

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE 2007-2009 YILLARI ARASINDAKİ
ANNE ÖLÜMLERİNİN ÖNLENEBİLİRLİĞİNİ
ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ**

DOKTORA TEZİ

Dr.Sibel BİLGİN

Tez Danışmanı
Prof.Dr.Remzi AYGÜN

ANKARA
Şubat 2011

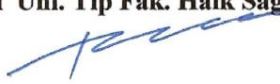
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 21/02/2011


Jüri Başkanı
PROF.DR.SEFER AYCAN
Gazi Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Üye
PROF.DR.REMZİ AYGÜN
Gazi Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.



Üye
PROF.DR.MEHMET ALİ BUMİN
Gazi Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.



Üye
PROF.DR.METİN HASDE
GATA Halk Sağlığı AD.



Üye
PROF.DR.HALDUN GÜNER
Gazi Üni.Tıp Fak.Kadın Sağlığı ve Hast.AD.



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın başlangıcından bitimine kadar değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren Hocam Prof.Dr.Remzi AYGÜN' e, tezimin biçimlenmesinde, verilerin analizinde ve yorumlanmasında kıymetli zamanını ayırarak bana verdiği destek için Hocam Doç.Dr.Seçil ÖZKAN'a, Anne Ölümleri İzleme Programı' na ait veri tabanı üzerinde çalışmamı sağlayıp, bu çalışmada beni destekleyen Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürüm Dr.Mehmet Rifat KÖSE' ye, yine bana verdiği destek için Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Daire Başkanım Dr.Rukiye GÜL'e, Anne Ölümleri İzleme Programı' nı birlikte yürüttüğümüz benim için çok değerli çalışma arkadaşlarım Dr.Mine İREZ, Hem.Yasemin AKAR, Ebe Reyhan GÖKDUMAN' a, Anne Ölümleri İzleme Programı' nda özveri ile çalışarak emek veren, tezimin her aşamasında verdikleri kararların ışığında hareket ettiğim Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu üyeleri Doç.Dr.Suat DEDE, Op.Dr.Uzay YILDIRIM, Op.Dr.Şevki ÇELEN, Uz.Dr.Güner ÜRE, Uz.Dr.Levent ÖZDOĞAN, Uz.Dr.Ayşe ÖZCAN' a ve doktora eğitimimi yaptığım bu zorlu süreçte her türlü destek ve yardımını benden esirgemeyen eşim Op.Dr.M.Gökhan BİLGİN'e sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Dr.Sibel BİLGİN

Ankara, 31.01.2011

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Teşekkür	III
İçindekiler	IV
Tablolar	VII

	Sayfa No
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Giriş	1
1.2 Amaç	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Anne Ölümlerine İlişkin Tanımlar - Anne Ölüm Oranının Hesaplanması	8
2.2 Dünyada Anne Ölümleri	14
2.2.1 Dünyada Anne Ölümleri Nedenleri	26
2.3 Türkiye’ de Anne Ölümleri	27
2.4 Anne Ölümlerinin Önlenebilirliği	34
2.5 Dünyada Anne Ölümlerine İlişkin Yapılan Araştırmalar	44
3.GEREÇ VE YÖNTEM	67
3.1 Araştırma Bölgesinin Tanıtılması	67
3.2 Araştırmanın Tipi	67

3.3 Araştırmanın Evren	68
3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	68
3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı	69
3.6 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracının Uygulanması ve Kısıtlılıklar	72
3.7 Araştırma Yöntemi ve İstatistiksel Metod	73
4.BULGULAR	76
4.1 Tanımlayıcı Bulgular	76
4.2 Anne Ölümüne İlişkin Biyomedikal Risk Faktörlerine Ait Bulgular	84
4.3 Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlere Ait Bulgular	87
4.4 Yıllara Göre Anne Ölümüne İlişkin Gecikme Modelleri Ve Önlenebilirlik Durumuna Ait Bulgular	89
4.5 Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme İle Anneye Ait Faktörlerin Değerlendirilmesi	92
4.6 Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipi İle Anneye Ait Faktörlerin Değerlendirilmesi	100
4.7 Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi	108
4.8 Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Önlenebilirlik Durumunun Değerlendirilmesi	117

5.TARTIŞMA	129
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	151
7.ÖZET	158
8.SUMMARY	161
9.KAYNAKLAR	163
10.EKLER	172

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: Dünyada Bölgelere Göre 1990-2008 Arasında Anne Ölüm Oranı Değişiklikleri	15
Tablo 2: Dünyada Ülkelerin Gelir Grubuna Göre 1990-2008 Arasında Ölüm Oranı Değişiklikleri	16
Tablo 3: 1990-2008 Arasında Anne Ölüm Oranını En Çok Azaltan Ülkeler	16
Tablo 4: Dünyada Anne Ölüm Oranları ve Anne Ölümünde Yaşam Boyu Risk	17
Tablo 5: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi I	18
Tablo 6: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi II	19
Tablo 7: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi III	21
Tablo 8: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi IV	22
Tablo 9: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi V	23
Tablo 10: Ülkemizde Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları	31
Tablo 11: 1998 ve 2005 Araştırmalarında Anne Ölüm Nedenleri ve Önlenebilirlik Durumu	32
Tablo 12: 1998 ve 2005 Araştırmalarında Anne Ölümünün Sınıflandırılması	32
Tablo 13: TNSA 1998-2003-2008 Sonuçlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 14: 2007-2008-2009 Türkiye Nüfusu ve Ölüm Sayıları	67
Tablo 15: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı I	76

Tablo 16: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı II	78
Tablo 17: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı III	80
Tablo 18: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı IV	82
Tablo 19: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı V	83
Tablo 20: Anne Ölümüne İlişkin Biyomedikal Risk Faktörlerinin Dağılımı	84
Tablo 21: Anne Ölümünde Gecikme Yaşanmasına Neden Olan Faktörlerin Dağılımı	87
Tablo 22: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmelerin Yıllara Göre Dağılımı	89
Tablo 23: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modellerinin Yıllara Göre Dağılımı	89
Tablo 24: Anne Ölümüne İlişkin Önlenebilirlik Durumunun Yıllara Göre Dağılımı	90
Tablo 25: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi I	92
Tablo 26: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi II	95
Tablo 27: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi III	97
Tablo 28: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi I	100
Tablo 29: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi II	103
Tablo 30: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi III	105

Tablo 31: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi I	108
Tablo 32: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi II	111
Tablo 33: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi III	113
Tablo 34: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi IV	115
Tablo 35: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi I	117
Tablo 36: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi II	120
Tablo 37: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi III	122
Tablo 38: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi IV	125
Tablo 39: Anne Ölümünün Önlenebilirliğinde Etkili Faktörlerin Lojistik Regresyonla Analizi-I	127
Tablo 40: Anne Ölümünün Önlenebilirliğinde Etkili Faktörlerin Lojistik Regresyonla Analizi-II	128

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Anne ölümü, bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği, kazalara bağlı veya tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümdür^{1,2,3,4}.

Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm düzeyi, üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve kalite seviyesi ile yakından ilişkilidir⁵. Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında en yaygın ölüm ve sakatlık nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990-2005 yılları arasında yayınladığı raporlarda, dünyada yılda 500 bin civarında anne ölümü gerçekleştiğini, anne ölüm oranının yüzbinde 400 olduğunu bildirirken, 2010 yılında yayınladığı raporda 2008 yılı için dünyada yaklaşık olarak 358 bin anne ölmünün gerçekleştiğini ve anne ölüm oranının yüzbinde 260 olduğunu açıklamıştır³. Aynı periyotlara ait anne ölüm oranı ülkemiz için de 1990 yılına ait hesaplanan yüzbinde 68 oranından, 2008 yılında 23 düzeyine gerilemiştir³. Gerek göstergenin önemi ve dünya genelinde gerçekleşen yüksek sayıda ölümler, gerekse anne ölümlerinin büyük bir bölümünün göreceli olarak düşük-maliyetli müdahalelerle önlenilecek olması gerçeği nedeniyle anne sağlığının

iyileştirilmesi, kalkınma zirvelerinde kalkınmanın vazgeçilmez bir göstergesi olarak uluslararası topluluklar tarafından kabul edilmiştir.

Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında meydana gelen ölümlerin büyük bir bölümü önlenabilmektedir. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde ne yazık ki halen pek çok kadın ve aileleri bu sorundan etkilenmeye devam etmektedir. Gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmetlerin kalitesi ile daha geniş çerçeveden bakıldığında kadının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği, beslenme ve yoksulluk anne ölümlülüğü ile ilişkilidir. Bu özelliği ile anne ölümlerinin seviyesi çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak kullanılmaktadır. Ancak, bir çok ülkede anne ölümleri ile ilgili olarak yeterli bilgi bulunmamaktadır ve dolayısıyla bu konudaki göstergelerin hesaplanması için farklı ve yenilikçi yaklaşımlara ihtiyaç vardır⁵.

Anne ölümü sosyal boyutu ile irdelendiğinde de ortaya çıkan tablo son derece dramatiktir. Genç yaşlarında hayatlarını kaybeden o annelerin de hayalleri vardı, çocuklarını ve ailelerini geride bıraktılar. Ölüm nedenleri ile ilgili bir takım ipuçlarını bırakarak vefat ettiler⁶. Anne ölümlerinin önlenmesi düşük gelir düzeyine sahip fakir ülkelerde bile, doğru programların uygulanması ile mümkündür⁶. Anne ölüm oranını bilmek yeterli değildir; her zaman ölüme yol açan altta yatan faktörleri anlamaya ihtiyacımız var^{2,6}. Her anne ölümünün veya hayatı tehdit eden komplikasyonun bu tabloyu oluşturan nedenleri belirleyecek göstergeleri sağlayacak bir hikayesi olduğu ve bunu anlayarak çözümlemenin, aynı nedenle başka bir anneyi kaybetmemek için gerekenlerin yapılmasının her ülke için en önemli hedeflerden olma gerekliliği yadsınamaz. Bu yolla sağlık sektörü ile ilgili ve toplumsal tavsiyelere ilişkin anahtarları, klinik

kanıtları geliştirmek, eylem planlarını oluşturmak mümkün olacaktır⁶. Bir anneyi kaybetmek, sadece ülke istatistiğine bir anne ölümü daha eklenmesi anlamına gelmez, arkada kalan bir eş, annesiz büyüyecek çocuklar ile oluşan sosyal yıkım en tamir edilmez tabloyu oluşturacaktır.

1.2 Amaç

Bu çalışmanın amacı;

-Ülkemizde Anne lmleri İzleme Programı kapsamında 2007-2008-2009 yıllarında tespit edilen anne ölümlerinde önlenebilirlik durumlarını değerlendirmek ve etkileyen risk faktörlerini incelemek,

-Elde edilecek sonuçlar ile takip eden yıllarda ortaya çıkacak önlenebilirlik durumuna ait risklerin karşılaştırılmasına olanak tanıyacak veriyi sağlamaktır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

Her yıl gerçekleşen 136 milyon doğumun her birine müdahil olmak dünya sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu başlıca mücadele sahalarından biridir. Bu sorun yakın gelecekte, büyük genç nüfus gruplarının üretken yaşlarına girmeleri ile artacaktır. Kadınlar hayat vermek için ölüm riski almaktadırlar, doğum esnası ve sonrasındaki usta yaklaşım ile tüm ölümcül çıktılar ve devamındaki engelleyici süreçler önlenabilir. Doğum ailelerin hayatında ve toplumların yapılanmasında temel bir olaydır ve öyle kalmalıdır. Ancak aynı zamanda güvenli olması sağlanmalıdır. Optimum güvenlik için her kadın, istisnasız, doğum esnasında kendi doğum kültürüne saygılı ve yaşadığı yere yakın, uygun bir ortamda profesyonel ustalıkla bakıma ihtiyaç duyar. Böyle bir hizmet en iyi şekilde, hekim veya ebelik donanımı olan sağlık çalışanları tarafından sağlanabilir. Bu, doğum esnasında doğabilecek birçok hayatı tehdit edebilir nitelikteki problemi önleyebilir, kapsayabilir ya da çözebilir ve anne ölümlerini şaşırtıcı derecede düşük seviyelere indirebilir. Donanımlı ebe profesyoneller, birinci basamak hizmetin yeterliliğinin ve bulunan ekipmanın ötesine geçen sorunları olan kadınlar için bir hastanenin sağlayabileceği desteğe gereksinim duyabilirler. Tüm kadınlar birinci basamak gebelik bakımına ihtiyaç duyarlar. Fakat etkili hizmet adına her iki seviye koordinasyon içinde çalışmalı ve eşzamanlı olarak fonksiyonlar yerine getirilmelidir⁷.

Hizmete olan ihtiyaç doğum gerçekleşir gerçekleşmez sona ermez. Doğumu takip eden saatler, günler ve haftalar bebekler için olduğu gibi

kadınlar için de tehlikeli olabilir. Anne ölümlerinin yarısının görüldüğü bu kritik süreçte, sağlık hizmeti sorumluluklarının sıklıkla yanlış tanımlandığı veya belirsiz olduğu ilk haftalarda, bakımın devamlılığını organize etmek için etkili yolların geliştirilmesine acilen ihtiyaç vardır⁷.

Dünyada anne ve çocuk sağlığını düzeltme çalışmaları, halk sağlığı programları kapsamında ondokuzuncu yüzyılın sonunda Avrupa'dan orjin almıştır⁷. Bu programlar gerçekte İkinci Dünya Savaşından sonra ilerlemeye başlamıştır. Birleşmiş Milletler tarafından 1948 yılında yeniden düzenlenen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, anne ve çocuklar için “özel ihtimam ve yardım sağlama” yükümlülüklerini emniyet altına almıştır⁷.

DSÖ'ü tarafından 1950' lerdeki gelişme faaliyetlerinde, ulusal sağlık planları ve politika dökümanlarında anneler ve çocukların halk sağlığı aktivitelerinde incinebilir grup ve öncelikli hedef gruplar olduğu her zaman vurgulanmıştır⁷.

Öncelikli gruplar olarak anneler ve çocuklar, 1978 yılında Alma Ata Bildirgesinde temel sağlık endişelerinin merkezinde yer almıştır⁷. 1987 yılında DSÖ tarafından, toplumların istenmeyen sosyal, kültürel ve ekonomik şartlarından özellikle kadınların köklü bir şekilde etkilenmesi nedeni ile “Güvenli Annelik” yaklaşımı oluşturulmuş ve aktiviteler açıkça ilan edilmiş, kadınlar ve çocuklar için saptanan önemli kilometre taşları hatırlatılmıştır⁷.

Kadın ve çocuk hakları ile ilgili endişelere dair en büyük gelişme, 1994 yılında Mısır Kahire’de gerçekleşen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı ile hızlandırılmıştır. Bu konferans, başlı başına mükemmel ve doğru temeller üzerine kurulan sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına dair evrensel yolların belirlendiği 20 yıllık aktivite planlarını ortaya koymuştur⁷.

Bugün, kadın ve çocuk sağlığı tanımlamalarında, önceye göre çok daha fazla bilgiye sahip bulunmaktadır ve ilerlemelere sebep olan müdahaleler maliyet etkindir. Anne çocuk sağlığı, halk sağlığı önceliklerinin belirlenmesi için klasik kriterleri yerine getirir. Çocuklar toplumun geleceğidir ve onların anneleri o geleceğin koruyucusudur. Onlar sosyal normlar ve geleneklerle beraber, toplumlar ve ailelerinin kültürel hikayelerini değiştirirler. Anneler, çocuklarının yaşam modellerini saptar, erken davranışlarına etki eder, toplumsal rolünü belirler. Toplumdaki eşitsizliklerin bazı sonuçları annelerin ve çocukların hayatta kalmaları ve sağlıklarına etkileri yönünden tehlikelidir. Eşitsizliği azaltan ve ciddi olarak zenginliği düzenleme fonksiyonlarına sahip olan hükümetlerin, anne ve çocuklar için sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlaması ve yaşam şartlarını düzeltmesi iyi başlangıç noktalarıdır⁷.

