفیت خدمات تنظیم خانواره و عدم استفاده صحیح از روش های پیشگیری از بارداری	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪	۶۹٪
۳	جمع فراوانی عوامل منجر به فوت مادر بر زمان بیش از بارداری	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪	۶۸٪
۴	عدم دریافت مراقبت های دوران بارداری و عدم قوچیده قویه های پرسنل	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪	۶۷٪
۵	عدم حساست و بی توجهی بزنشکار و سلیر کارگران به وضعیت مادر و تأثیر در ارزیابی خدمات موردنیاز	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪	۶۶٪
۶	اعتقاد مادر به فریاد (اعضای اجتماعی)	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪
۷	عدم دریافت هو گونه مراقبت دوران بارداری	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪	۶۴٪
۸	کبود و تجهیزات	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪	۶۳٪
۹	عدم منسقی به موزک	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪	۶۲٪
۱۰	جمع فراوانی عوامل منجر به فوت مادر بر زمان بارداری	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪	۶۱٪
۱۱	سراردن انتشاری و عوارض آن	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪	۶۰٪
۱۲	عدم انجام مراقبت های لازم و کامل قوسه پیشک یا مادها یا سلیر پرسنل (مراقبت ناتکافی)	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪	۵۹٪
۱۳	عدم انجام مراقبت های لازم و کامل قوسه پیشک یا مادها یا سلیر پرسنل (مراقبت ناتکافی)	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪	۵۸٪
۱۴	غفات و عدم حساست پوشک هاما و سلیر کار در راهی خدمات موردنیاز در زمان خشونتی به مادر	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪	۵۷٪
۱۵	مشکلات غربیت پوشک با پیوهشی و اراده خدمات ناشناسی قوسط مخصوص پیوهشی	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪	۵۶٪
۱۶	تشخیص و برش از نامناسب و غلط قوسط مخصوص زنان و زایمان پیوهشی	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪	۵۵٪
۱۷	قایقی و مادر و خانواره به علیله خطر	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪	۵۴٪
۱۸	قایقی و مادر و خانواره به علیله خطر	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪	۵۳٪
۱۹	قایقی و مادر و خانواره به علیله خطر	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪	۵۲٪
۲۰	قایقی و مادر و خانواره به علیله خطر	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪	۵۱٪
۲۱	قایقی و مادر و خانواره به علیله خطر	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪	۵۰٪
۲۲	قایقی و مادر و خانواره به علیله خطر	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪	۴۹٪
۲۳	انجام زایمان بر مبنای انتوچه به قدر امکانات مناسب	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪	۴۸٪
۲۴	عدم منسقی به موزک	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪	۴۷٪
۲۵	جمع فراوانی عوامل منجر به فوت مادر از زمان ایمان تا ۳۳ ساعت اول	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪	۴۶٪
۲۶	ی توجهی به وضعیت عکوف مادر در زمان ایمان تا ۳۳ ساعت اول	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪	۴۵٪
۲۷	عدم انجام مراقبت های لازم و کامل قوسط برش از نامناسب و تأثیر در ایمان	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪	۴۴٪
۲۸	ی توجهی به وضعیت عکوف مادر در زمان ایمان تا ۳۳ ساعت اول	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪	۴۳٪
۲۹	عدم دریافت هو گونه مراقبت پس از زایمان	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪	۴۲٪
۳۰	تجهیزات ناتکافی	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪	۴۱٪
۳۱	جمع فراوانی عوامل منجر به فوت مادر از زمان ایمان تا ۳۳ ساعت اول	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪	۴۰٪

جمع فراوانی عوامل منجر به فوت مادر از زمان ایمان تا ۳۳ ساعت اول

تاریخ: ۱۳۹۲/۰۷/۰۱

واحدهای درمانی در فوریت‌های مامایی و زایمان، استفاده از خدمات ماماهای تسهیلات زایمانی و ماماهای روستایی راهکار مؤثر در کاهش موارد مرگ مادران روستایی خواهد بود.

۵. زایمان توسط فرد دوره ندیده

گرچه طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳ نقش افراد دوره ندیده در بروز مرگ مادران کمتر شده است (از ۴۴ درصد در سال ۱۳۷۶ به ۱۷ درصد در سال ۱۳۸۳)، اما انجام زایمان توسط افراد دوره ندیده یکی از عوامل موثر در مرگ مادران در چهار سال گذشته است، لذا آموزش به خانواده‌ها برای استفاده از خدمات افراد دوره ندیده در هنگام زایمان، جلوگیری از فعالیت ماماهای دوره ندیده و غیر مجاز در امر زایمان، آموزش و حمایت از خدمات ماماهای روستایی و شناساندن آنان به جامعه تحت پوشش، استراتژی مناسبی برای کاهش میزان مرگ و میر مادران است.

