

نظام مراقبت مرگ مادری

وینار

دبیر علمی:

خانم دکتر مریم هاشم نژاد
فلوشیپ پریناتولوژی
عضو هیئت علمی دانشگاه

سخنران:

خانم دکتر معصومه فراهانی
متخصص زنان و زایمان

شناسه:

۱۶۹۳۹۷

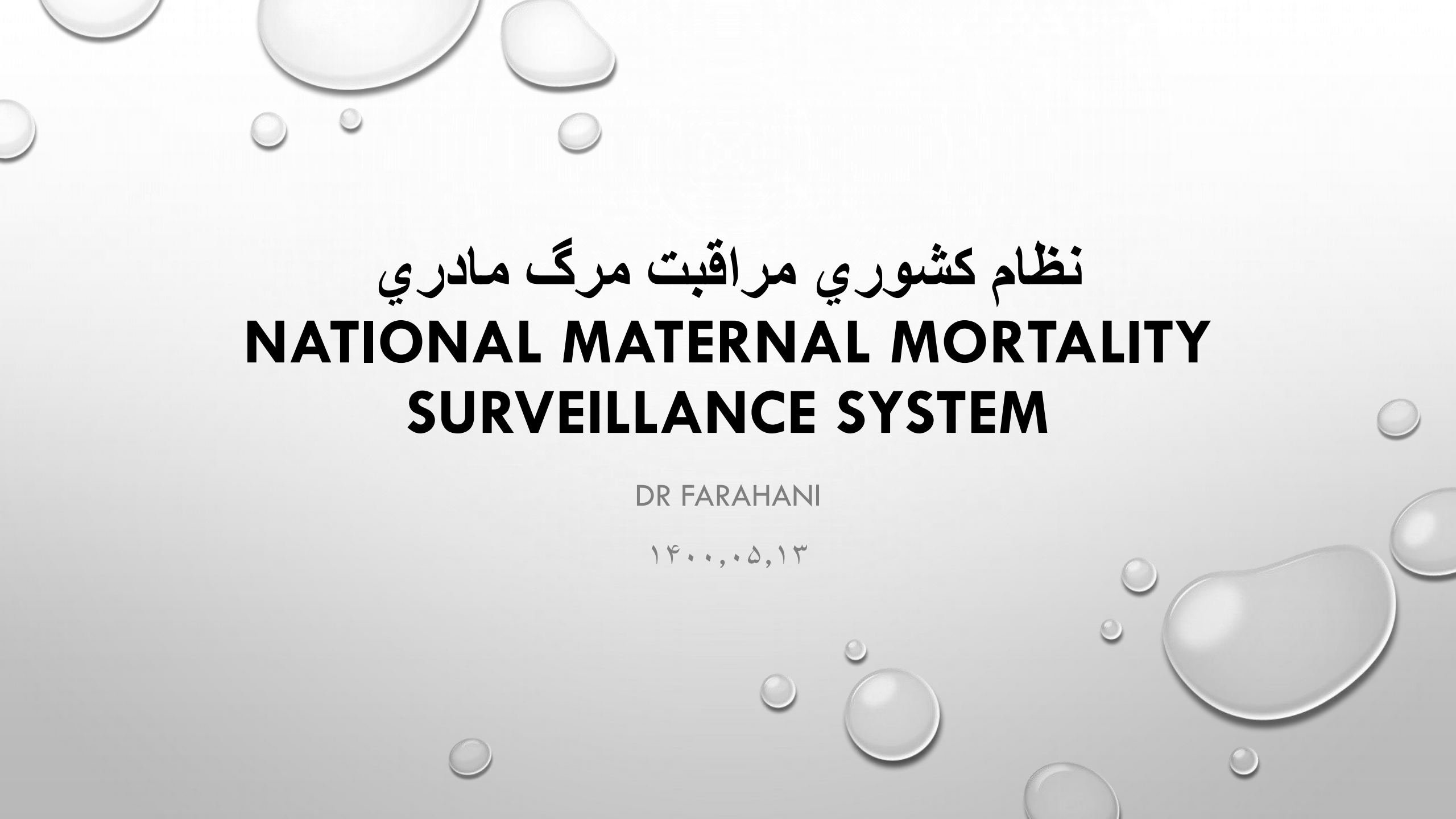
گروه هدف:

متخصص زنان، ماما ۳ امتیاز
پزشک عمومی ۲،۲۵ امتیاز

۱۳ مرداد ساعت ۹ صبح

لینک شرکت در وبینار:

cmelearn.ir

The background of the slide is a light gray gradient, decorated with numerous realistic water droplets of various sizes. Some droplets are in sharp focus, showing highlights and shadows, while others are blurred in the background, creating a sense of depth. The droplets are scattered across the entire slide, with a higher concentration in the upper and lower portions.