Eylül 2000’ de yayınlanan Birleşmiş Milletler Milenyum Deklarasyonu 189 ülkenin katılımı ile açıklanmıştır. 2015 yılı amaçlanarak Milenyum Kalkınma Hedefleri başlığı altında sekiz hedef belirlenmiştir. Fakirlik ve açlık, cinsiyet eşitliği, eğitim, çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının geliştirilmesi, çevre sağlığı, HIV/AIDS malarya ve diğer hastalıklar ile mücadele ana başlıkları oluşturmuştur. Milenyum Deklarasyonunda beşinci hedef “Anne Sağlığının Geliştirilmesi” başlığı altında, 1990 ile 2015 yılları arasında anne ölümlerinin tüm dünyada %75

oranında azaltılması ve 2015 yılına kadar üreme sağlığına evrensel erişimin sağlanması olarak belirlenmiştir^{7,8}.

Kadın, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi Milenyum Kalkınma Hedefleri ve göstergelerinin ortaya çıkmasının temel dayanaklarıdır. Anne ve çocuk sağlığı açısından, Milenyum Kalkınma Hedeflerinin de belirlenmesine kaynak olan, sağlık hizmetlerine evrensel ulaşımın olmaması, uluslararası gündemde açıktır. Anne ve çocuk sağlığı alanında Milenyum Kalkınma Hedeflerinde olumlu ilerleme kaydedilmiştir. Bununla birlikte, dünya üzerinde sağlık hizmetlerine ulaşım, anne çocuk sağlığında gittikçe artan haksızlık ve kabul edilemez yüksek mortalitenin devam etmesi ile başarı gölgelenmektedir⁷. Diğer hedeflerde de global ekonomik krizin de yaşanması ile ortaya çıkan olumsuz ortam, amaçlanan on yıllık ilerlemenin istenen düzeyde olmamasına neden olmuştur⁸.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansının ana hedefi Milenyum Kalkınma Hedefleri 5' in ikinci hedefini oluşturmaktaydı. Bu da "2015 yılına kadar üreme sağlığına evrensel erişimi başarmak" tır. Bu durum, Milenyum Kalkınma Hedefleri' nin izlenmesi çerçevesinde, 2005 Dünya Zirvesi' nde dünya liderlerinin tavsiyeleri ile ele alınmış, bireylerin eşit ihtiyaçlarında hizmete eşit erişimin sağlanması konusunda method ve teknikler tartışılmıştır⁸. DSÖ ve Birleşmiş Milletler kuruluşları işbirliği içerisinde, dünya ülkelerinin Milenyum Kalkınma Hedefleri 5 kapsamındaki ilerlemelerini izlemekte ve desteklemektedir⁸.

Fark edilen sonuçlar ile son yıllarda anneler, bebekler ve çocukların sağlıklı ve iyi olmalarının sağlandığı ülke sayılarının artması başarıdır. Bununla birlikte yüksek ölüm hızları ve hastalık yükü ile başlayan ülkeler

1990'lar boyunca yavaş ilerleme göstermişlerdir. Bazılarında bu durum son yıllarda hareketlenmiştir. İlerleme parçalı olup özellikle hız kazandırılmazsa Milenyum Deklerasyonu tarafından konulmuş hedefler olan 2015 yılına kadar anne ölümlerinin üç çeyrek, çocuk ölümlerinin 2/3 oranlarında azaltılması umudu düşüktür⁷.

1900' lu yılların başından itibaren ana çocuk sağlığı açısından yürütülen, yukarıda adı geçen tüm bu çalışmalar dünyada ana, bebek ve çocuk ölümlerini azaltmayı hedeflemiştir.

2.1 Anne Ölümlerine İlişkin Tanımlar - Anne Ölüm Oranının Hesaplanması

DSÖ tarafından sınırları net bir şekilde belirlenen tanımlar ile tüm dünya ülkelerinde anne ölümlerini değerlendirme ve nedensel sınıflamalarda standart bir yaklaşım oluşturulmuştur. İlgili Sağlık Sorunları ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması Onuncu Versiyonunda (1992 – ICD 10), DSÖ anne ölümleri tanımları yer almaktadır. Bu tanımlar DSÖ tarafından 2010 yılına kadar yayınlanan anne ölümlerine ve istatistiklere ilişkin tüm raporlarda aynı şekilde yer almıştır^{1,3,4}. ICD 10 kod sisteminde “O” kodunun altındaki tanılar anne ölümlerine ilişkin tanısal sınıflama için düzenlenmiştir³.

Bu tanımlar:

Kadın ölümleri kavramı, üreme çağında ölen kadınlar için kullanılmaktadır. 15-49 yaş grubundaki kadınlar, üreme çağında olan kadınlar olarak tanımlanmıştır.

Gebeliğe bağılı ölüm, bir kadının gebelik süresince ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde herhangi bir nedenle ölmesi olarak tanımlanmaktadır.

Anne ölümü, bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümdür.

Doğrudan Anne Ölümü, gebelik durumunda (gebelik boyunca, doğum ve lohusalık döneminde) yapılan müdahaleler, ihmaller, yanlış verilen bakım hizmeti ya da adı geçen olaylar zinciri sonucunda meydana gelen obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanan ölümlerdir.

Dolaylı Anne Ölümü, daha önceden (gebelik öncesi) gebede var olan veya gebelik sırasında gelişen bir hastalık veya hastalıklar nedeni ile gebeliğin fizyolojik etkisi ile şiddetlenen nedenlerden meydana gelen obstetrik kaynaklı olmayan ölümlerdir.

Tesadüfi ölümler, gebelik, doğum veya lohusalık döneminde dolaylı veya doğrudan obstetrik kaynaklı olmayan nedenlere bağılı (kazalar, bazı intiharlar vb.) olarak ölen kadınları ifade etmektedir.

- Anne ölüm oranı (AÖÖ), 100,000 canlı doğumdaki anne ölümlerinin sayısıdır. **Bu bir orandır ve belirlenen dönem için canlı doğum**

sayısı ile anne ölümü sayısı, oranın pay ve paydasını oluşturmaktadır.

AÖO= (anne ölümlerinin sayısı / canlı doğumların sayısı)*100,000 olarak hesaplanmaktadır..

- Anne ölüm hızı (AÖH), üreme çağındaki 100,000 kadında anne ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir.

AÖH= (anne ölümlerinin sayısı / üreme çağındaki kadınların sayısı)*100,000 olarak hesaplanmaktadır.

- Yaşam boyu anne ölüm riski, üreme çağının sonuna kadar dolaysız ya da dolaylı anne ölüm nedenleriyle ölme riskidir.

Yaşam boyu risk = $(1-(1-AÖH))$ 35 olarak hesaplanır. AÖH, ondalık sayı olarak ifade edilmektedir.

- Gebeliğe bağlı ölüm oranı (GBÖO), 100,000 canlı doğumda gebeliğe bağlı ölümlerin sayısıdır.

GBÖO=(gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısı / canlı doğumların sayısı)*100,000 olarak hesaplanmaktadır..

- Gebeliğe bağlı ölüm hızı (GBÖH), üreme çağındaki 100,000 kadında gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir.

GBÖH=(gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısı / üreme çağındaki kadınların sayısı)*100,000 olarak hesaplanmaktadır.

- Yaşam boyu gebeliğe bağlı ölüm riski, üreme çağının sonuna kadar gebeliğe bağlı bir nedenden dolayı kadının ölme riskidir.

Yaşam boyu risk = $(1-(1-GBÖH))$ 35 olarak hesaplanır, GBÖH ondalık sayı olarak ifade edilmektedir.

Anne ölümlerine, sınıflandırıldıktan sonra ICD 10 (Uluslar arası hastalık sınıflaması) hastalık kodunun verilmesi uluslararası standartta beklenen bir diğer özelliktir. Ancak tüm bunlar yapıldıktan sonra ölümün önlenabilir olduğunu söylemek en zor aşamadır ve pek az ülke bu analizi yapabilmektedir.

Anne ölümleri için görüldüğü gibi standart tanımlar mevcut olmasına rağmen pek çok ülke için nüfus içerisinde anne ölüm düzeyini ölçmek çok zordur³;

- Halen birçok ülkede resmi idari kayıt sistemi içerisinde ölüm kayıtları güvenilir değildir. Bu durumda üreme çağındaki bir kadın ölümünü, daha da hassas olan anne ölümünü tespit etmek zorlaşmaktadır
- Üreme çağındaki bir kadın ölümü tespit edilse bile onun gebe veya loğusa olduğuna ait kayıt olmayabilir
- Ölüm nedenine ait tıbbi sertifikasyon güvenilir olmayabilir. ICD 10 kodlama sistemi kullanılmıyor veya doğru kullanılmıyor olabilir

Ayrıca ülkeler arasında ölüm sertifikaları, resmi kayıtlar, kullanılan anket formları, otopsi raporları, hatta sınıflandırma sistemleri farklı olabilmektedir³.

Bazı ölümlerin kayıtlarda yer alması (tespitleri veya anne ölümleri ile ilişkilendirilmesi zor olduğundan) diğerlerine göre daha zordur. Bunlar özellikle; erken gebelik ölümleri (düşük veya küretaj sonrası vb.), geç postpartum ölümler, çok genç veya ileri yaş anne ölümleri, kardiyovasküler veya serebrovasküler hastalıklara bağlı ölümlerdir³.

Resmi idari kayıt sisteminin yokluğunda veya eksikliğinde ülkeler ; hane halkı anketleri, kız kardeş yöntemleri, üreme çağındaki mortalite çalışmaları (RAMOS), sözel otopsi vb. yöntemler ile anne ölümlerine ait tahminlerini yapmaktadırlar. Bu yöntemlerin her birinin anne ölümünün gerçek seviyelerinin tahmininde sınırlılıkları vardır. Hane halkı anketleri anne ölümlerinin nadir görülmesi nedeni ile büyük örneklem büyüklüğü gerektirir, kız kardeş yönetiminde ise geçmiş 5-10 yıl içindeki gebeliğe bağlı kardeş ölümleri sorgulandığından hafıza faktörü önemli rol oynar, güncel değil retrospektif oran tespitine neden olur ve anne ölüm oranından çok gebeliğe bağlı ölüm oranına ışık tutar. Üreme çağındaki mortalite çalışmalarında (RAMOS), anne ölümü tespiti için tüm üreme çağındaki kadın ölümleri tespit edilerek içlerinden anne ölümleri bulunur, bunun için hayati kayıtlar, nüfus kayıtları, sağlık kuruluşu kayıtları, defin kayıtları, hane halkı görüşmelerinden yararlanılır. Anne ölümleri hesaplamalarını tek kaynaktan yapan, ölüm tahminleri düşük ülkelerde kullanılabilen maliyetli bir yöntemdir. Bu yöntemde anne ölümlerinin nedensel tespiti de çok kaynaklı yaklaşımdan dolayı daha sağlıklı yapılır. Sözel otopsi aile ve topluluk üyeleri ile yapılan görüşmeler sonucu ölüm nedenini tayin etmeyi amaçlar⁹. Nüfus sayımları da anne ölümü tahminlerinde kullanılabilen bir yöntemdir. Ancak bu durum, ulusal nüfus sayımı anketine sınırlı sayıda soru ekleme zorunluluğunu getirir ki bu da hem maliyet hem de uygulama açısından sıkıntılıdır³.

Bunun için pek çok ülkede sayının ve anne ölüm tanılarının doğrulanması için ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır³.

DSÖ, UNPD, UNICEF, UNAIDS, Dünya Bankası, Pennsylvania Üniversitesi Uluslararası Karşılaştırma Merkezi ve çeşitli uzmanların içinde bulunduğu teknik grup tarafından 2010 yılında gerçekleştirilen çalışma ile ülkelerin anne ölüm oranları, 1990-2008 yılları arasındaki trend tahminleri gerçekleştirilmiştir. Bu tahminlerde çeşitli indikatörler kullanılmıştır. **Bunlar; kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), satın alma gücü paritesi, genel doğurganlık hızı, eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum, sağlık kuruluşunda doğum, sosyal ve ekonomik kalkınma indeksi, doğuştan beklenen ya¹ n süresi, doğum öncesi bakım alma oranı, doğurganlık düzeyi vb.'dir** Bu veriler, UNICEF, Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler nüfus verileri, DSÖ yaşam tabloları ve ülkelerin nüfus - sağlık araştırmalarından sağlanmıştır. Teknik çalışma grubu tarafından geliştirilmiş regresyon modeli ve düzeltme faktörleri kullanılarak ülke tahminleri yapılmıştır³.

DSÖ ülke tahminlerini yaparken ülkeleri veri güvenliği ve kalitesine göre üç gruba ayırmaktadır³:

A Grubu Ülkeler: Ölüm nedenleri iyi belirlenen, idari kayıtları güçlü ülkeler.

Bu grupta yer alan 63 ülkenin verisi doğrudan kullanılabilir.

B Grubu Ülkeler: İdari veri kayıtları eksik ancak bu konuda başka veri kayıt sistemi olan ülkeler (85 ülke- Ülkemiz bu grupta yer almakta)

C Grubu Ülkeler: Anne ölümleri ile ilgili ulusal verisi olmayan ülkeler (24 ülke)

Birçok ülke için üst bölümde adı geçen indikatörler kullanılarak, geliştirilmiş regresyon modelleri ile ülke tahminleri yapılmıştır³.

2.2 Dünyada Anne  l mleri

Gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle ölen kadın sayısı, DSÖ tarafından hazırlanan yeni rapora g re³, 1990 yılında tahminen 546 000 iken 2008 yılında 358 000 olmuştur ve bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelir iken, %87' si Sahra Altı Afrika ve Güney Asya' da meydana gelmiştir. Aynı rapora göre 1990 yılı düzeyine göre anne ölümleri % 34 azalmıştır^{3,10}. Milenyum hedeflerine ulaşmak için anne ölüm oranında yıllık %5,5 oranında azalma beklenirken ancak yıllık %2,3 oranında azalma sağlanmıştır. 18 yıllık süreçte 147 ülkede anne ölüm oranı azalmış, bunların 90' ında %40' ın üzerinde azalma sağlanmış, 23 ülkede oran artmış, iki ülkede ise değişmemiştir. 1990 yılında anne ölüm oranı yüzbinde 100' n üzerinde olan 30 ülkeden Sahra Altı Afrika' da olan 23 ülkede oran 18 yıllık süreçte ya çok yetersiz değişmiş ya da hiç değişmemiş hatta artmışır. Halen 45 ülkede oran, 300/100.000' nin üzerindedir. 1000/100.000' nin üzerinde dört  lke Afganistan,  ad, Gine ve Somali'dir. Bu tahminler küresel olarak anne ölümlerine ait sorunun boyutlarını anlamak için önemli bir gösterge sağlar. Anne ölümlerini ölçmek ve anne ölümleri ile ilgili daha iyi bilgi elde etmek için sistemlerinde güçlendirme çalışmaları yapan, bunun için çaba harcayan ülke sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu çabaların genişletilmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında halen çok büyük olan farkların azaltılması yolunda ilerlemeyi hızlandırmak gerekmektedir³.

DSÖ tarafından en son yayınlanan ve 1990-2008 yılları arasında dünyadaki anne ölüm trendlerini gösteren yayında yer alan değerlere ilişkin tablolar aşağıda sunulmaktadır³.

Tablo 1: Dünyada Bölgelere Göre 1990-2008 Arasında Anne Ölüm Oranı Değişiklikleri ³

BÖLGE	ANNE ÖLÜM ORANI (Yüzbinde)		1990-2008 ARASINDA ANNE ÖLÜM ORANINDAKİ % DEĞİŞİKLİK
	1990	2008	
Afrika	850	620	-27
Amerika	110	66	-39
Güneydoğu Asya	580	240	-59
Avrupa	44	21	-52
Doğu Akdeniz	430	320	-24
Batı Pasifik	130	51	-59
DÜNYA	400	260	-34

Tabloda dünya çapında 1990’ da 400/100.000 olan anne ölüm oranının 2008 yılında 260/100.000’ e düştüğü görülmektedir ve bu da %34’ lük bir azalmayı göstermektedir. Güneydoğu Asya, Avrupa ve Batı Pasifik’ teki azalma son derece yüz güldürücüdür ama Güneydoğu Asya bölgesi halen 240/100.000 oranı ile çok yüksek seviyelerdedir ³. Afrika ile Doğu Akdeniz bölgesi ne yazık ki en az gelişmeyi gösteren iki bölgedir ve dünya ortalamasının bu kadar yüksek olmasından sorumludurlar. Tüm dünya ülkelerinin, uluslar arası kuruluşların ve sivil toplum kuruluşlarının katkısı ile bu bölgelerde daha çok yapılacak iş vardır.