۶. سایر عوامل

بررسی پرسشنامه‌ها نشان می‌دهد که توجه به موارد زیر نیز می‌تواند منجر به کاهش میزان مرگ مادران در کشور گردد:

- افزایش آگاهی خانواده‌ها در مورد عوارض بارداری و زایمان و شیوه برخورد مناسب با آن؛
- توجه به تجهیز و تدارک بیمارستان‌ها به داروها و ملزوماتی که برای ارایه فوریت‌های مامایی و زایمان ضروری است.
- افزایش پوشش مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان؛
- شناسایی به موقع و جلوگیری از تاخیر در تصمیم گیری و ارجاع موارد پرخطر؛
- عدم تاخیر در ارایه خدمات درمانی به مادران در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی؛
- جلوگیری از انجام سزارین‌های بی‌مورد؛

نگاهی به بررسی‌های انجام شده در مورد علل مرگ و میر مادران در اثر بارداری و زایمان حاکی از آن است که عواملی مثل سن بالای ۳۵ سال، بارداری بیش از ۴ بار، زایمان توسط فرد دوره ندیده، بی‌سوادی و کم سوادی در مرگ مادران دخیل بوده است. طبق بررسی انجام شده در سال ۱۳۷۵ (مطالعه RAMOS) علل اصلی مرگ مادران عبارت بود از:

- خونریزی حین یا پس از زایمان	% ۲۹/۳
- اکلامپسی	% ۱۴/۴
- بیماری‌های قلبی، عروقی همراه با بارداری	% ۱۳
- بیماری‌های خوب تعریف نشده یا بد تعریف شده	% ۹/۴
- عفونت‌های پس از زایمان	% ۸/۹
- خونریزی دوران بارداری	% ۶/۳
- عوارض سقط جنین	% ۵/۲
- آمبولی ریه	% ۲/۳

پ. توصیف عوامل منجر به مرگ

شکل داده‌های بدست آمده از نظام مراقبت مرگ مادری بصورت مرور موارد (Case series) می‌باشد. در نتیجه به علت عدم امکان مقایسه خصوصیات مادران فوت شده با مادرانی که زنده مانده‌اند تحلیل درست علی میسر نیست. مقایسه روند تغییرات طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ زمانی با این پیش‌فرض امکان پذیر است که تغییری در خصوصیات مادران زایمان کرده طی این سال‌ها وجود نداشته باشد. با توجه به عدم امکان ارزیابی خصوصیات مادران زایمان کرده، تحلیل‌های زیر تنها به منظور خلق فرضیه برای بررسی‌های بعدی مطرح می‌گردند و از محدودیت برخوردارند.

۱. توجه به کیفیت ارایه شده در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی

۴۳ درصد مرگ‌های گزارش شده در سال ۱۳۷۶، در بیمارستان اتفاق افتاده است، در حالی که در سال ۱۳۸۳ این میزان به ۷۷ درصد رسیده است. طی این سال‌ها میزان زایمان در بیمارستان نیز افزایش داشته است (۸۱/۲ درصد زایمان‌ها در سال ۱۳۷۶ در مراکز زایمانی انجام شده، در حالی که براساس مطالعه DHS در سال ۱۳۷۹ این میزان ۸۷/۶ درصد است). این مساله نشان می‌دهد که روند توسعه در کشور امکان دسترسی و بهره‌مندی مادران از خدمات بیمارستانی را بیشتر کرده است. در این میان توجه به کیفیت خدمات مامایی و زایمان در فوریت‌ها و به خصوص حساس نمودن کارکنان بیمارستان‌ها به مساله مرگ مادر می‌تواند نقش تعیین کننده در کاهش مرگ‌های بیمارستانی داشته باشد. تحلیل اطلاعات ناشی از نظام کشوری مراقبت مرگ مادری طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳ همچنین نشان می‌دهد که در ۶۰ درصد مرگ‌های مادران خطاهای پزشکی، مامایی و پرستاری باعث مرگ بوده است.

۲. اهمیت دسترسی و بهره‌مندی از خدمات تنظیم خانواده به شکلی کارآمد

۲۰ درصد موارد مرگ گزارش شده طی سال ۱۳۷۹، مادران بالای ۳۵ سال سن بوده‌اند. در همین سال ۲۴ درصد مادران فوت شده، بارداری بیش از ۴ بار داشته‌اند. این نکته در مورد نتایج بررسی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۳ نیز صادق است. که توجه بیش از پیش به برنامه تنظیم خانواده به خصوص در افراد پرخطر را نشان می‌دهد. (No Pregnancy, No Death)

۳. وضعیت سواد

میزان بالای بیسوادی در میان افراد فوت شده در سه سال گذشته نمایانگر اهمیت نقش سواد در ارتقاء سطح سلامت مادران است. ۵۶/۵ درصد مادران فوت شده در سال ۱۳۷۹، بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی به صورت ناقص بوده‌اند. اهمیت این موضوع به خصوص در زنان روستایی بیشتر است. لذا تقویت برنامه‌های آموزشی برای افراد بی‌سواد و یا کم سواد در روستاهای استفاده از تکنولوژی مناسب جهت آموزش بهداشت به این افراد حائز اهمیت است.