نظام کشوري مراقبت مرگ مادري **NATIONAL MATERNAL MORTALITY SURVEILLANCE SYSTEM**

DR FARAHANI

۱۴۰۰، ۰۵، ۱۳

ویرایش سوم (بازنگری دوم) ۱۳۹۵
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت- دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

مرگ و میر مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان از مهمترین شاخص هایی است که نشان دهنده توسعه کشورهاست.

علت انتخاب این شاخص به عنوان نمایه توسعه، تاثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. بی تردید این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راههای روستایی، دسترسی به فوریت‌های مامایی و زایمان، هزینه خدمات درمانی، وجود شبکه های ارتباطی مخابراتی، درآمد خانوار و ... می باشد. در واقع کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی فقط بخش کوچکی از عوامل موثر در کاهش مرگ و میر زنان را به خود اختصاص می دهد. اما قطعاً هیچ برنامه ریزی در این بخش منتظر توسعه سایر ارکان دولت (ارتباطات، سواد، راه، تغییرات فرهنگی و ...) نمی شود تا تاثیر آن را در کاهش مرگ مادران ببیند

با مطالعه تاریخچه هر مورد مرگ مادر از زمانی که از روشهای پیشگیری از بارداری استفاده می کرده تا وقوع حاملگی، دریافت مراقبتهای دوران بارداری و سپس محل، زمان و شرایط زایمان به راحتی می توان:

- خدمات باروری سالم و پیش از بارداری
- مراقبتهای دوران بارداری
- خدمات اورژانس بین راهی و پیش بیمارستانی
- خدمات اورژانس بیمارستانی
- خدمات بیمارستانی (اتاق عمل، جراحی، ریکآوری)
- را از نظر کیفیت، کمیت و سهولت دسترسی بررسی کرد.

در چاپ اول کتاب نظام کشوری مراقبت مرگ مادر تاکید بر آن بود که برخورد قانونی با مقصران صورت نگیرد و حتی نام آنان به صورت محرمانه اخذ می گردید (زیرا که بدنبال شناسایی و حل مشکلات بودیم نه انجام اقدام قانونی علیه افراد) علت این تاکید نیز تلاش برای بهبود نظام ارایه خدمات از طریق حساس سازی، آموزش کارکنان و افزایش مهارت و دقت آنان بود. در عین حال تجارب بین المللی نیز نشان میداد که برخوردهای قانونی ممکن است منجر به کتمان حقایق و مخدوش نمودن اطلاعات و در نهایت قضاوت نادرست و مداخله ناصحیح کمیته های بررسی کننده گردد.

با توجه به بررسیهای بعمل آمده در پرونده مادران فوت شده، مشاهده میشود که برخی عوامل منجر به فوت ناشی از تخلفات و عدم رعایت قوانین و مقررات توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی میباشد. از آنجا که یکی از مهمترین وظایف محوله کمیته دانشگاهی تعیین و اجرای مداخله برای کاهش عوامل قابل اجتناب میباشد به منظور تاکید بر اجرای مداخلات طراحی شده و ظرفیتهای قانونی موجود، ریاست دانشگاه که رئیس کمیته دانشگاهی مرگ مادری است می تواند با هماهنگی هیئتهای رسیدگی به تخلفات اداری و انتظامی مستقر در آن دانشگاه/ دانشکده با افرادی که مرتکب تخلف شدهاند به شرح زیر برخورد نماید:

- ۱- در صورتی که فرد **عضو هیئت علمی نباشد** (کادر بهداشتی، درمانی، پشتیبانی، اداری و ...) مراتب تخلف با ذکر دلایل و مستندات با رعایت اصول محرمانگی و اخلاقی به **هیئت رسیدگی به تخلفات اداری** ارسال شود.
- ۲- در صورتی که فرد **عضو هیئت علمی** باشد مراتب تخلف با ذکر دلایل و مستندات با رعایت اصول محرمانگی و اخلاقی به **هیئت بدوی انتظامی اعضای هیئت علمی** معرفی شود.