Tablo 2: Dünyada Ülkelerin Gelir Grubuna Göre 1990-2008 Arasında Ölüm Oranı Değişiklikleri ³

BÖLGE	ANNE ÖLÜM ORANI (Yüzbinde)		1990-2008 ARASINDA ANNE ÖLÜM ORANINDAKİ % DEĞİŞİKLİK
	1990	2008	
Alt Gelir Grubundaki Ülkeler	850	580	-32
Alt Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	400	230	-43
Üst Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	120	82	-31
Üst Gelir Grubundaki Ülkeler	15	15	
DÜNYA	400	260	-34

Dünyadaki durum, gelir grubu ülke sınıflamasına göre değerlendirildiğinde, alt ve alt orta gelir grubundaki ülkelerdeki oranların yüksekliği dikkat çekicidir.

Tablo 3:1990-2008 Arasında Anne Ölüm Oranını En Çok Azaltan Ülkeler ³

ÜLKE	1990-2008 ARASINDA ANNE ÖLÜM ORANINDAKİ % DEĞİŞİKLİK
MALDİVLER	-93
ROMANYA	-84
İRAN	-80
BUTAN	-79
ESTONYA	-76
EKVATOR GİNESİ	-73
ERİTRE	-69
POLONYA	-67
ÇİN	-66
TÜRKİYE	-66

Yukarıdaki tablolarda dünya çapında on sekiz yıllık periyotta anne ölüm oranındaki azalmanın %34 olduğu belirtilmiştir. Bu tabloda bu periyotta anne ölüm oranını en çok azaltan ülkeler görülmektedir. Ülkemizin de %66 ile ilk on ülke içerisinde yer alması son derece yüz güldürücüdür (Türkiye anne ölüm oranı 2008- yüzbinde 23).

Tablo 4: Dünyada Anne Ölüm Oranları ve Anne Ölümünde Yaşam Boyu Risk³

BÖLGE	ANNE ÖLÜM ORANI (Yüzbinde)	ANNE ÖLÜMÜ İÇİN YAŞAM BOYU RİSK (1/...)
Afrika	620	32
Amerika	66	670
Güneydoğu Asya	240	150
Avrupa	21	2900
Doğu Akdeniz	320	84
Batı Pasifik	51	1100
DÜNYA	260	140

Tabloda annelerin üreme çağı boyunca anne ölüm riski ile karşı karşıya kalma durumu ile anne ölüm oranının karşılaştırılması görülmektedir. Görüldüğü gibi anne ölüm oranı yükseldikçe kadınların ölüm riski ile karşılaşma ihtimali son derece yükselmektedir. Afrika’ da her kadının üreme çağı boyunca 1/32 anne ölümü riski mevcuttur yani 32 kadından biri anne ölümüne adaydır.

Anne ölümleri gelişmekte olan ülkeler için araştırma gündemi ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli bir önceliğe sahiptir¹¹.

Yukarıda anne ölüm oranının hesaplanmasında kullanılan göstergelerin; *kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), satın alma gücü paritesi, genel doğurganlık hızı, eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum, sağlık kuruluşunda doğum, sosyal ve ekonomik kalkınma indeksi, doğuştan beklenen yaşam süresi, doğum öncesi bakım alma oranı, doğurganlık düzeyi vb.* olduğuna değinilmiştir. Dünya genelinde bunların hangi düzeyde olduğu konusuna göz atmak gerekmektedir.

Tablo 5: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi 1³

BÖLGE	Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (Yaş)		Bebek Ölüm Hızı (Binde)		5 Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)		Eğitilmiş Sağlık Personeli Yardımı İle Doğum	
	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008
Afrika	51	53	108	85	182	142	48	47
Amerika	71	76	33	15	41	18	87	92
Güneydoğu Asya	58	65	80	48	113	63	40	49
Avrupa	72	75	27	12	32	14	95	96
Doğu Akdeniz	61	65	77	57	105	78	38	59
Batı Pasifik	69	75	36	18	46	21	85	92
Alt Gelir Grubundaki Ülkeler	54	57	101	76	158	118	42	43
Alt Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	62	67	64	44	91	63	56	65
Üst Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	68	71	37	19	45	23	88	95
Üst Gelir Grubundaki Ülkeler	76	80	10	6	12	7	98	99
DÜNYA	64	68	62	45	90	65	61	66

Tablo 6: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi II³

BÖLGE	En Az 1 Kez Doğum Öncesi Bakım Alan Kadın Oranı(%)	Sezaryen Doğum Oranı(%)	Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı (%)	Kontraseptif Kullanım Prevalansı (%)
	2000-2009	2000-2008	2000-2008	2000-2008
Afrika	73	3,4	24,3	23,7
Amerika	94	30,8	9,4	70,6
Güneydoğu Asya	75	7,6	12,8	57,5
Avrupa		19		68,4
Doğu Akdeniz	65	11,8	18,6	42,8
Batı Pasifik	90	23,9	3,4	82,7
Alt Gelir Grubundaki Ülkeler	69	3,3	21,7	39,6
Alt Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	79	13	8,9	65,8
Üst Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	94	28,6		67,5
Üst Gelir Grubundaki Ülkeler		26,8		70,1
DÜNYA	78	13,9	10,8	62,3

Yukarıdaki tablolarda, son on sekiz yıllık trend ve günümüzdeki durum gözlenmektedir. Doğuştan beklenen yaşam süresinin düşük olduğu bölgelerde, bebek, çocuk ölüm hızlarının yüksekliği, eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum oranlarının düşüklüğü son derece önemlidir. Yine alt-alt orta gelir grubundaki ülkeler için de aynı durum söz konusudur. Afrika, Güneydoğu Asya ile Doğu Akdeniz bölgesi oranların olumsuzluğu ile dikkat çekmektedir. Afrika halen ne yazık ki çok az ilerleme kaydetmektedir. Güneydoğu Asya bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında çok iyi ilerleme kaydetmişken, sağlık personeli yardımı ile doğum oranındaki başarısı düşüktür, bu da belki ekonomik belki de geleneksel yapının irdelenmesini gerektirir. Doğu Akdeniz bölgesinin ilk iki değişken için başarısı daha düşüktür ancak bu bölgede de sağlık personeli ile doğum konusunda başarılı gelişme sağlanmıştır.

Yüksek gelir grubu ülkelerde hemen hemen tüm kadınlar en az dört kez doğum öncesi bakım hizmeti almakta, ebe ve / veya doktordan doğum için yardım almakta, doğum sonrası da bakım hizmeti almaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, kadınların üçte ikisi en az bir kez doğum öncesi bakım hizmeti almakta¹², hatta daha azı, ortalama %63' ü (alt gelir grubu ülkelerde %43) ebe ve/veya doktordan doğum için yardım almaktadır³. ***Bu da dünyada her yıl eğitilmiş sağlık personeli yardımı olmadan 45 milyon ev doğumu olduğunu göstermektedir***¹³. Bununla birlikte ülkeler arasında çok büyük farklılıklar vardır; doğumda sağlık personeli yardımı Güney Amerika' da %93 iken Doğu Afrika' da %34' tür¹⁴. Doğum öncesi veya sonrası kadın bakım almıyorsa birçok sebebi olabilir; yaşadıkları yere yakın sağlık hizmeti olmayabilir ya da mevcut hizmet pahalı olabilir. Bazı kadınlar bu hizmeti kullanmak istemez, çünkü hizmet sunumundan ve kalitesinden memnun kalmamaktadırlar. Ayrıca kadının toplum içindeki statüsünün düşüklüğü ve kültürel inanışları da hizmet alımını engelleyebilir. Tüm düzeylerde sağlık hizmetine ulaşımın önündeki bariyerleri kaldırmak, sağlık sisteminin kalitesini ve kapasitesini güçlendirmek gerekmektedir.

Kontrasepsiyon kullanımı dünyanın birçok bölgesinde son iki dekatta etkileyici biçimde gelişmiş olmasına rağmen aile planlaması için karşılanmamış ihtiyaç, düşük-orta gelirli ülkelerde hala kabul edilemez derecede yüksektir. Kontrasepif kullanımı 1990 yılında %50 seviyelerinden 2000' li yıllarda %62' lere yükselmiştir¹⁵. Sahra Altı Afrika'da, kadınların %24' ü aile planlaması hizmetine erişememektedir. Dünyanın diğer bölgelerinde de % 10-15 arasında değişmektedir⁸. Afrika, Güneydoğu Asya ile Doğu Akdeniz bölgelerinde karşılanmamış kontrasepsiyon ihtiyacı %12-24 aralığındadır. Bu da çocuk sahibi olmak istemese de beş kadından birinin kontrasepsiyon olanaklarına ulaşamadığı anlamına gelmektedir³.

Doğum öncesi en az bir kez bakım alma oranı, düşük-orta gelir grubu ülkelerde 1990' ların başında %55 düzeyinde iken, 2000' li yıllarda %75' lerin üzerine çıkmıştır. Bu olumlu gelişmeye rağmen DSÖ'nün uluslararası standardı olan en az dört kez bakım almada istenen orana ulaşmak henüz mümkün görünmemektedir⁸. Dünyadaki gebe kadınların yarısından azı en az dört kez bakım hizmeti almaktadır^{3,15}.

Sezaryen ile doğum, doğru tanı konulduğunda birçok acil obstetrik vakada hayat kurtarıcıdır. Dünya ortalaması %13.9 ile DSÖ' nün belirlediği oran ortalamasında görünse de Afrika da %3,4, Güneydoğu Asya' daki %7,6' lık oranlar, sezaryenin belki birçok bölgede, sağlık kuruluşunda uygulanamadığı, pek çok obstetrik komplikasyona müdahale edilemediği anlamına gelebilir.

Tablo 7: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi III³

BÖLGE	Kadınlarda Net Okullaşma Oranı (%)		Toplam Doğurganlık Hızı		Adolesan Doğurganlık Hızı (15-19 yaş 1000 kadın başına)
	1990	2009	1990	2008	2007
Afrika	54	76	6,2	4,9	118
Amerika	94	93	2,7	2,2	61
Güneydoğu Asya		89	3,8	2,6	55
Avrupa	98	95	1,9	1,6	23
Doğu Akdeniz	79	70	5,5	3,4	35
Batı Pasifik			2,4	1,8	11
Alt Gelir Grubundaki Ülkeler	48	80	5,4	4	110
Alt Orta Gelir Grubundaki Ülkeler		83	3,4	2,5	35
Üst Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	94	93	2,8	2	51
Üst Gelir Grubundaki Ülkeler	96	94	1,8	1,7	21
DÜNYA		85	3,3	2,5	47

Bu tabloda görüldüğü üzere, kadınlarda net okullaşma oranının, alt gelir grubuna dahil ülkelerde nerede ise ikiye katlanarak %80 seviyelerine ulaşması en başarılı sonuçtur. Burada ikinci vurgu ise, toplam doğurganlık hızının da tüm bölgelerde azalmış olmasıdır.

Ancak adolesan gebelikler, birçok bölge için halen kabul edilemeyecek düzeyde yüksek seyretmektedir. Adolesan gebelerde üreme sağlığı hizmetlerine erişim çok sınırlıdır. Adolesanlarda doğurganlık 1990 ve 2000 yılları arasında hemen hemen tüm düşük ve orta gelirli ülkelerde gerilemiş olmasına rağmen, 2000-2005 yılları arasında ya aynı kalmış ya da az gerilemiştir⁸.

Tablo 8: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi IV³

BÖLGE	Yurt İçi Hasıla İçindeki Sağlık Harcamaları Payı (%)		Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Devlet Sağlık Harcaması Payı (%)		Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (\$)	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007
Afrika	5,9	6,2	43,5	45,3	86	137
Amerika	12,0	13,6	44,8	47,2	1983	3046
Güneydoğu Asya	3,7	3,6	31,2	36,9	61	104
Avrupa	8,4	8,8	75,3	76,0	1220	1875
Doğu Akdeniz	4,2	4,1	52,8	55,5	180	271
Batı Pasifik	6,8	6,5	72,7	67,8	298	531
Alt Gelir Grubundaki Ülkeler	4,7	5,3	37,6	41,9	37	67
Alt Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	4,4	4,3	37,0	42,4	97	181
Üst Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	6,2	6,4	52,0	55,2	454	757
Üst Gelir Grubundaki Ülkeler	10,2	11,2	59,4	61,3	2745	4145
DÜNYA	9,2	9,7	57,9	59,6	568	863

Bu tablo da, ülkelerin ekonomik düzeyi ile diğer göstergeler arasındaki ilişiyi kurmak açısından çok önemlidir. Diğer göstergeler açısından da iyi durumda olmayan Afrika, Güneydoğu Asya ile Doğu Akdeniz bölgelerinde, yurt içi hasıla içindeki sağlık harcamaları payının ve kişi başına toplam sağlık harcaması payının düşüklüğü dikkat çekicidir.

Tablo 9: Anne Ölüm Oranına Etkili Değişkenlerin Değerlendirilmesi V³

BÖLGE	10.000 Nüfus Başına Düşen Hekim Sayısı	10.000 Nüfus Başına Düşen Ebe-Hemşire Sayısı	10.000 Nüfus Başına Düşen Hastane Yatak Sayısı
	2000-2009	2000-2009	2000-2009
Afrika	2	11	9
Amerika	23	55	24
Güneydoğu Asya	5	11	11
Avrupa	33	68	63
Doğu Akdeniz	10	14	12
Batı Pasifik	14	21	38
Alt Gelir Grubundaki Ülkeler	4	10	15
Alt Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	10	14	18
Üst Orta Gelir Grubundaki Ülkeler	24	40	39
Üst Gelir Grubundaki Ülkeler	28	81	58
DÜNYA	14	28	27

Sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetin kullanılabilirliği açısından, bu üç göstergenin yeri yadsınamaz. Sağlık göstergelerinin en olumsuz olduğu üç bölgede de nüfus başına düşen hekim, ebe-hemşire, hastane yatak sayıları dünya ortalamasının altındadır.

Dünyadaki Anne Ölümlerindeki Duruma İlişkin Milenyum 2009 Raporu:

Anne ölümlerinin ana nedenleri olan portpartum kanama-infeksiyon-eklampsisi-uzamış eylem-güvensiz düşük komplikasyonlarının, acil obstetrik bakıma erişim, doğumda eğitilmiş sağlık personeli yardımı, antenatal bakım ve üreme sağlığı hizmetlerinin kaliteli sunumu ile tedavi edilebilir ve önlenabilir olduğu vurgulanmıştır. 1990 yılından beri dünyanın gelişmekte olan tüm bölgelerinde, doğumun eğitilmiş sağlık personeli ile yapılmasında bir miktar ilerleme olmuştur. Ancak Güney Asya ve Sahra Altı Afrika' da hala doğumların yarısından çoğu sağlık personeli olmadan yapılmaktadır. Hayatı tehdit eden komplikasyon ortaya çıktığında erişilebilir hazır bir acil obstetrik bakım hizmetinin olması çok önemlidir. Sezaryen bu acil obstetrik hizmetlerden biridir. Ancak Sahra Altı Afrika' da hala tüm doğumların sadece %3' ü sezaryen ile gerçekleşmektedir. Gebe kadınlar arasında çoğu sağlık problemi önlenabilir, doğum öncesi eğitilmiş sağlık personelinin ziyaretleri sırasında tanınabilir ve tedavi edilebilir. UNICEF ve DSÖ en az dört antenatal ziyaret önermektedir. Tetanoz immünizasyonu, enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi, tehlike işaretlerine ilişkin bilgilendirme vb. bu ziyaret sırasında verilen hizmetlerdir. 1990 yılından beri gelişmekte olan dünyada gebe kadınların en az birkez doğum öncesi bakım alma oranı, %64 ten %78' e yükselmiştir. Bununla birlikte standart dört izlem alma oranı halen çok düşüktür, ölümlerin çoğunluğunun meydana geldiği Güney Asya ve Sahra Altı Afrika' da hala %50' nin altındadır. Bu rakamlar son dekatta çok az değişmiştir, bu bölgelerde üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu çok güçlükle ilerlemektedir. Genç adolesanlarda yetişkin kadınlara göre doğum ve gebelik komplikasyonlarından ölüm daha fazladır. **15 yaşından önce doğum yapan kadınlarda yirmili yaşlardakilere göre ölüm beş kat fazladır.** 15-19 yaş arası kadınlar arasında her yıl 70.000 anne ölümü tahmin edilmektedir. 18 yaşından küçük annelerin bebeklerinin 18 yaşından büyük annelerin bebeklerine göre ilk bir yıl içinde ölüm riski %60 daha fazladır.