۴. محل سکونت

۵۳ درصد مادران فوت شده در سال ۱۳۸۳، ساکن روستاهای بوده‌اند. ایجاد دسترسی به

تعاریف واژه های کلیدی:

۱. مرگ مادر: (Maternal death)

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

تعاریف مرگ مرتبط با بارداری

ICD - ۱۰ ICD - ۹ ACOG/CDC

چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم داشته باشند

<i>Maternal Death</i>	<i>Maternal Death</i>	<i>Pregnancy-Related Death</i>	مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
-----------------------	-----------------------	--------------------------------	--

<i>Late Maternal Death</i>	<i>Not defined</i>	<i>Pregnancy-Related Death</i>	مرگ بین ۴۲ روز تا ۳۶۵ روز پس از ختم بارداری
----------------------------	--------------------	--------------------------------	--

چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم نداشته باشند

<i>Not defined</i>	<i>Not defined</i>	<i>Not Pregnancy-Related Death</i>	مرگ حین بارداری تا یکسال پس از ختم بارداری
--------------------	--------------------	------------------------------------	---

چنانچه بین مرگ و بارداری وجود رابطه علیتی مطرح نباشد

<i>Pregnancy-Related Death</i>	<i>Not defined</i>	<i>Pregnancy-Associated Death</i>	مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
--------------------------------	--------------------	-----------------------------------	--

<i>Not defined</i>	<i>Not defined</i>	<i>Pregnancy-Associated Death</i>	مرگ بین ۴۲ روز تا ۳۶۵ روز پس از ختم بارداری
--------------------	--------------------	-----------------------------------	--

علت عمدی مرگ مادران
در گزارش های سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۴
خونریزی، اکلامپسی، عفونت و بیماری قلبی
درمان نشده بوده است.



الف: تعریف مرگ مادر براساس نسخه نهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-9)

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

ب: تعریف مرگ مادر براساس نسخه دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-10)

در این نسخه دو تعریف زیر علاوه بر تعریف مرگ مادر در ICD-9 مطرح شده است:

- مرگ‌های تاخیری مادران (Late Maternal Deaths): مرگ به علت مستقیم یا غیرمستقیم 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 صرف نظر از علت مرگ.

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

تعریف مرگ مادر در کشور مطابق تعریف ICD-9 پذیرفته و ابلاغ گردیده است. و زمانی از تعریف ICD-10 در نظام کشوری مراقبت مرگ مادری استفاده خواهد شد که تعداد مرگ‌ها همانند کشورهای توسعه یافته به کمتر از ۱۰ مورد در صد هزار تولد زنده کاهش یابد.

۲. تعریف نظام مراقبت (Surveillance System)

در کتاب فرهنگ اپیدمیولوژی^{*} واژه مراقبت به صورت زیر تعریف گردیده است:

”تحلیل، تقسیر و بازخوراند مداوم داده‌های بطور منظم گردآوری شده که بطور معمول با استفاده از روش‌های متمایز بر حسب عملی بودن، یکسان بودن و سرعت و نه دقیقت در کامل بودن آنها، انجام می‌شود. با مشاهده روندهای زمانی، مکانی و شخصی می‌توان تغییرات را مشاهده یا پیش‌بینی کرد، و اقدام مناسب از جمله تدابیر تحقیقی یا مبارزه‌ای را به کار برد. منبع داده‌ها می‌تواند بطور مستقیم با بیماری یا عوامل اثرگذار بر بیماری رابطه داشته باشد و با این ترتیب منابع داده‌ها عبارتند از:

۱. گزارش‌های میرایی و بیماریزایی بر پایه گواهی‌های مرگ، پروندهای بیمارستانی، پایگاه‌های عمومی، یا گزارش دهی‌ها؛

۲. تشخیص‌های آزمایشگاهی؛

۳. گزارش طغيان بیماری‌ها؛

۴. مصرف و بهره‌گیری از واکسن و عوارض جانبی آن؛

۵. مدارک غيبت به علت بیماری‌ها؛

۶. عوامل تعیین کننده بیماری‌ها مانند تغییرات زیستی شناختی عامل بیماری‌زا، ناقلان، یا مخزن‌های عفونت؛

۷. حساسیت دربرابر ابتلا به بیماری که در آزمون‌های پوسیتی یا مراقبت‌های سرم شناختی تعیین می‌شود (مانند بانک‌های سرم)^{**}

^{*} جان. لست، فرهنگ اپیدمیولوژی، ویرایش سوم، مترجم دکتر حسین شجاعی تهرانی، دکتر بابک بوب