ضمناً تأکید میگردد این اقدامات نباید منجر به اختلال در فرایند درمان بیماران منطقه یا منجر به مخدوش نمودن و کتمان اطلاعات در نظام کشوری مراقبت مرگ مادری گردد. شاید از این طریق حساسیت و دقت کارکنانی که متأسفانه کماکان در برخورد با جان مادران غفلت می کنند بیشتر گردد و شاهد تکرار مرگهای مشابه نباشیم.

در دنیا به ازای هر مرگ حدود ۲۰ زن دچار عوارض مادری (MATERNAL MORBIDITY) می شوند.
حدود یک چهارم از این ها عوارضی هستند که زنان ممکن است به شدت از آن رنج ببرند.

MATERNAL MORTALITY RATIO : برای اندازه گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادران
یا به اختصار هر MMR استفاده می شود که این شاخص **تعداد مرگ مادران** در اثر عوارض بارداری و زایمان به ازاء
۱۰۰۰۰۰ تولد زنده را نشان می دهد.

شاخصها و هدف گذاریهای بین المللی

قبل از سال ۲۰۱۵

بر اساس اهداف توسعه هزاره (MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS) نسبت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد.

بعد از سال ۲۰۱۵

بر اساس اهداف توسعه پایدار (SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS) و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت شاخصهای زیر برای کاهش عادلانه مرگ مادری بعد از سال ۲۰۱۵ تعیین شده است:

شاخص جهانی:

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

شاخص در کشورها:

در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ کمتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است (یعنی بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران)، رقم این شاخص تا سال ۲۰۳۰ حداقل به اندازه دو سوم آن در ۲۰۱۰ کاهش یابد.

در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ بیشتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است کاهش این شاخص باید سیر نزولی بیشتری داشته و در سال ۲۰۳۰ در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده نباشد.

هدف نهایی:

پیشگیری از (پایان دادن به) مرگهای قابل اجتناب مادران

بطور خلاصه در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که ۴۴ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کمتر شده است.

مناطق در حال توسعه حدود ۹۹ درصد کل مرگهای دنیا را به خود اختصاص داده اند.

نسبت مرگ مادر یا MMR در مناطق در حال توسعه (۲۳۹) حدود ۲۰ برابر مناطق توسعه یافته (۱۲) می باشد.

تخمین نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۵			منطقه
متوسط	حداقل	حداکثر	
۵۴۲	۵۰۶	۶۵۰	افریقا
۵۲	۴۹	۵۹	امریکا
۱۶	۱۵	۱۹	اروپا
۱۶۴	۱۴۱	۱۹۹	آسیای جنوب شرقی
۱۶۶	۱۴۲	۲۱۶	مدیترانه شرقی (EMRO)
۲۵	۲۱	۳۱	- کشور ایران
۲۱۶	۲۰۷	۲۴۹	دنیا
۱۲	۱۱	۱۴	- مناطق توسعه یافته
۲۳۹	۲۲۹	۲۷۵	- مناطق در حال توسعه
۴۹۵	۴۶۸	۵۸۶	- کشورهای کم درآمد
۱۷	۱۶	۱۹	- کشورهای پردرآمد

اهداف استراتژيك زیر براي ارتقاي سلامت مادران توسط سازمان جهاني بهداشت توصیه شده است:

□ رفع بي عدالتي در دسترسي و کيفيت خدمات سلامت باروري، مادري و نوزادي

□ اطمینان از يوشش جامع خدمات سلامت باروري، مادري و نوزادي

□ توجه به تمام علل مرگهاي مادري، عوارض مادري و باروري، ناتوانیهاي مرتبط با آن

□ تقویت سیستمهاي سلامتي براي پاسخ به نیازها و اولویتهاي زنان و دختران

جدول شماره ۲- روند MMR در ایران بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت

سال میلادی	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۵
سال هجری شمسی	۱۳۶۹	۱۳۷۴	۱۳۷۹	۱۳۸۴	۱۳۸۹	۱۳۹۴
نسبت مرگ مادران (MMR)	۱۲۳	۸۰	۵۱	۳۴	۲۷	۲۵

کشور ایران با حدود ۸۰ درصد کاهش، جزو کشورهای موفق در دستیابی به هدف توسعه هزاره اعلام شده است

تاریخچه نظام کشوری مراقبت مرگ مادری

- به منظور شناخت عوامل موثر در مرگ و میر مادران و نوزادان و طراحی مداخله مناسب، مطالعه RAMOS در سال ۱۳۷۶ انجام شد.
- پس از انتشار نتایج کمیته کشوری کاهش مرگ و میر مادران پرسشنامه مطالعه RAMOSE را با اعمال تغییراتی به عنوان پرسشنامه کشوری بررسی مرگ مادران انتخاب کرد و مقرر شد برای تمامی موارد مرگ گزارش شده، تکمیل و در کمیته های کاهش مرگ و میر مادران در شهرستان و دانشگاه بررسی شود. تا با توجه به علت فوت، راهکارهای مناسب برای پیشگیری از بروز موارد مشابه ارائه گردد.

NATIONAL MATERNAL MORTALITY **SURVEILLANCE SYSTEM**

بررسی اطلاعات حاصل از پرسشنامه های تکمیل شده و گردش کارهای موجود در اواخر سال ۱۳۷۸ ، نشان داد که نظام موجود به دلایل زیر نیاز به بازنگری دارد و طراحی و استقرار يك نظام كشوري مراقبت مرگ مادري را طلب می کند. نظام كشوری مراقبت مرگ مادری نهایی و اجرای آن به صورت رسمي از ابتدای سال ۱۳۸۰ در سراسر كشور آغاز گردید.

جدول شماره ۴ - روند شاخصهای عملکرد نظام مراقبت مرگ مادری طی سالهای اخیر

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

مشکلات و محدودیتهای اجرایی

کارکنان برخی از مسایل کلیدی که می تواند به روشن شدن عوامل □ ۱- تاخیر در پرسشگری به دلایل مختلف، باعث فراموش شدن جزییات وقایع می شود و هنگام مصاحبه با منجر به فوت و ارائه مداخله کمک کند نادیده گرفته شود .

نداشته باشد □ ۲- تمرکز مداخلات بر روی راهکارهای تکراری است که ممکن است در کاهش عامل قابل اجتناب تاثیر زیادی

بصورت موثر و اثر بخش تدوین نمی شود و ضمانت اجرایی ندارد □ ۳- افراد تصمیم گیرنده در کمیته، همان افرادی هستند که باید مجری مداخله باشند لذا هیچیک از مداخلات

۴- در مورد مرگهایی که به علت خطاها و اشتباهات انسانی رخ می دهد مداخله سیستمیک قابل تعریف نیست .

عوامل منجر به مرگ شناخته می شوند ولی درصد یا ضریب تاثیر آنها مشخص نمی باشد □ ۵-

امکان سنجش تاثیر نوع مداخله بر افزایش یا کاهش روند مرگ وجود ندارد □ ۶-

هستند . این مسئله قضاوت و مقایسه دانشگاهی را غیر ممکن می □ نظام مراقبت شاخصهای تحلیلی، کیفی و دانشگاهی ندارد و کلیه شاخصهای طراحی شده کمی و کشوری □ ۷- سازد

متوالی) وجود ندارد □ ۸- ابزاری برای مقایسه بهتر شدن یا بدتر شدن وضعیت مرگ مادر دانشگاهها (یا يك دانشگاه طی چند سال

بنابراین در سال ۱۳۹۴ (مطابق با ۲۰۱۵ میلادی و پایان سال اهداف توسعه هزاره) پس از دریافت نظرات دانشگاه ها و اعمال تغییرات در گردش کار و فرمها، **نسخه دوم** مجموعه بازنگری گردید و **در سال ۱۳۹۵ برای اجرا به دانشگاهها ارسال شد.**

بطور خلاصه تغییرات عمده نظام مراقبت مرگ مادر از ابتدا تا کنون به شرح زیر است

از سال ۱۳۸۰ اجرای نظام مراقبت مرگ مادری شروع شد

در سال ۱۳۸۵ اولین بازنگری انجام شد

از سال ۱۳۸۹ فرم گزارش فوری به شکل الکترونیک (لیست پورتال) طراحی شده که موارد مرگ به این صورت به اداره مادران ارسال می شود.