Halen dünyanın birçok yerinde, erken evlilikler söz konusu olduğundan her yaşta fertilité oranı yüksektir. Bu durum da 1990 yılından bu yana azalma göstermiştir. Özellikle Karayipler ve Latin Amerika' da , evlilik dışı adolesan doğumların sayısı yüksektir. Güney Asya' da 20-24 yaş grubundaki kadınların %49' unun, Batı ve Orta Afrika' da aynı yaş grubundaki kadınların %44' ünün 18 yaşından önce evlendiği belirlenmiştir. Gelişmekte olan tüm bölgelerde kontraseptif kullanımı da yıllar içinde artmıştır. Tüm bölgelerde 2005 yılında kadınların artık yarıdan çoğunun kontrasepsiyon kullandığı bilinmektedir. Ancak tek istisna, Sahra Altı Afrika'dır. Burada 1990' dan 2005' e kontrasepsiyon kullanım oranı ikiye katlanmış olsa da ancak %22 seviyelerine yükselebilmektedir. Az gelişmiş ülkelerde aile planlamasında karşılanmamış ihtiyaç seviyeleri yüksektir. Buralarda yüksek fertilité oranlarının ana nedeni modern kontraseptif yöntemlere ulaşım eksikliğidir. Karşılanmamış ihtiyaç az gelişmiş ülkelerde %25 , gelişmekte olan ülkelerde %11' ler civarındadır. Milenyum Kalkınma Hedefleri 5' e ulaşmak için gerekli programlara ait fon açıkları mevcuttur. Aile planlaması programlarının genişletilmesi ve güçlendirilmesi için yeterli finansman ve gereçlere erişim gerekir. 1990' ların ortalarından beri gelişmekte olan ülkelerin çoğunda kadın başına aile planlaması için donör bağışlarında belirgin azalma vardır⁸.

2.2.1 Dünyada Anne Ölümleri Nedenleri

Ölüm raporları-sertifikaları, ölüm nedeni ve kodları hakkında bilgi verir (birçok ülke için bunun bile doğru kodlanması mümkün olamamaktadır), ancak bu nedenlerin altındaki gerçek ölüm nedenleri hakkında hiçbir bilgi veremez. Bu nedenler, ICD kodlamaları ile başlıca doğrudan klinik nedenler olan kanama, sepsis, eklampsi, zor doğum ve güvenli olmayan küretaj olarak, hayati istatistiki veriler içinde listelenir. Ama bu rakamlar yine de bu kadınların ölümündeki gerçek nedenleri gizler. Örneğin; kanama ile ölen bir kadın yetersiz klinik bakım almış, uygunsuz geleneksel uygulamalar nedeni ile yardım almaya geliş engellenmiş, ekonomik nedenler ile hizmete erişimi engellenmiş, bakım alması gerektiği anlaşılmamış, kan ürünleri erişimi olmayan bir sağlık kuruluşundan hizmet almak zorunda kalmış olabilir⁶. Gelişmekte olan ülkelerde, kadınların sadece %53' ü doğumda eğitimli bir sağlık personelinin yardım almaktadır. Bazı kadınların kültürel inanç ve uygulamaları, tecrit, karar verme yükümlülüğünün koca ve diğer aile üyelerine ait olması ve hizmetin onlar tarafından red edilmesi de benzer engeller arasındadır. Hükümetler tarafından oluşturulan ve yürütülen destek programlarındaki başarısızlık kadınların hayatlarına yerleştirilen toplumsal değerlerin yansıması olabilmektedir⁶. Ölümün gerçek nedensel analizine, ölüm sürecine ilişkin bu ipuçlarının irdelenmesi ile başlanmalıdır.

Anne ölümüne ait veri toplama gücü, oran hesaplama yöntemleri ve tahminlerden sonra anne ölümlerinin önlenabilirliği ile ilişkilendireceğimiz en önemli konu olarak nedensel yaklaşımın ele alınması gerekmektedir. 2005 Dünya Sağlık Raporuna göre anne

ölümlerinin dünyada en önemli nedenleri; %25 kanama, %15 enfeksiyon, %12 eklampsi, %13 güvensiz düşük, %13 ilerlemeyen eylem, %12 diğer obstetrik nedenler, %20 dolaylı nedenlerdir⁷. Doğum sonrası şiddetli kanamalar, enfeksiyonlar, hipertansif bozukluklar ve güvenli olmayan düşük hala annelerin dört ana ölüm nedenini oluşturmaktadır. 2008 yılında her gün, tahminen 1000 kadın, bu komplikasyonlar nedeniyle ölmüştür. Gelişmekte olan bir ülkede bir kadının ölüm riski gelişmiş ülkelerdeki bir kadına göre yaklaşık 36 kat daha fazladır¹⁰.

2.3 Türkiye’ de Anne Ölümleri

Türkiye Cumhuriyeti’nin 1923’te kurulmasından itibaren nüfus politikaları da gündeme gelmiştir. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları nedeniyle Cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığın arttırılmasına yönelik bir ihtiyacın olduğu hissedilmeye başlanmıştır. İnsan gücü kaynağındaki eksiklik ve ülkenin savunma ihtiyacının yanı sıra, yüksek bebek ve çocuk ölümlülüğü hızları da Türkiye’yi 1960’lara kadar pronatalist bir nüfus politikası izlemeye yönlendirmiştir. Nüfus artışını doğrudan veya dolaylı yollarla teşvik eden çok sayıda kanun bu dönemde kabul edilmiştir. Bu kanunlar, beş ve daha fazla sayıda çocuk sahibi kadınlara para ödülünü, vergi indirim teşviklerini ve sağlık nedenleri dışında gebeliği önleyici yöntemlerin reklamının, ithalatının ve satışının yasaklanması ile sağlık sorunları dışında gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanmasını içermekteydi⁵. 1950’li yıllarda nüfus artış hızının yüksek olduğu ve yasal olmayan yollarla yapılan düşüklerde pek çok annenin hayatını kaybettiğine ilişkin yapılan tartışmalar, nüfus konusunun politik gündem içinde yer almasına yol açmıştır. Kır-kent göçü sonucunda kent nüfusunun hızla artması ve istihdam sorunları da hükümetlerin bu konudaki tutumlarını antinatalist

politikalar yönünde değiştirmelerine yol açmıştır. Politika değişikliğinin öncülüğünü Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı yapmış ve ilk Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1965 yılında kabul edilmiştir. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile yeni aile planlaması politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu kanunla modern gebeligi önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak aile planlaması hizmet sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir⁵. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun¹⁷ 1983 yılında değiştirilmiş ve daha liberal ve geniş kapsamlı yeni bir yasa çıkarılmıştır. Bu yeni yasa ile, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin devlet hastanelerinde ücretsiz sona erdirilmesi, sosyal ve ekonomik nedenlerle gönüllü cerrahi sterilizasyon yasallaştırılmıştır. Ayrıca, yardımcı sağlık personelinin rahim içi araç (RIA) uygulama konusunda eğitilmesi amaçlanmış, aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde bir dizi önlemler alınmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı' nın yayınladığı en son Beş Yıllık Kalkınma Planı, dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefi ile uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak amacıyla nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücü yönünden niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlamıştır⁵.

1994 yılında Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın ardından nüfus ve kalkınma, kadının statüsü, üreme sağlığı gibi konularda dünya çapında önemli kararların alındığı bu dönemde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Strateji Planı 1997 yılında tamamlanmış, 2000 yılına kadar konan hedefler çerçevesinde kısmi olarak uygulanmıştır¹⁸. İlk stratejik plan üreme sağlığı alanındaki öncelikler doğrultusunda "2005-2015 Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı" adı altında gözden geçirilerek güncelleştirilmiştir. Güncelleştirmede, "Türkiye'nin Cinsel Sağlık-Üreme

Sağlığı açısından öncelikli sorunları nelerdir ?” sorusunun yanıtını vermeyi amaçlayan bir öncelik belirleme çalışması yapılarak sorunlar ortaya konmuştur. Bunlar; anne ölümlerinin gelişmiş ülkelere göre yüksek olması, aile planlaması konusunda karşılanmamış ihtiyacın varlığını sürdürmesi, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması, gençlerin Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı konusunda bilgi ve hizmet kaynaklarının sınırlı olmasıdır¹⁸. Bunlardan yola çıkarak da hedefler belirlenmiştir; 1.Anne ölümlerinin azaltılması ve engellenebilir faktörlerin kontrol edilmesi , 2.Aile planlamasında karşılanmamış ihtiyacın ortadan kaldırılması, 3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS sıklığının artmasının engellenmesi ve azaltılması, 4.Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı konusunda bilgi ve hizmet sunma kapasitesinin artırılması^{18,19}.

Stratejik planın ilk maddesi olan, anne ölümlerinin azaltılmasından yola çıkarsak, ülkemizde anne ölüm oranı konusunda yapılan çalışmalara göz atmak gerekecektir. Türkiye’de anne ölümleri konusunda yapılan üç ulusal çalışmada anne ölüm oranı; ikili kayıt tasarımına dayalı olarak 1974-75 yılları arasında yürütülen Türkiye Nüfus Araştırması’nda 100.000 canlı doğumda 208, 1989 yılında gerçekleştirilen kızkardeş yöntemi kullanılarak 1981 yılının anne ölümünün belirlendiği araştırmada 100.000 canlı doğumda 132, 1998 yılında Türkiye’nin 53 ilinde hastane temelli yapılan araştırmada 100.000 canlı doğumda 49,2 (sadece hastane anne ölümleri) olarak belirlenmiştir^{3,5,20}.

Yukarıda bahsedilen ulusal çalışmalar dışında anne ölümleri ile ilgili yapılmış bölgesel çalışmalar da vardır. Etimesgut ve Çubuk Eğitim Araştırma bölgelerinde 1973 -1983 yılları arasında meydana gelen anne ölümleri ile ilgili sözel otopsi ile yapılan değerlendirmede anne ölüm oranı

119/100.000 olarak bulunmuş, %58 oranında ölüm nedenini kanamanın oluşturduğu tespit edilmiştir²². 1986 yılında DSÖ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bakanlığı işbirliği ile Kahramanmaraş ve Adıyaman' da yapılan araştırmada, sırası ile anne ölüm oranı 284/100.000, 91/100.000 olarak bulunmuş, en çok görülen ölüm nedeninin kanama olduğu ve bu ölümlerin %90' nının önlenabilir olduğu belirlenmiştir²².

Uluslararası kuruluşların anne ölümlerine ilişkin göstergelere gösterdikleri ilgi, anne ölümlerine ilişkin mevcut bilginin miktarıyla tam olarak zıtlık göstermektedir. Türkiye'nin durumu, anne ölümlerine dair bilgi kıtlığı açısından istisna teşkil etmemektedir. Türkiye' de anne ölümlerinin düzeyi, anne ölümlerinin bileşenleri ve anne ölümlerindeki bölgeler arası farklılaşmaların aydınlatılması gereğinden yola çıkarak ülkemizdeki 2005 yılına ait veriyi sağlayan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması (UAÖA) , Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında yapılmıştır. UAÖA' nda hedef; Türkiye'de mevcut anne ölümleri konusundaki duruma dair, Türkiye geneli, 12 bölge ve kırsal/kentsel alanlar arasındaki farklılıklara odaklanarak anne ölümlülüğü göstergelerine ilişkin doğru veri sağlamak, temel anne ölüm nedenlerini ve anne ölümlerine katkıda bulunan önlenabilir nedenleri belirlemek, mevcut kayıt ve raporlama sistemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmak, politika yapıcılar ve planlayıcılar arasında anne ölümleri konusunda farkındalık oluşturarak uygun politikalar konusunda zemin hazırlamak olmuştur. Projedeki ana kantitatif veri toplama faaliyeti, Üreme Yaşındaki Ölümlülük Araştırması (RAMOS) veri toplama stratejisi kullanımı olmuştur. Tam bir hayati kayıt sistemine sahip olmayan ülkelerde gerçekleştirilen başarılı araştırmalarda olduğu gibi, ölümleri annelik/gebelik kaynaklı veya diğer nedenlerden kaynaklı olarak sınıflandırmak için hane halkıyla, sağlık hizmeti sunanlarla görüşme ve/veya sağlık kayıtlarının incelenmesi yöntemleri kullanılmıştır. Genel

ölümler arasında, ölümün annelikten kaynaklı nedenini değerlendirmek için sözel otopsi tekniğinin güvenilirlik ve geçerliliği ölçülmüş ve yüksek olduğu bulunmuştur. Definler hakkında bilgi sağlanmasında RAMOS tasarımı, kentsel alanlarda birincil kaynak mezarlık görevlileri, kırsal alanlarda ise köy muhtarı ve/veya ebeler olmuş, birincil kaynak, akrabalarından ölen kişi hakkında, ev adresi ve kişinin öldüğü yerin adresi dahil olmak üzere temel bilgileri edinmiştir. Eğer ölüm bir sağlık kuruluşunda ve/veya bir doktor eşliğinde gerçekleşiyse, ölen kişinin sağlık kuruluşu kayıtları incelenmiş ve/veya doktorla görüşülerek sağlık kurumu kayıt inceleme formu doldurulmuş, eğer ölüm bir sağlık kuruluşunda veya bir doktor eşliğinde gerçekleşmediyse veya ölüm nedeni tayin edilememişse, ölüm nedenini belirlemek için ölen kişinin ailesi ile sözel otopsi görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Sözel otopsi sonuçları ve/veya sağlık kuruluşu kayıtları, ölüm nedenini belirleyecek ve sonuçlandıracak olan Merkezi İnceleme Komite'sine gönderilmiş ve burada ölüm nedenleri ile gecikme modelleri analizleri yapılmıştır^{5,23}.

Tablo 10: Ülkemizde Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları

Yıllar	Anne Ölüm Oranı (Yüzbinde)
Türkiye Nüfus Araştırması 1974-1975	208
Türkiye Nüfus Araştırması 1989 (1981 anne ölüm oranıdır)	132
Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması 1998 (hastane kayıtları)	49,2
Ulusal Anne Ölüm Araştırması 2005	28,5
Anne Ölümleri Trendi: 1990–2008 -DSÖ	23

Ülkemizde 2008 yılına kadar olan süreçte anne ölüm oranına ait trend yukarıda gözlenmektedir. Anne Ölümleri İzleme Programı' nın yürütülmesinin ardından 2007,2008,2009 yıllarına ait oran tartışma

bölümünde yer alacaktır. Oranların ardından anne ölüm nedenlerinin ve önenebilirliğin irdelenmesi gerekmektedir.

Tablo 11: 1998 ve 2005 Araştırmalarında Anne Ölüm Nedenleri ve Önenebilirlik Durumu^{5,20}

	Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması - 1998 (Hastane kayıtları)	Ulusal Anne Ölüm Araştırması - 2005
Doğrudan Anne Ölümleri	%79.5	%78.8
Dolaylı Anne Ölümleri	%14.9	%21.2
Önlenbilir Anne Ölümleri	%73	%61.6

1998 ve 2005 yıllarında yapılan anne ölümleri araştırmaları^{5,20} değerlendirildiğinde dolaylı ölümlerin %14.9' dan %21.2' e yükseldiği görülmektedir. Ancak 1998 araştırmasının sadece hastane ölümlerini içeriyor olması, karşılaştırmada kısıtlılığa yol açmaktadır. Önenebilir vakaların oranında ise, 2005 anne ölümleri araştırması hem ev hem de hastane ölümlerini içeriyor olmasına rağmen %12' lik bir azalma olmuştur.

Tablo 12: 1998 ve 2005 Araştırmalarında Anne Ölümünün Sınıflandırılması^{5,20}

	Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması - 1998 (Hastane kayıtları)	Ulusal Anne Ölüm Araştırması - 2005
Doğrudan Anne Ölümleri		
Antepartum-Postpartum Kanama	%31.5	%25.3
Gebelikte Hipertansif Bzk.	%15.5	%18.4
Obstetrik Enfeksiyonlar	%9.7	%4,6
Dolaylı Anne Ölümleri		
Dolaşım Sistemi Hastalıklar	%5.2	%10.1

Bu tablo da yıllar ilerledikçe kanamaya ve enfeksiyona bağlı ölümlerdeki azalmanın trendini göstermektedir. Buna karşılık dolaylı ölümlerdeki özellikle dolaşım sistemi hastalıklarındaki artış önemsenmelidir.

Tablo 13: TNSA 1998-2003-2008 Sonuçlarının Karşılaştırılması^{25,26,27}

Göstergeler	TNSA-1998²⁵	TNSA-2003²⁶	TNSA-2008²⁷
Doğum Öncesi Bakım Alma (%)	68,5	81,4	92,0
Sağlık Personeli Yardımı ile Doğum(%)	80,6	83,0	91,3
Sağlık Kuruluşunda Doğum (%)	72,5	78,2	89,7
Bebek Ölüm Hızı (%0)	42,7	29	17,6
Aile Planlaması Yöntem Kullanma (%)	63,9	71,0	73,1
Toplam Doğurganlık Hızı	2,61	2,23	2,16

Anne ölümlerinde dünyadaki durum değerlendirilirken dünyadaki bölgelere ve gelir grubu ülke sınıflamasına göre, anne ölümüne etki eden tablo 13’ de yer alan bu değişkenler incelenmişti. 1998 yılından itibaren on yıllık süreçte son derece etkin bir gelişme sağlanmış, ülkemiz göstergeleri üst-orta gelir grubu ülke seviyesine ulaşmış, bazılarında o grubun da üstünde yer almış, bu durum anne ölüm oranındaki iyileşmeye de yansımış ve anne ölüm oranımız 2008’ de DSÖ’ nün yayınladığı 23/100.000 oranı ile Avrupa ortalamasına yaklaşmıştır. Artık biliyoruz ki; 10 annemizden 9’ u doğum öncesi bakım hizmeti almakta, eğitimli sağlık personeli ile sağlık kuruluşunda doğum yapabilmektedir.

2.4 Anne Ölümlerinin Önlenebilirliği

Anne ölümlerinin nedenleri ve nedenlerinin altında yatan faktörler, önlenebilirliğin belirlenmesinde ana çerçeveyi oluşturur.

DSÖ' nün de kullandığı Thaddeus & Maine tarafından 1994 yılında tanımlanan üç aşamalı gecikme modeli anne ölümüne yol açan nedenlerin altında yatan etkenleri anlamamıza, önlenebilirliği adına gereken stratejileri belirlememize yardımcı olur^{21,22}.

Bu gecikmeler;

1-Birinci Gecikme: Hizmet alma kararının verilmesinde yaşanan gecikme

- Anne ölümünün doğal kabul edilmesi
- Bilgi yetersizliği (sorunlar ve tehlike işaretlerine ilişkin)
- Kadının statüsündeki düşüklük (yoksulluk, eğitimsizlik, beslenme sorunları vb.)
- Hizmetin alımının karşısındaki sosyo-kültürel bariyerler:

Kadının tek başına karar verememesi, tek başına hareket yeteneğinin kısıtlı olması, kaynakların kadın tarafından kullanılmasının önündeki engeller, karar verme yetersizlikleri, gebelik ve doğum konusunda yanlış inanış ve uygulamalar

2-İkinci Gecikme: Hizmete ulaşmada yaşanan gecikme

- Ulaşım unsurlarındaki yetersizlik (ekonomik, coğrafi ve mevsimsel faktörler)

- Mesafenin uzak olması, yolların ve taşıt araçlarının yetersizliği
- Hizmete ulaşılmasını engelleyen organizasyon bozuklukları
- Yakında sağlık kuruluşunun olmaması

3-Üçüncü Gecikme: Hizmet sunulması sırasında yaşanan gecikme

- Sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği
- Ekip (personel) ve ekipman yetersizliği- İlaç, malzeme-alt yapı yetersizliği
- Hizmet sunucuların eğitim ve motivasyon eksikliği
- Mali yetersizlikler

Önlenebilir bir anne ölümünün, mutlaka bu gruplara dahil edilebilen, altında yatan bir gecikme modeli vardır. Gecikme modellerine ait değerlendirmenin ardından, annelerin neden hayatlarını kaybettiklerini irdeleyerek, bunların altında yatan gecikmelere ait unsurları anlamaya çalışalım.

Anneler Hayatını Nasıl Kaybeder ?

Anne ölümlerinin çoğu, komplikasyonların çok iyi bilinmesi ve yönetilmesi ile önlenebilir. Anne ölümlerini önlemek için ilk adım, kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini sağlamak, bu hizmete erişemeyen gebeliği istemeyen anneler için de güvenli düşük hizmetini sağlamaktır¹⁴. Komplikasyonlar önceden tahmin edilemez olduğundan, tüm kadınların özellikle doğumda eğitimli sağlık profesyonellerinden (skilled attendant) hizmet almaya ihtiyaçları vardır, yaşam ve ölüm arasındaki çizgide çok hızlı tedavi bu şekilde sağlanabilir. Örneğin, şiddetli

doğum sonrası kanama müdahale edilmez ise iki saat içinde sağlıklı bir kadını öldürebilir. Sepsis - çok ciddi enfeksiyon - anne ölümlerinin en sık ikinci nedenidir. Aseptik teknikler kullanılır, enfeksiyon belirtileri erken tanınır ve zamanında tedavi edilir ise sepsis engellenebilir. Üçüncü en sık neden, preeklampsi-eklampsidir ve gebelik sırasında tespit edilebilir, tespit edilmesine hatta uygun müdahaleye rağmen preklampsi doğum öncesi tedavi edilemiyebilir. Magnezyum sülfat gibi ilaçların kullanımı fatal olabilen konvülsiyon gelişme riskini azaltır. Anne ölümlerinin diğer en sık nedeni ilerlemeyen eylem-baş pelvis uyumsuzluğu, bebeğin abnormal transpozisyonudur. Travay takibinde partograf kullanımı bu durumun tanısında en önemli unsurdur, zamanında müdahale ve sezaryen uygulamasını sağlar. Partograf, doğum evrelerinde problemlerin erken tanısını sağlayan, anne ve fetal durumu ve doğumun ilerleyişini gösteren bir grafik, basit bir araçtır. Gebelikte antenatal bakım, eğitilmiş sağlık personeli (skilled attendant) yardımı ile doğum, doğum sonrası bakım anne için en gerekli üç unsurdur ve son derece maliyet etkin uygulamalardır¹⁴.

Skilled attendant –yetenekli görevli (eğitilmiş sağlık personeli); anne ve yenidoğanda komplikasyonların belirlenmesi, sevk ve yönetiminde, normal komplikasyonsuz gebelik, doğum ve postnatal periyodun yönetimi için ihtiyaç duyulan yetenekler için yeterliliğe dayalı eğitilmiş, doktor, hemşire veya ebe olan, yetkin sağlık profesyonelidir²⁸.

Skilled attendant –yetenekli görevli (eğitilmiş sağlık personeli) için gerekli beceri ve yetenekler:

Temel ebelik becerilerine sahip olmalı

Ülkeden ülkeye, ülkenin çeşitli bölgelerinde, kentsel ve kırsal alandaki farklılıkları dikkate alacak ek becerilere sahip olmalı

Sağlık sisteminin tüm düzeyinde aşağıda belirlenen temel fonksiyonların tümünü yapacak yetenek ve beceriye sahip olmalı;

-Kadın merkezli bakım sunabilmek için kadın haklarına saygılı tutum içinde etkin iletişim

-Gebelikte bireysel ihtiyaçları değerlendirebilmek için detaylı öykü alma, uygun danışmanlık ve rehberlik sunma

-HIV dahil olmak üzere özel tarama testlerinde gönüllü danışmanlık sunma

-Gebe ve onların ailelerini gebelik, doğum ve postnatal periyotta kendi öz bakımı, tehlike işaretleri, zamanında sevk, doğumun planlanması konusunda eğitme

-Etkili sevk ve hayat kurtaran işlemlerin yapılması için birinci basamak düzenlemeleri yapma

-Travay ve doğum sırasında anne ve bebeğin monitarizasyonu ile destekleyici bakımı sağlama

-Partograf kullanarak maternal ve fetal kaydı yapma, distres olursa tespit etme, ilerlemeyen eylemi tespit etme, sevk dahil gerekli önlemleri alma

-Normal vajinal doğumu yönetme

-Acil bakım verme ve doğumda yenidoğanı değerlendirme

-Yenidoğanda hayatı tehdit eden durumları tanımlama ve temel hayat kurtarıcı tedbirleri alma

-Yenidoğan resüsitasyonu da dahil olmak üzere doğumun yönetimine ait ihtiyaç duyulan komponentlere ait beceriye sahip olma

-Başarılı emzirme için annelere, ailelere ve yardımcılara emzirme ve emzirmenin sürekliliği için gerekli eğitimi verme

-Postnatal periyotta yenidoğan ve anne için zararlı durumları ve hastalıkları belirleme, hayat kurtaran prosedürleri bilerek yönetimini yapma, gerektiğinde sevki organize etme

-Doğum sonrası aile planlaması ve doğum aralığı konusunda danışmanlık verme ve ailelere cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konusunda eğitim verme

-Veri toplama, raporlama ve vaka değerlendirmeleri ile veri analizlerinde işbirliği

-Erişimin sınırlı olduğu ücra yerlerde birinci basamak sağlık düzeyinde çalışan bu görevliler aşağıdaki görevleri yapabilmelidir;

Vajinal doğumda forseps veya vakum ekstraksiyonu kullanabilme

Güvenli cerrahi müdahaleye ulaşımın mümkün olmadığı yerlerde, ilerlemeyen eylemin yönetiminde symphysiotomy yapabilme

-Sevk ve imkanların yeterli olduğu koşullarda;

Sezaryen yapabilme,

Kan transfüzyonu yapabilme²⁸.

Anne ölümleri, buzdağının görünen yüzünü oluşturur. Kayba yakın morbidite vakaları (near miss) ve buna bağlı gelişen özürlülük durumları (uzun süreli veya kalıcı sekeller) asıl buzdağının görünmeyen yüzüdür ve bu vakalara yönelik yürütülecek incelemeler anne ölümlerine neden olan önlenabilir faktörlere ait oluşturulacak politikalara son derece yardımcı olmaktadır²⁹. Kadının belki hayat boyu sürececek özürlülük durumu sadece kişisel ve ailevi trajedilere neden olmamakta ayrıca ülke için de büyük bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Afrika'da bu özürlülük durumu nedeni ile önümüzdeki on yıl için öngörülen ekonomik yükün 45000000000 \$ olacağı düşünülmektedir⁶. Tüm dünya ülkelerinde kayba yakın morbiditeye maruz kalan kadınların tam sayısını belirlemek zordur. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar ve maternal morbidite insidansı üzerine yayınlanmış çalışmalar bulunmaktadır, ancak bunlarda kullanılan morbidite ile ilgili farklı tanımlar nedeniyle çalışmalara ilişkin karşılaştırma yapmak zordur. Kayba yakın morbidite vakalarının (near miss) bu çalışmalara göre anne ölümü başına 1/118 ile 1/5 oranı arasında olduğu belirlenmiştir. Anne ölümlerinde önlenebilirlik tartışılır iken bu vakalar üzerinden hareket etmek gerekmektedir.

DSÖ verilerine göre her anne ölümü için 15-20 ciddi uzun vadeli komplikasyonlu vaka, 100' den fazla da akut morbidite epizotuna maruz kalacak anne olacağı belirtilmiştir³⁰. 1987 yılında, Güvenli Annelik programlarının uygulanmaya başlanması ile anne ölümlerinin sayısı, nedenleri, önlenabilir faktörler, etkili ve etkisiz müdahaleler hakkında insiyatifler gelişmeye başlamıştır. Anne sağlığını etkileyen faktörlerin yoksulluk, kadınların düşük sosyoekonomik durumu, kötü beslenme ve kadınların genel sağlık durumu, yetersiz kaliteli sağlık hizmetleri ve yetersiz kontrasepsiyon olduğu algısı oluşmuştur³⁰. Bir millet veya aileye ait yoksulluk, ülkede sağlık alt yapısının oluşturulmasını, kadınların sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanma gücünü olumsuz etkilemektedir. Hindistan' da kadınların doğum için sağlık kuruluşuna ulaşabilme oranları düşük olduğundan, bu durumda kadınlar eğitimli sağlık personelinin bakım hizmeti alamamakta ve doğumların %15' inde hayatı tehdit eden komplikasyon gelişmektedir. DSÖ' nün olmazsa olmazlarından biri doğumun eğitimli sağlık personeli tarafından yaptırılmasıdır. Prensipte olarak anne ölümleri, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gebelik gerçekleşti ise komplikasyonların önlenmesi, komplikasyonlarda etkin müdahalenin sağlanması ile önlenabilir. Bizim ülkemizde geçerli olmamakla birlikte birçok ülkede güvensiz düşüklere bağlı gebelik sonlandırma komplikasyonları ölümlerin yarısından sorumludur. Her yıl güvensiz düşük komplikasyonlarına bağlı 200.000 annenin öldüğü tahmin edilmektedir. Kontraseptif kullanımının artırılması, bilgi ve danışmanlığın artırılmasına yönelik çalışmalar anne ölümlerinin azaltılması için çok önemlidir ve bu sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi içinde yer alır. Sağlık sisteminin güçlendirilmesi, anne ölümünde etkili bir azalma sağlanması uzun vadeli çabalar gerektirir. Ülkede anne ölümlerinin azaltılması için siyasi irade tarafından desteklenen uzun vadeli bir güçlü plan geliştirmek gerektirir. Halkı eğitmek, politik kararların alınmasında en güçlü katalizör rolü oynar. Şili, Çin, Küba, İran ve Sri Lanka gibi anne ölümlerinin azaltılmasında başarılı olmuş ülkelerin yaptıklarını analiz etmek gerekir³⁰.

Hindistan Gujarat bölgesinde köylerin hastane veya sağlık ocağına uzaklığı 5-10 km olduğu halde hastalar ve yakınları, doğum öncesi bakım hizmeti için ihmalkar davranmakta ve sadece acil durumlarda hastaneye başvurmaktadır. Hindistan'da kadınların yüzde ellisi eğitilmiş sağlık personeli yardımı olmadan evde doğum yapmaktadırlar³⁰. Kadın ve çocuk sağlığı konusunda en iyi yatırım kadınlar için eğitim bilinci oluşturmak, kız çocuklarının temel eğitimi almasını sağlamaktır³⁰. Dünyada anne sağlık bakımında karşılanmamış ihtiyaç büyüktür. İyi düzenlenmiş klinik standartlar, yöneylem araştırmaları, obstetrisyenler, jinekolojistler, pediatrişter, hemşireler, ebeleri kapsayan mesleki dernekler, bütün bu karşılanmamış ihtiyaçların yerine koyulmasında önemli rol oynayabilir³⁰.

Anne ölümünün azaltılmasında, anne sağlığı için ülkelerde görev yapan güvenli annelik komitelerinin yanı sıra, uluslararası kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, toplum grupları, sağlık savunucuları ve tüm paydaşlar birlikte çalışmalıdır. Bu değerlendirme sonuçları, bilincin artırılması, politikacıların harekete geçmesi ve kaynakların seferber edilmesinde güçlü bir rol oynamalıdır⁶.

Anne sağlığı DSÖ'nün öncelikli alanlarından biridir. Güvenli gebelik departmanı, ülke ve bölge ofisleri kanalı ile anne sağlığının geliştirilmesinde üye ülkelere rehberlik etmektedir. Anne ölümlerinin azaltılmasında kanıta dayalı klinik rehberlik yapmaktadırlar. DSÖ güvenli ve verimli hizmet sunumu için bir takım kurallar zincirinden oluşan anne ve yenidoğanların ana problemlerinin yönetimine ilişkin "Gebe ve Yenidoğanın Entegre Yönetimi" başlığı altında toplanmış rehberleri yayınlamıştır. Rehberler, annelerin bakıma ulaşmasını sağlamak için

ihtiyaç duyulan yöntemler konusunda da yol göstericidir. Ebe ve doktorların eğitimi için de gerekli kritik aktiviteleri içeren eğitim modülleri mevcuttur. DSÖ aynı zamanda yüksek kaliteli hizmete erişimi arttırmak için birey, aile ve toplumun katılımını teşvik eder⁷.