از سال ۱۳۹۲ با همکاری سازمان ثبت احوال کشور سوابی در مورد وضعیت بارداری فرد متوفی در گواهی فوت گنجانده شده

از سال ۱۳۹۲ طبق دستور هیئت وزیران، چهار متغیر تفکیک کننده نابرابری در مبحث شاخص های عدالت در سلامت به فرم شماره یک و جدول اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه مرگ اضافه گردید. این شاخصها شامل کد ملی متوفی، کد ملی سرپرست خانوار، منطقه سکونت (حاشیه شهر) و میزان سواد متوفی است.

در سال ۱۳۹۵ دومین بازنگری انجام و موارد زیر اعمال شد

- اهداف و آمار به روز رسانی گردید و تغییراتی در شاخصهای پایش و ارزشیابی داده شد
- يك فرم با عنوان اظهار نامه کارکنان فنی به پرسشنامه اضافه گردید
- جدول کاربردی سازمان جهانی بهداشت *بعنوان معیار تعیین علت مرگ و گروه بندی آن قرار گرفت
- با توجه به جدول فوق و همچنین تصمیم گیری کمیته کشوری سلامت مادران، مقرر شد موارد فوت به دلیل خودکشی (به هر دلیل) بعنوان مرگ مادري محسوب و شمارش شوند

توصیف علل و عوامل منجر به مرگ

علل اصلی مرگ مادران طی سالهای اخیر در کشور به شرح زیر بوده است

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

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

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

شاخص (درصد)	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
شاخص های جمعیتی						
مادران فوت شده ساکن شهر	۵۹	۶۷	۵۷	۶۱	۵۹	۶۳
مادران فوت شده ساکن روستای اصلی	۳۱	۲۲	۳۱	۲۵	۲۵	۲۵
مادران فوت شده ساکن روستای قمر و سیاری	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۶	۱۲
مادران فوت شده ۱۸ تا ۳۵ سال	۷۶	۷۶	۷۷	۷۲	۷۳	۷۳
مادران فوت شده زیر ۱۸ سال	۳	۲	۳	۱	۳	۱
مادران فوت شده بالای ۳۵ سال	۲۱	۲۲	۲۰	۲۷	۲۴	۲۶
شاخص های مربوط به خدمات سلامت باروری						
خواسته بودن بارداری	۸۰	۸۳	۸۲	۷۹	۸۳	۸۰
تعداد بارداری ۵ یا بیشتر	۲۲	۲۱	۲۱	۱۸	۱۷	۲۲
فاصله دو بارداری کمتر از ۳ سال	۲۴	۲۳	۱۷	۲۰	۲۰	۲۴
ابتلا مادر به بیماری های زمینه ای	۷۴	۷۵	۷۱	۷۳	۷۳	۷۸
متناسب بودن تعداد مراقبت با سن بارداری	۸۰	۸۳	۸۲	۷۹	۸۳	۶۱