Anne ölümleri 1990 ve 2005 yılları arasında bir miktar azalmıştır ancak önümüzdeki yıllarda çok daha hızlı bir oranda anne ölümlerinin azaltılması gerekmektedir. Güvenli olmayan düşükleri ve bunların komplikasyonlarını önlemek ve yönetmek, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları ve bu nedenle oluşan komplikasyonları önlemek için cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimi artırmak, yüksek kaliteli temel obstetrik bakım, gebelik ve doğumda bakım hizmetlerinin sunumunun sağlanması gerekmektedir⁸.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlıkta eşitsizliğin merkezinde yer alan sosyal faktörlerden biridir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanarak kadınların güçlendirilmesi Bin Yıl Kalkınma Hedefi 5'e ulaşmada yardımcı olacaktır. Anne ölümleri, eşitsizliğe duyarlı bir göstergedir Mevcut istatistikler, düşük eğitim düzeyindeki yoksul kadınların hamilelik ya da doğum sırasında ölüm riskinin en yüksek olduğunu göstermektedir. Kızlar için temel eğitimin arttırılması, aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, kadınların güçlendirilmesi anlamına gelir⁸.

Yapılan bir çalışmada anne ölümlerindeki en önemli sorunun, ölümlerin yetersiz raporlanması ve doğru ölüm nedenlerinin belirlenmesindeki zorluklar olduğu belirlenmiştir. Yüksek mortaliteye katkıda bulunan faktörleri belirlemek için çok sayıda araştırma gereklidir. Perinatal hemşireler ve birinci basamak hizmet sunucular anne ölümlerinin

nedenlerindeki mevcut eğilimleri belirlemede aktif rol alır. Örneğin annede aslında kardiyak dekompanzasyonun erken bulguları olan nefes darlığı, azalmış egzersiz toleransı aile tarafından gebeliğin ilerleyen sürecinde normal fizyolojik bir durum olarak yorumlanabilir. Perinatal hemşire, kardiyopulmoner arrestin habercisi olabilecek bu bulguları; artan nabız, solunum hızı ve kan basıncı değişikliklerini tanımalı ve anneye gereken müdahalenin yapılmasını sağlamalıdır. Perinatal üniteler eklampsi, hemoraji, ve kardiyopulmoner arrestin yönetimini içeren acil uygulamaları yapabilmelidir. Acil durumlar için yapılacak provalar, sağlık personelinin bu konudaki anksiyetesini azaltmaya yardım eder. Aktif sürveyans ile anne ölüm nedenlerinin tanımlanması, ölüm nedenlerine ilişkin erken müdahalelerin tanımlanarak başlatılması, önlenabilir anne ölümlerini azaltmada en etkin yoldur³¹.

2003 yılı Dünya Kongresi'nde FIGO-ICM işbirliği ile yürütecekleri, anne ölümlerinin en önemli nedeni olan postpartum kanamanın önlenmesi ile ilgili olarak sağlık personeline yönelik küresel bir inisiyatif başlatmış, buna ait on anahtar aktiviteyi açıklamıştır³².

Her yıl dünyada sekiz milyon kadın gebeliğe bağlı komplikasyon yaşamakta, bunların bir kısmı ölmektedir. Buna rağmen bu ölümlerin çoğu, sınırlı kaynaklarla, ekstra bütçe gerektirmeden önlenbilirdi. Anne ve bebeklerin hayatlarını kurtarmak için annelik hizmetlerinde geliştirme ve güçlendirmeye ilişkin değişiklik yapılacaksa doğru kaynaklardan doğru bilgiye ihtiyaç vardır. Daha detaylı bilgi, ölüm sertifikaları veya ulusal istatistiklerden sağlanamayabilir, anne ölümünün altında yatan diğer klinik, sosyal, kültürel faktörleri içeren daha detaylı bir anlayış gereklidir. **Anne**

ölümleri veya sakatlığına ilişkin yorumların yer aldığı, DSÖ programı veya felsefesine “Beyond The Numbers-Sayıların Ötesinde” denir³³.

“Beyond The Numbers-Sayıların Ötesinde” nin temelini oluşturan gizliliğe dayalı soruşturma (Confidential Enquiry), anne ölümüne ait eksik bilginin tamamlanması ve gerçek ölüm nedeninin belirlenmesinde önemlidir. Bunu uygulayan ülkelerde ölümlerin engellenmesi ve bakım kalitesinin artırılması gerekli inceleme ile mümkün olmaktadır³⁴. İngiltere’de bu sistem çok uzun yıllardır başarı ile uygulanmaktadır. Bu ayrıntılı ölüm incelemesi anne ölüm nedenlerinin altında yatan gerçek nedenlerin belirlenmesi ve özellikle gecikme modellerinin tanımlanmasında çok etkindir.

2.5 Dünyada Anne  l mlerine İlişkin Yapılan Araştırmalar

İngiltere’de yapılan bir çalışmada belirtildiği üzere; anne ölümlerinde en dramatik düşüş Rochdale adlı fakir end str  kasabasında yaşanmıştır.1928 yılında 100.000 canlı doğumda 900’  n üzerinde ( lke ortalamasının iki katından fazla) olan anne ölümü 6 yılın sonunda, üstelik endüstriyel çöküşün olduğu bir dönemde 1934’ de 280/100.000’ e düşürülmüştür. Bölgesel halk sağlığı departmanı toplumda ve anne ölümleri ile ilgili hastanelerde gizli soruşturma yürüterek ölümlerin nedenlerini araştırmıştır. Üstelik bu düşüş personel sayısı ve kamu harcamalarında herhangi bir değişiklik olmadan sağlanmıştır^{6,35}. Kadınların en fazla anne ölümüne yol açan kanama, eklampsi, sepsis konusunda bilgi eksikliği, komplikasyonlara ait tehlike işaretlerinin bilinmemesi konusundaki eksiklikleri tamamlanmış, halk sağlığı eğitim kampanyaları düzenlenmiştir. Hızla, forceps ve diğer doğum teknikleri ile ilgili çalışmalar yapılmış, gereksiz obstetrik uygulamaları azaltmak için ebe ve sağlık profesyonellerinin, anne bakımına ait yeni standartlar ve obstetrik uygulamalarla ilgili eğitimleri yapılmıştır. Yayınlanan rapor, fabrika yöneticileri, basın vb. kurumlarla paylaşılarak çeşitli platformlarda komplikasyonların semptom ve tehlike işaretleri, antenatal bakımın gerekliliği konusunda toplumsal duyarlılık arttırılmıştır⁶.

İngiltere’ de 1952 yılından beri anne ölümleri gizlilik esaslı raporlanmaktadır³⁶. Ulusal veri tabanlarındaki veriler, anne ölümlerinde rol oynayan faktörler açısından değerlendirilmekte ve tanımlanmaktadır. Bu değerlendirmeler sonucu görülmektedir ki; **sosyoekonomik durum açısından dezavantajlı grubu oluşturan kadınlar sosyoekonomik durumu yüksek kadınlara göre 20 kat daha dezavantajlıdır. Yine beyaz olmayan kadınların oluşturduğu etnik grupların, beyaz**

kadınlara göre ölüm riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir^{6,36}. Ayrıca rapor ölen kadınların %12' sinin önceden evde şiddete maruz kaldığını, ***%20' sinin rutin dört antenatal bakım hizmetini almadığını*** ve ilk bakımı 24. gebelik haftasından sonra aldığını göstermiştir. ***Raporda anne ölümlerini artıran ilişkili diğer faktörlerin, 18 yaşın altında olma, ileri maternal yaş, obezite, artan parite, çoğul gebelik (özellikle invitro fertilizasyon), önceden var olan sağlık sorunları olduğu belirtilmiştir.*** 40'ın üzerinde vakanın intihar veya şiddet görme ile, 11' inin kaza ile yüksek doz ilaç alımı şeklinde sonuçlandığı görülmüştür. Doğum sonrası ilk bir yılda meydana gelen tüm anne ölümlerinin en önemli üç nedeninden birinin intihar olduğu, gebelik süresince tanımlanmayan depresyonların olduğu, toplumdaki 18-44 yaş arası depresyon ve intihar oranlarının yüksekliği düşünüldüğünde bu durumun sürpriz olmadığı saptanmıştır³⁶.

İngiltere'de uygulanan, gizlilik esaslı değerlendirmede (Confidential Enquiry) ölüme yol açan en sık faktörün, düzenli sağlık hizmeti alamama ve hizmete ulaşamama olduğu tespit edilmiştir. Bu eşitsizlikler İngiltere Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Ulusal Hizmet Çerçevesinin temel yapı taşı oluşturmuştur⁶.

Arjantin' de sağlık kurumu dışında ölen kadınlar arasındaki anne ölümlerinin değerlendirilmesi için bir çalışma yapılmıştır. Sözel otopsi tekniği kullanılarak anne ölümlerinde üç gecikme modeli üzerinden anne ölümleri tanımlanmıştır. 2002 yılında Arjantin'de 5 ilde sağlık kuruluşları dışında ölen 252 kadına ait sözel otopsi yapılmış, bunlar içinden 15 anne ölümü bulunmuştur. Kanama anne ölümünün en sık nedeni olarak belirlenmiştir. ***Bu ölümlerin % 79 unda kaliteli bakım hizmeti alma ve hizmete erişimde gecikme yaşanmıştır.*** Annelerin ciddi semptomlar ve

tehlike işaretlerini anlaması için gerekli müdahaleleri geliştirmek, anne ölümlerini azaltmak için bakımın kalitesini ve erişimini geliştirmek gerektiği sonucuna varılmıştır³⁷.

Arjantin’ de yapılan bir diğer çalışmaya göre anne ölüm oranı son 10 yılda sabit kalmıştır. 2002 yılında yüzbinde 46 tespit edilmiştir, ancak iller arası farklılıklar vardır . **Buenos Aires’ te yüzbinde 14 olan oran, Formosa’ da yüzbinde 166 ile 12 kat fazladır.** Vakaların ölüm nedeninin %31 abortus komplikasyonu, %53 doğrudan obstetrik nedenler, %16’sının dolaylı obstetrik nedenler olduğu görülmüştür. **Anne ölümü vakalarında sorunun sağlık hizmetine erişim, acil obstetrik vaka yönetim yeteneği, bakım kalitesi ve sağlık bakım sistemindeki yapısal yetmezlikten kaynaklandığı belirlenmiştir.** Araştırma üç komponent üzerinden planlanmıştır; 1)Ölüm nedenlerinin dağılımı, anne ölümlerinin kayıt altına alınma düzeyini belirlemek için toplum temelli çalışma 2) Anne ölümleri ile ilgili risk faktörlerini belirlemek için toplum temelli çalışma 3)Sözel otopsi ile sağlık hizmetlerinde zamanında ve etkin müdahaleyi engelleyen faktörleri tespit etmek. Çalışmada ölüm belgeleri, taburcu kayıtları, hastane istatistik ve klinik kayıtları kullanılmıştır 25 vakaya sözel otopsi uygulanmıştır. Bunların 11’i abortus komplikasyonu olan, 14’ü diğer obstetrik nedenli vakadır. Sözel otopside üç gecikme modeli sorgulanmıştır. 2002 yılı boyunca çalışma illerinde 10-49 yaş arası 1516 kadın ölmüştür. Bu ölümlerin %69’ u sağlık kuruluşunda meydana gelmiştir. Anne ölümlerinin ana nedenleri; %27.4 abortus komplikasyonları, %22.1 kanama, %9.5 enfeksiyon/sepsis, %8.4 hipertansif bozukluklar olarak tespit edilmiştir. Yaş grupların bakıldığında %23’ ünün adolesan, %53.8’inin 20-34 yaş aralığında, %23’ ünün 35 yaş üzerinde olduğu belirlenmiştir. **24 saat aktif görevde bir kadın hastalıkları doğum uzmanının olmaması ve temel obstetrik bakım eksikliği anne ölüm riskinde sekiz misli artışa neden olmuştur. Konu**

ile ilgili programların uygulanmadığı hastanelerde anne ölüm riski 5,5 kat fazla bulunmuştur. Aynı zamanda 35 yaş üzerinde olmanın ve multiparitenin ölüm riskini arttırdığı belirlenmiştir³⁸. Yaş ile anne ölümü riski arasında lineer bir ilişki bulunmuş. Hastaneye ait riskler belirlenirken, temel obstetrik bakımın verilmesi, acil obstetrik bakımın verilmesi, konu ile ilgili programların yürütülmesi, yıllık doğum sayısı, personelin abortus sonrası bakım ve doğum konusundaki eğitim düzeyinin en önemli faktörler olduğu görülmüştür. **Yıllık doğum sayısı arttıkça hastaneye ait anne ölüm riski azalmaktaydı. Anne yaşındaki her on yıllık artış anne ölüm riskini iki kat, küçük hastanelerde doğum ise on kat arttırmaktaydı. Sözel otopsiler gecikme modellerini ortaya koymuştur. Birinci gecikmede, anneler fiziksel semptomları ve tehlike işaretlerini tanıyamıyorlardı** ve özellikle illegal abortuslar bu grupta yer alıyordu. Ölen annelerden birinin arkadaşı, anneye ait kanama ve iltihabı gördüğünü ancak anneyi hastaneye gitmeye ikna edemediği için pişmanlık duyduğunu belirtmişti. **İkinci gecikmede en çok transport zorluğu ve yakındaki sağlık kuruluşuna ait hizmet sınırlılığı (kapasite eksikliği) vardı. Klinik karar verme ve tanıda hatalar, tıbbi malzeme eksikliği, obstetrik acillerin yönetimindeki hatalar üçüncü gecikmeyi oluşturan unsurlardı.** Verilen bir örnekte; annenin kan ihtiyacı olmuş, cumartesi günü kan donörleri aranarak arkadaşlar içinden uygun kan bulunmuş, ancak hafta sonu olduğundan kan bankasında personel bulunamamış, şehirde dokuz kilometre mesafedeki başka sağlık kuruluşuna kan için yönlendirilmiştir. Bu durumun sağlık ağındaki koordinasyon eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir. **Hastane yapısı (temel ve acil obstetrik bakım hizmeti sunumunda nitelikli profesyonel uzmanların varlığı, uygun malzeme donanımı) ölüm için en belirleyici faktördü ve bunların yokluğunda ölüm dokuz kat artmaktaydı.** Sözel otopsi, çeşitli sosyal ve kültürel faktörlerin zamanında ve etkin müdahalede önemli olduğunu gösterdi. Aile ve toplum içinde özellikle küretaj ile ilgili başarısız işlemlerin gizlenmesi, gecikmenin

nedenlerinden biridir. Çalışmanın sonucunda anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik tavsiyeler³⁸:

-Sağlık ağının yeniden düzenlenmesi, zamanında sevke teşvik edilmesi

- Kanıta dayalı en iyi uygulamalar baz alınarak temel –acil obstetrik bakım için tıbbi sarf malzemeleri, hizmetler ve sağlık profesyonellerinin güçlendirilmesi^{38,39},

-Sağlık ekipleri ve toplum katılımı ile özellikle kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi

-Vakum aspirasyonu ve düşük sonrası kontrasepsiyon danışmanlığı ve temini ile güvenli olmayan düşüklere bağlı ortaya çıkan problemlerin önlenmesi

-Abortusun yasal hale getirilerek, hayatı tehdit eden tehlikeli abortus uygulamalarının, özellikle fakir bölgelerdeki kadın popülasyonda önlenmesi

-Anne ölümleri sürveyansı için sağlık istatistikleri departmanları ve anne-çocuk sağlığı ve epidemiyoloji ünitelerinin güçlendirilmesi

-Bu bilginin yayılması, anne ölümü ile ilgili kamu bilincinin geliştirilmesi, siyasi katılım ve bununla yerel yönetimler tarafından yenilikçi çözümler geliştirilmesinin sağlanması

İspanya’ da yapılan bir çalışmada, anne ölümlerinde 1996-2005 yılları arasında yaşa bağlı trend analizi yapılmıştır⁴⁰. Yüksek mortalite için, ilişkili sosyodemografik faktörler ve ölüm nedenleri tanımlanmıştır. İspanya’da 35 yaş üstü canlı doğumlar Avrupa ortalamasının %15 üzerindedir, bu nedenle **anne ölümleri de 35-44 yaş grubu arasında, 35**

yaş altındakilere göre 3 kat fazla bulunmuştur⁴⁰.

Anne ölümleri için ulusal tahminlerin yapılmasında, DSÖ'nün analizlerine ait temel yaklaşımın anlatıldığı 2005 yılında yapılan çalışmada; eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum, bebek ölüm hızı, kişi başı sağlık harcamaları, nüfus artış hızı, 15-49 yaş erkek popülasyondaki ölüm olasılığı, kadınların net okullaşma oranı, kentsel nüfus oranı, kontraseptif kullanma prevalansı üzerinde durulan temel göstergeler olarak belirtilmiştir. Artan sağlık harcamalarının sadece nitelikli bakımı destekleyen önemli bir gösterge değil, aynı zamanda genel sağlık alt yapısının da gelişimini gösterdiği belirtilmiştir. **Bunların içinde ulusal tahminlerde önemli ilk üç göstergenin, eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum, bebek ölüm hızı, kişi başına düşen sağlık harcamaları olduğu gösterilmiştir⁴¹.**

Mısır'da 1992-1993 ve 2000 yılında iki anne ölümleri araştırması yapılmıştır. İki çalışmada da hayati istatistikler kullanılıp anket uygulanmış, anne ölüm nedenleri ve önlenabilirlik faktörleri için halkla görüşmeler düzenlenmiştir. Araştırma sonucunda **Yukarı Mısır' da anne ölüm oranının, aşağı Mısır' dan çok daha yüksek olduğu** görülmüş, uygulanan Güvenli Annelik Programları ile 2000 yılında bu oran olumlu düzeyde değişmiştir. Anne ölüm oranı sekiz yıllık süreçte yüzbin canlı doğumda 174' den 84'e gerilemiş, %52'lik azalma tespit edilmiştir. **Önlenbilir faktörler, sağlık hizmet sunucuları tarafından sunulan bakımın yetersizliği, anne için sorunları tanıma ve tıbbi bakım aramada ki gecikmeler olarak tespit edilmiştir.** Müfredat gözden geçirilmiş, sağlık personelinin eğitimi güçlendirilmiş, hizmet standartları ve tıbbi protokoller yayınlanmış, başarılı toplum sosyal yardım programları, medya kampanyaları düzenlenmiş, sağlık kuruluşları kan, ilaç, alt yapı,

ekipman kapasiteleri güçlendirilmiştir. Tüm bunlar ile **anne ölüm oranındaki düzelme çok belirgin olmuş ancak bu çalışmaların doğum öncesi bakıma etkisi en az olarak gerçekleşmiştir**. Kanama nedeni ile meydana gelen anne ölümleri çok azalmıştır, ancak kanama anne ölümlerinde birinci neden olmaya devam etmiştir. Güvenli Annelik Programları' nın etkisi, etki ve sonuç göstergeleri ile görülmüştür. Araştırmalar sonucu elde edilenlere dayanarak Mısır Ulusal Anne Ölümleri Sürveyans Sistemi geliştirilmiştir⁴¹.

Norveç' te yapılan bir çalışmada 1976 ile 1995 yılları arasında meydana gelen doğrudan anne ölümleri rapor edilmiş, standart bakım değerlendirilmiş ve ölüm nedenleri belirlenmiştir. Çalışmada hastane vaka kayıtları ve anne ölümleri otopsi raporları incelenmiştir. Anne ölümleri sınıflandırılmış, optimal koşullarda ölümlerin önlenebilirlikleri ile ilgili olarak o anda geçerli olan klinik rehberler ışığında bakım ile ilgili yetersizlikler belirlenmiştir. Bu periyotta 61 doğrudan anne ölümü meydana gelmiştir ve oran doğrudan anne ölümleri için yüzbinde 5.5' tur. Yeterli bilgi ile bu vakaların 51' inde analiz yapmak mümkün olmuştur. 6 vaka erken gebelik döneminde meydana gelmiştir. **45 kadından 32' si sezaryen olmuş ve bu vakaların yarısından çoğunda operasyona bağlı komplikasyon gelişmiştir. Standart bakım ile önlenmesi mümkün 49 vaka değerlendirilmiştir. Bunların 21' inde standart bakım yetersizliği tespit edilmiş, 27 vakanın da önlenme potansiyeline sahip olduğu görülmüştür**. Ölüm nedenlerinin en çok tromboemboli ve gebeliğin hipertansif hastalıklarının komplikasyonları olduğu görülmüş, anne ölümlerinin çoğunlukla sezaryen doğumla ilişkili olduğu ve önlenebilirlik potansiyelinin var olduğu görülmüştür⁴³.

Haiti Karayipler, anne ölüm oranının en yüksek olduğu ülkelerden biridir. Haitili kadınlarda yapılan longitüdinale kohort çalışmasında 12 anne ölümü analiz edilmiştir. Herbir ölümü çevreleyen medikal ve sosyal durumları açıklayabilmek, üç gecikme modeline göre vakaları değerlendirmek için aile ve arkadaş görüşmeleri yapılmıştır. **12 vakanın 8'inde tıbbi bakım almak için karar alma da gecikme, 2' sinde transportta gecikme, 7' sinde sağlık kuruluşunda yetersiz bakım alma nedeni ile gecikme yaşanmıştır. Aile ve arkadaş görüşmeleri; mevcut sağlık kuruluşlarına ve tıbbi bakıma olan güven eksikliğinin, bakım almaya geç karar verme ya da hiç bakım almama da önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur.** Sonuç olarak; obstetrik acillerin tanınmasında toplumun bilgi kapasitesinin güçlendirilmesi, mevcut sevk ağlarının kapsamının yaygınlaştırılması, sağlık kurumlarının kaliteli obstetrik bakım hizmeti sunmak için kapasitelerinin güçlendirilmesinin gerektiği önerilerinde bulunulmuştur⁴⁴.

Nairobi' de yapılan bir çalışmada üç gecikme modelinin, üçüncü gecikmesi ölümler açısından incelenmiştir. Eğitimli sağlık personeli ile doğum, kaliteli acil obstetrik bakım hizmeti, ilaç ve ekipman yeterliliği değerlendirilmiştir. 25 sağlık kuruluşunu kapsayan anket görüşmeleri yapılmıştır. Sağlık personelinin eğitim düzeyi, kullanılan obstetrik bakım prosedürleri, sevk sistemi, ekipman yeterliliği, sağlık yönetim bilgi sistemi ile ilgili bilgi toplanmıştır. **Özellikle Nairobi gecekondü bölgelerinde acil obstetrik bakım hizmetlerinin zayıf olduğu ve geliştirilmesine ihtiyaç olduğu görülmüştür.** Hem kamu hem özel sektörde obstetrik komplikasyonların engellenmesi için sağlık personeli eğitimi, temel donanım ve ekipmanın sağlanması gerektiği vurgulanmıştır⁴⁵.

Hindistan Maharashtra’ da 400 köyde 1993-1995 yıllarında meydana gelen anne ölümlerini kapsayan retrospektif vaka kontrol çalışmasında 121 anne ölümü ile benzer gebelik komplikasyonlarını yaşayan ancak kurtulan anneler incelenmiştir. **Vakalarda bakım alma kararının verilmesinin ardından bakıma ulaşmanın çok uzun zaman aldığı belirlenmiştir. Yapılan çok değişkenli analizde belirlenen koruyucu faktörler, köyün sağlık kuruluşuna yakın oluşu, köyde eğitilmiş ebe-hemşire varlığı, eğitilmiş sağlık personeli ile doğum, eğitilmiş eş, evde hastalığın zamanında farkına varacak aile bireyi varlığı, sosyoekonomik faktörlerdir. Kadının eğitim durumu, hastalandığında hizmet almaya karar vermede tek başına etkili olamamaktadır.** Aile içi şiddetin ölüm nedenleri içindeki önemli yeri vurgulanmıştır. Ölen annelerin bebekleri de önemli oranda ilk bir yılda ölmekte idi. **Ne yazık ki resmi kayıtlarda ölen annelerin üçte ikisinden çoğunun ölüm nedeni belli değildi**⁴⁶. Birçok ülkenin hayati kayıt sistemlerinde anne ölümlerinin eksik raporlandığı bilinmektedir. Birden fazla kaynak yöntemi ile ölümlerin çalışması pratik olmayabilir, ama çapraz kontrol veri güvenilirliğinde temeldir. Gebeliğe bağlı ölümlerin ICD 10 tanımları içinde yerini bulması çok önemlidir. Özel durumlar vardır. Aile içi şiddet günümüzde yapılan çalışmalarda anne ölümü tanımı içinde yer almasa da gebeliğe bağlı ölümler içerisinde %15.7 paya sahiptir ve doğum sonu kanamadan sonra ikinci en büyük nedendir, bu nedenle ölümlerin önlenmesinde sadece anne ölümlerini değil gebeliğe bağlı ölümlerin bütününe değerlendirmek en uygun yoldur. Bu çalışmada anne ölümlerinin tıbbi nedenleri dünyada görülen resme uygundur ancak küretaj sonrası ölümler şaşırtıcı bulunmuştur ve bu durumda septik abotuslara işaret etmektedir. **Gelişmekte olan ülkelerde kadınların yarısı sağlık kuruluşu dışında ölmektedir. Bu da her iki durumu açıklamaktadır; özellikle postpartum kanamalarda komplikasyon bulgularının başlamasından sonra müdahale için çok kısa zaman olduğu düşünülürse, hem bakım almaya karar vermede hemde sağlık**

sisteminde müdahalede gecikme yaşanmaktadır^{21,22,46}. Bilgi-eğitim-iletişim çalışmalarının artması ile erkek katılımının artması, acil durumlar için hazırlıklı olmayı güçlendirir. İkametin sağlık kuruluşundan uzak olması, finansal sorunlar gecikmenin ikinci aşamasıdır ve acil ulaşımın önündeki engeldir. Lojistik faktörlerin güçlendirilmesi, finansal kredi şemalarının oluşturulması gerekmektedir. **Annenin ilk başvurduğu merkezde alternatif sevk yollarının ve kuruluşlarının bilinmesi buna göre yönlendirme yapılması çok önemlidir. Hem özel hem kamu çoğu sağlık kuruluşlarındaki yetersizlik obstetrik komplikasyonların tanısı ve komplikasyonlarla başa çıkmayı güçleştirmektedir. Aşamalı hiyerarşik sevk sisteminin oluşturulması, hangi kuruluşun yeterli olduğunun bilinmesi, uygunsuz tavsiyelerin atlanarak doğru noktaya annenin sevkinin gerçekleştirilmesi zaman kullanımında çok önemlidir.** Alt düzey sağlık kuruluşlarının da teknik donanımının ve kapasitesinin geliştirilmesi gerekir. Kanama ile başvuran bir anneye en azından intramusküler oksitosin uygulaması, kan yoksa volüm genişleticilerin uygulanması, plasentanin elle halasının yapılabilmesi sevkte zaman kazandırabilir ve bundan sonraki aşamada kan transfüzyonu uygulanabilecek, kanın mevcut olduğu en yakın en yeterli merkeze sevk gerçekleşmelidir. Sağlık kuruluşlarındaki hastane yönetimi ve idari barikatlar da hizmete ulaşmada engel teşkil edebilmektedir⁴⁶.

20.yüzyılda gebelik komplikasyonlarından ölüm riski gitikçe azalmaya başlamış olmasına rağmen bizim onların önlenmesi için ihtiyaç duyduğumuz potansiyel değişiklikleri, hangi ölümlerin önlenilme potansiyelinin yüksek olduğunu çok iyi algılamamız gerekmektedir. Kuzey Carolina’ da yapılan bir çalışmada 1995-1999 yılları arasında meydana gelen 108 gebeliğe bağlı ölüm Gebelikle İlgili Ölümleri İnceleme Komitesi tarafından detaylı olarak incelenmiştir. Her ölüm için ölüm nedeni

belirlenmiş, önlenabilirlikleri incelenmiştir. **Gebeliğe bağlı ölümlerin %40'ının önlenabilirlik potansiyeline sahip olduğu görülmüştür. Kanama ve kronik hastalıkların komplikasyonlarına bağlı meydana gelen ölümlerin nerede ise tümünün önlenabilirlik potansiyeline sahip olduğu, bunun yanında amniyotik sıvı embolisi, mikroanjiyopatik hemolitik anemi, serebrovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin önlenilme potansiyelinin çok çok düşük olduğu belirtilmiştir.** Beyaz kadınların %33' ünün, Afrikalı Amerikanlar'ın %46'sının ölümünün engellenebileceği gözlenmiştir. **Medikal bakımın kalitesinin artırılması ile ölümlerin yarısının önlenileceği gösterilmiştir.** Gebeliğe bağlı ölümlerin derinlemesine incelenmesinin , güvenli gebelik için ihtiyaç duyulan stratejilerin tanımlanmasına yardımcı olacağı sonucuna varılmıştır⁴⁷.

Bir başka çalışma, Suriye' de anne ölümlerinin biyomedikal ve diğer nedenlerini belirlemek ve önlenebilirliğini değerlendirmek için yapılmıştır. Bu çalışma Suriye' de anne ölümlerinin nedenlerinin belirlendiği ve önlenebilirliğinin test edildiği ilk nüfus tabanlı çalışmadır. Gebeliğe bağlı ölümleri tanımlamak için üreme çağındaki kadınlar için mortalite çalışması (RAMOS) tasarlanmıştır. 2003 yılı için ulusal sivil kayıtlardan retrospektif olarak raporlanan 15-49 yaş arası tüm kadın ölümleri ev görüşmeleri ile incelenmiştir. Sözel otopsi ve doktorlar ile yapılan panellerle gebeliğe bağlı ölümlerin kesin nedenleri, altta yatan önlenebilirlik durumları belirlenmiştir. 129 anne ölümüne ait sonuçlar değerlendirilmiştir. **Ölümlerin %88'i doğrudan nedenlerden kaynaklanmış ve bunların %65'i kanamaya bağlı meydana gelmişti. Anne ölümlerinin %54' ü travay ve doğum sırasında meydana gelmişti. Yine ölümlerin %54' ü sağlık hizmet sunucuların klinik bilgi, beceri ve müdahale eksikliği nedeni ile meydana gelmişti. Ölümlerin %91' inin önlenilir olduğu bulunmuştur.** Gebeliğe bağlı ölümler, 15-

49 yaş kadın ölümlerinin %13' ünü oluşturmaktaydı. Gelişmekte olan ülkelerde güvensiz küretaja bağlı meydana gelen ölüm oranı bu çalışmadaki orandan fazladır. Bunun nedeninin küretajın Suriye' de legal olmaması ve sözel otopsi sırasında bilginin saklanması olduğu düşünülmüştür. ***Postpartum kanama veya uterin rüptür nedeni ile ölen annelerin de bakım hizmetine ulaşamama, sağlık profesyonelleri tarafından sunulan nitelik ve kalitesi düşük bakım hizmetine maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ailelerin bakım almada yaşadığı gecikme anne ölümlerinde major etken olarak bulunmamıştır.*** Suriye'de evde doğum yapan ve ölen anneler sadece %5' tir. ***Bununla birlikte acil transport ve formal sevk sisteminin her ikisindeki eksikliğe bağlı hastaneler arasında çok fazla hareket vardır. Sevk ve acil transport, Suriye' de sağlık sisteminde geliştirilmesi gereken zayıf noktalardan idi.*** Çalışmadaki sınırlılıklar; kadın ölümlerinde %20-30 kayıtsızlık oranının olması, ölüm nedenlerinin belgelendirilmesinde ve kodlanmasındaki eksiklikler olarak belirlenmiştir. Önlenebilirlikteki en önemli nedenin substandart bakım olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki bulgulara dayanarak, Suriye' de anne ölümlerini azaltmak için bir dizi tavsiyelerde bulunulmuştur; acil obstetrik bakım için ülkenin kanıta dayalı standart protokolleri geliştirmeye ve uygulamaya acilen ihtiyacı vardır, sağlık personelinin iyi uygulamalar için eğitimi, bu yolla kadınlara kaliteli doğum öncesi bakım hizmeti verilmesi, son yıllarda hastanede doğum oranlarının artması ile birlikte yetersiz olduğu bilinmektedir. Sözel otopsi çalışmaları güçlendirilmeli, hastanelerde anne ölümleri inceleme kurulları oluşturulmalı, ölüm kayıtları eksiksiz yapılmalı ve ölüm nedenlerinin doğru tespiti sağlanmalıdır⁴⁸.