شاخص های مربوط به خدمات بارداری، زایمان و پس از زایمان

۲۸	۲۷	۲۹	۲۷	۲۵	۲۶	مادران فوت شده در زمان بارداری
۲	۳	۴	۳	۴	۴	مادران فوت شده حین زایمان
۷۰	۷۰	۶۷	۷۰	۷۱	۷۰	مادران فوت شده پس از زایمان
۵	۷	۵	۴	۶	۹	مادران زایمان کرده در منزل
۱	۱	۱	۱	۱	۲	مادران زایمان کرده بین راه
۲	۴	۳	۲	۲	۰	مادران زایمان کرده در تسهیلات زایمانی
۹۲	۸۸	۹۱	۹۴	۹۱	۸۹	مادران زایمان کرده در بیمارستان ها
۹	۱۲	۱۳	۷	۱۱	۸	مادران فوت شده در منزل
۷	۷	۴	۵	۴	۸	مادران فوت شده در بین راه
۱	۰	۰	۱	۱	۰	مادران فوت شده در تسهیلات زایمانی
۸۴	۸۱	۸۳	۸۷	۸۴	۸۴	مادران فوت شده در بیمارستان ها
۷۴	۷۵	۷۵	۷۶	۷۵	۷۷	مادران زایمان کرده توسط متخصص
۲۱	۱۷	۲۰	۲۰	۱۸	۱۵	مادران زایمان کرده توسط مامای تحصیلکرده
۱	۳	۲	۱	۴	۵	مادران زایمان کرده توسط مامای محلی
۰	۱	۱	۰	۰	۰	مادران زایمان کرده توسط ماما روستا
۳	۴	۲	۳	۳	۳	مادرانی که کمکی در زایمان نداشته اند
۶۳	۶۶	۶۳	۶۲	۵۸	۶۰	مادرانی که سزارین شده اند
۳۷	۳۴	۳۷	۳۸	۴۲	۴۰	مادرانی که زایمان آنها طبیعی بوده است

تعاریف مرگ مرتبط با بارداری

ICD - ۱۰	ACOG/CDC
	چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم داشته باشند
<i>Maternal Death</i>	مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
<i>Late Maternal Death</i>	مرگ بین ۴۲ روز تا ۲۶۵ روز پس از ختم بارداری
	چنانچه مرگ و بارداری رابطه علیتی با هم نداشته باشند
<i>Not defined</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>	مرگ حین بارداری تا ۴۲ روز پس از ختم بارداری
<i>Not defined</i>	مرگ بین ۴۲ روز تا ۲۶۵ روز پس از ختم بارداری

تعريف واژه هاي كليدي

دو تعريف اليرناتيو بر طبق ICD10

- مرگ هاي تاخيري مادران مرگ به علل مستقيم يا غير مستقيم مربوط به بارداري در مدت بيش از ۴۲ روز و کمتر از يك سال پس از ختم بارداري.

- مرگ هاي وابسته به بارداري: مرگ حين يا تا ۴۲ روز پس از ختم بارداري صرفنظر از علت مرگ

موارد مرگ مادري كه با تعريف اليرناتيو مطابقت داشته باشند

هم الزاما بايد گزارش شوند. فعلا براي محاسبه MMR در کشور از تعريف اليرناتيو استفاده نخواهد شد.

تعریف مرگ مادر مورد استفاده وزارت بهداشت و کمیته کشوری سلامت مادران (برای محاسبه شاخص MMR)، مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت و به شرح زیر است:

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

نکته: این تعریف (Maternal Mortality) شامل مرگهای مستقیم (direct) و غیر مستقیم (indirect) می باشد. به عبارت دیگر هم مرگهای مستقیم و هم غیر مستقیم در شمار مرگ مادر محسوب شده و شمارش می شوند.

تعریف مرگ مادری مستقیم: مرگ مادر در اثر عوارض مامایی بارداری، زایمان، نفاس یا در اثر مداخلات، غفلتها، درمان نادرست یا مجموعه ای از وقایع که از هر یک از این عوامل ناشی می شوند. مثالی از این مورد مرگ در اثر خونریزی بیش از حد به دنبال پارگی رحم است

تعریف مرگ مادری غیر مستقیم: مرگ مادری که مستقیماً به علل مامایی مربوط نمی شود بلکه در اثر بیماری قبلی مادر یا بیماری که طی بارداری و یا نفاس ایجاد و در اثر تطابق فیزیولوژیک مادر با بارداری تشدید شده است. مثالی از این مورد، مرگ ناشی از عوارض مربوط به تنگی دریچه میترال می باشد.

نظام هاي مراقبت را به سه گروه مي توان تقسيم نمود:

۱. مراقبت عوامل خطر مانند عوامل مستعد ساز بيماري ها غير واگير همچون فشارخون، قند خون و ...

۲. مراقبت از بيماري ها كه بيشتر برنامه هاي مراقبت فعلي را شامل مي شوند؛

۳. مراقبت از مرگ

با تشکر از توجه شما