Danimarka' da anne ölümleri geçen yüzyıldan bu yana hem hastane hem ulusal kayıtlarda raporlanmaktadır. Bu çalışma 1985-1994 arasında Danimarka da ulusal medikal kayıtlarda mevcut gebeliğe bağlı

ölümlerin klasifiye edilmesi, analizi için yapılmıştır. Tıbbi kayıtlar ve ölüm belgeleri karşılıklı olarak incelenmiştir. **Ölümlerin %29.6' sı gebeliğin sonlandırılmasını takiben 42 gün içinde meydana gelmiştir.** Doğrudan anne ölümlerinin **birincil nedeni gebeliğe bağlı hipertansif bozukluklardır.** Anne ölüm oranı 9.8/100.000 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma Danimarka' da ulusal verilere dayanarak hazırlanan ilk sistematik rapordur ve yapılacak prospektif çalışmalar için yol gösterici olması amaçlanmıştır⁴⁹.

Bu çalışma Danimarka' da anne ölümlerinin tanımlanması, sınıflanması ve değerlendirilmesi için bir metod tanımlamak için yapılmıştır. 2002-2006 yılları arasında hastane kayıtları, ölüm sertifikaları, sağlık kurulu kayıtlarından anne ölümlerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Ulusal bir denetim komitesi doğrudan ve dolaylı anne ölümlerinin hastane kayıtlarını incelemiş, anne ölüm oranı, ölümlerin nedenleri, suboptimal bakım değerlendirilmiştir. Çalışma süresince 26 anne ölümü gerçekleşmiş, anne ölüm oranı 8/100.000 olarak belirlenmiştir. Ölüm nedenleri, kardiyak hastalıklar, tromboemboli, gebeliğin hipertansif bozuklukları, intihar, amniyotik sıvı embolisi, serebrovasküler kanama, astım ve diyabettir. **Anne ölümleri hastaneler ve departmanlar arasında, yoğun bakım ve sevk ünitelerinin özellikle multidisipliner çalışmalarını gerektirir. Gebelerde nadir görülen ve hayatı tehdit eden durumlarla ilişkili multidisipliner beceri eğitimleri ve ekip eğitimleri düzenlenmelidir.** Danimarka gibi küçük bir ülkede anne ölümleri çok nadir görüldüğünden kolaylıkla tanınabilir. Benzer ülkeler arasında sağlık sistemlerinde işbirliği ile sınıflandırma için ortak kriterlerin tespiti, sonuçların yorumlanması, klinik bakım için yeterli tavsiyelerde bulunulması gerekliliği belirtilmiştir⁵⁰.

Yapılan bir çalışmada 1997-2002 yılları arasında dünyada yapılan araştırmalar, yayınlar taranmıştır. 65.000 abstract ve başlık incelenmiştir. 4626 tam metin raporu değerlendirilmiş, 2443' ü incelemeye dahil edilmiştir. Geniş çaplı bu sistematik incelemede, teknik ve lojistik her iki düzeyin önündeki zorluklar tartışılmıştır. Çalışmalardaki tanımlar, tanı prosedürleri gözden geçirilmiş, ne kadar standartize olduğuna bakılmıştır. Elde edilecek sonuçlar ile Milenyumun ilk on yılı için ulaşılan sonuçları değerlendirmek için geliştirilecek modelleme üzerinde çalışılmıştır⁵¹.

Gambia da 1993-1998 yılları arasında rapor edilen 74 üreme çağındaki kadın ölümünün içinde yer alan 18 anne ölümüne sözel otopsi yapılmıştır. Çalışmada aynı dönemde meydana gelen canlı doğum sayısına dayanarak anne ölüm oranı 424/100.000 olarak belirlenmiştir. 18 anne ölümünün 9' u doğrudan anne ölümü olarak bulunmuş, bunların 6 sı hemoraji, 2 si erken gebelik ölümü, 1 ilerlemeyen eylem olarak belirlenmiştir. ***Obstetrik sevk için sağlık bakımının düşük standartları, toplumsal düzeyde problemin tanısındaki yetersizlik, sağlık hizmeti aramaya karar verme sürecinde yaşanan gecikme, sevkte gecikme, birinci basamak sağlık hizmetlerinde substandart bakım, anne ölümlerinin önlenmesi mümkün faktörleri olarak sıralanmıştır***⁵².

Rusya Federasyonunda St.Petersburg' da anne ölümlerinin düzeyi ve nedenlerini belirlemek için yapılan çalışmada, 1992-2003 yılları arasında çeşitli kaynaklardan toplanan bilgi ile gebeliğe bağlı ölüm verileri toplanmıştır. Bağımsız bir inceleme grubu, ICD 10 sınıflaması ve gizliliğe dayalı soruşturmayı kullanarak tüm vakaları (üç yıllık intervallerle) sınıflandırmış ve incelemiştir. Çalışma periyodu boyunca anne ölüm oranı 43/100.000 bulunmuştur. ***Yıllar içinde doğrudan ölümlerde ciddi düşüş***

görülmüştür. 1992-1994 periyodunda doğrudan anne ölüm oranı 49.8 iken 2001-2003 intervalinde 18.5 e düşmüştür. Sepsis ve hemoraji doğrudan anne ölümlerinin ana nedenleridir. Sepsise bağlı ölümlerin önemli kısmı abortusa bağlıdır. Ancak son çalışma intervaline doğru bu nedenle ölümlerin sayısı da gittikçe azalmıştır. St.Petersburg ölüm oranları halen Avrupa' ya göre beş kat fazladır. Sepsis ve hemoraji için acil bakım, abortus yönetiminin güçlendirilmesi, gebelikte enfeksiyon hastalıklarının kontrolünün daha iyi tanımlanmasına ihtiyaç vardır. **Doğrudan obstetrik ölümlerin %33 ünün önlenabilir, %38 inin şartlı olarak önlenabilir, %29 unun önlenemez olduğu, dolaylı anne ölümlerinin ise %81 inin önlenemez olduğu bulunmuştur.** Önlenabilir ve şartlı olarak önlenabilir ölümlerin de oranı üç yıllık intervaller ilerledikçe ilk üç yıllık intervale göre önemli ölçüde düşmüştür⁵³.

Bir çalışma da Moğolistan' da 1992 ile 2007 arasındaki anne ölümlerindeki düşüş eğilimini tanımlamak için yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve diğer partnerler tarafından 2001' den itibaren yürütülen Anne Ölümleri Azaltma Stratejisinin etkilerini de içeren bu çalışmada; Sağlık Bakanlığı'ndan sağlanan ve Moğolistan sağlık kayıt sisteminden sağlanan anne ölüm verilerinin tanımlayıcı analizi yapılmıştır. Çalışmada hem 2001-2004, 2005-2010 Anne Ölümleri Azaltma Stratejisinin temel komponentleri yorumlanmış, hem de 1992-2007 arası anne ölüm oranları değerlendirilmiştir. 2001-2007 yılları arasında Moğolistan da anne ölüm oranı 169/100.000 den 89.6/100.000 e düşerek %47 civarında azalmıştır. **Anne ölümlerindeki farklılıklar ülkelerin düşük veya yüksek kaynaklara sahip olmaları, sağlık eşitsizliği ile ilişkilidir. Düşük kaynağa sahip ülkeler için, anne ölümlerini düşürme, işbirliği stratejileri ile mümkündür; sağlık bakanlıkları, ulusal ve uluslararası kuruluşlar da dahil olmak üzere önemli ortaklar, donörler, sağlık**

profesyonelleri, medya, sivil toplum örgütleri ve kamuoyunun işbirliği gereklidir⁵⁴.

Moğolistan da 2001-2004,2005-2010 Anne Ölümleri Azaltma Stratejisi;

-Anne ölümlerini azaltmada uygun bir toplum ve çevre oluşturma seferberliği yapılmalı, karar alıcılar, politika yapıcılar, genel kamunun katılımı sağlanmalı

-Tüm müşteri odaklı hizmetlerde, obstetrik bakım paketi ile sağlık bakım sisteminin tüm düzeylerde kalitesi artırılmalı

-Obstetrik bakımın tüm kademelerinde anne ve çocuk kapsamlı bakım paketi ile ilgili standartlar geliştirilmeli ve tanıtılmalı

-Merkezi hükümet ve yerel kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, donör ülkeler ve uluslararası kuruluşlar, sağlık kurumları, basın ajansları ile organize kitle iletişim araçları ile daha çok sağlık hizmetlerinden yoksun savunmasız gruplar için güvenli annelik konularında aile eğitimleri düzenlenmeli

-Merkezi ve yerel düzeydeki toplum kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarını güvenli annelik faaliyetlerine katılımı için teşvik etmeli

-Tüm düzeylerde danışmanlık ve güvenli annelik hizmetlerinin yönetimi artırılmalı

-Sağlık personelinin bilgi ve becerisi geliştirilerek, çalışma performansına göre maaş veya çeşitli mükafatlandırma yöntemleri oluşturulmalı

-Sağlık bakım-doğum sistemlerinin tüm düzeylerinde gebelik komplikasyonlarının erken tanısı sağlanmalı, bir üst düzeye zamanında sevk için rehberler oluşturarak uygulanmalı

-Kadınların eşleri, diğer aile ve toplum üyelerinin katılımını arttırarak gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar önlenmeli ve zamanında güvenli annelik hizmetlerine erişim sağlanmalı

-Üreme sağlığı hizmetlerine özellikle, anne ve yenidoğan hizmetlerine erişimi sağlayarak kalitesini arttırmak için uluslar arası standartlar ve kanıta dayalı uygulamalar hızla geliştirilmeli⁵⁴.

İlişkili makalelerde, Dr.Tsu ve Goodburn gelişmekte olan dünyada anne ölümlerine karşı koymaya ilişkin stratejileri incelemiş, hizmet sunucuların, bilgi ve teknolojiyi geliştirerek nüksleri önlemek için uygulama sistemlerinin geliştirilmesinde aktif rol alması gerektiğini belirtmiřtir⁵⁵.

Yapılan sistematik bir incelemenin yer aldığı çalışmada, anne ölümlerinin azaltılmasının önemli bir uluslararası kalkınma hedefi olduğu, kanıta dayalı sağlık politikaları ve anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik programlar için geçerli güvenilir bilgilere ihtiyacımız olduğu belirtilmiştir. Anne ölümlerinin nedenlerinin dağılımının belirlenmesi için sistematik bir inceleme yapılmıştır. Önceden belirlenmiş kriterlere göre veri setleri seçilmiş, metodolojik özellikler, anne ölümlerinin nedenleri kaydedilmiştir. En az dört ana neden olmak üzere (kanama, hipertansif bozukluklar, sepsis, kürtaj, zor doğum, dış gebelik, emboli) anne ölümlerinin ortak nedenleri analiz edilmiştir. Ülkeler ve coğrafi düzeyde kanama, hipertansif bozukluklar, sepsis ve abortusa bağlı ölümlerin değerlendirilmesi yapılmış, 34 data setinde 35197 anne ölümü değerlendirilmiştir. ***Anne ölümlerinin nedenlerinde bölgesel varyasyonlar tespit edilmiş; Afrika'da ölümlerin %33.9, Asya' da %30.8' inin kanama nedeni ile meydana gelirken, Latin Amerika ve Karayiplerde hipertansif bozuklukların çoğu ölümler için %25.7 sonuç neden olduğu bulunmuştur ve bu bölgede bazı ülkelerde ölümlerin %30' undan çoğunun abortusa bağlı ölümler olduğu görölmüştür. Sepsise bağlı ölümler Afrika, Asya, Latin Amerika ve Karayiplerde,***

gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Kanama ve hipertansif hastalıklar, gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri için önde gelen sebeplerdendir. Bu verilerin bölgesel ve ulusal düzeyde kanıta dayalı üreme sağlığı politikaları ve programlarında kullanılması gerekmektedir. Hastalık çalışmalarının kalitesinin artırılması, kapasitesinin güçlendirilmesinin gelecek tahminlerin doğruluğunu güçlendireceği belirtilmiştir⁵⁶.

Bu yazıda, farklı ülkelerdeki anne ölümlerini değerlendirme örneklerinden yola çıkarak, doğrudan ve dolaylı her iki anne ölüm nedenleri için ihtiyaç duyulan anne sağlığını iyileştirici müdahaleler, değerlendirme, izlem ve planlamaları gözden geçirilmiştir. ***Doğrudan ve dolaylı anne ölümlerinin sınıflandırılması, farklılığı konusu dikkate alınmazsa, anne ölümlerinin ana nedenlerinin ihmali, müdahalelerin eksikliği veya başarısının tahmini konusunda yanıltıcılığa yol açarak, müdahalelerin total anne ölüm oranı üzerindeki etkisi ile ilgili gerçekçi olamayan beklentilere neden olur ve sonuç olarak kaynakların etkin kullanımını engeller denmiştir.*** Örneğin acil obstetrik bakım ve doğumda eğitimli sağlık personeli bulunması konusundaki çalışmalar güçlendirilerek, doğrudan anne ölümleri azaltılabilir, ancak dolaylı anne ölümlerinin azaltılması konusundaki yetersizlik total anne ölüm oranının değişmemesine neden olur. Anne ölümleri yükünün adreslemesinin iyi yapılması gerekmektedir. Bir değerlendirme, kaynakları etkin kullanıyor olsa da olmasa da dikkat ve müdahale gerektiren alanları iyi tanımlamalıdır. Anne ölümlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesinde dolaylı nedenlerin yer almasındaki eksiklik, program planlaması üzerinde önemli etkilere sahiptir. Örneğin, Gana da orta bölgede yapılan müdahalenin etkileri, anne ölümleri oranına ilişkin tek gösterge kullanılsa idi, doğrudan ve dolaylı anne ölümleri belirlenmese idi, gösterilemeyebilirdi. Obstetrik ölümler üzerinde ülkelerin yoğunlaşmış

kalite iyileştirme çabaları, HIV / AIDS, kalp hastalığı, orak hücreli anemi hastalığı, astım, epidemik salgınların etkisi ve bu dolaylı ölümler üzerindeki çalışmaların yetersizliği nedeni ile anne ölümlerindeki düşüşü gölgeler. Yağışlı mevsimlerde Ruanda da sıtmadan anne ölümlerinin artması gibi, McCaw-Binns ve arkadaşları Jamaika da doğrudan obstetrik ölümler azalmakta iken HIV / AIDS ile ilgili anne ölümlerinin artması üzerine anne ölümlerinde genel bir artış olduğunu çalışmalarında göstermişlerdir⁵⁷. Doğrudan ve dolaylı anne ölümleri arasındaki farklılaşmaları anlamak için öncelikle anne ölümlerine ait bilginin yeterli toplanması ve detaylı olması gerekmektedir. Dolaylı anne ölüm vakalarının kadın doğum servisleri dışında hospitalize edilmesi ve ölümün buralarda gerçekleşmesi, bunların kayıtsız kalması anlamına da gelebilir⁵⁸. Ölüm kayıtları halen birçok ülkede sıkıntılıdır, özellikle hastane dışı doğumlar ve ölümlerin olduğu durumda. Sağlık hizmetlerine erişim, gelişmekte olan ülkelerde sınırlıdır ve buralarda genellikle ölümlerin çoğunluğu bir hastane ya da sağlık kuruluşunda değil, toplum içinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum söz konusu iken bildirimin kaçacağı grubun da daha çok obstetrik nedenlere bağlı olmadığından dolaylı ölümler olacağı bilinmektedir. Sözel otopsi uygulamasının, hayati kayıt sisteminde eksiklik olan, sağlık personeli yardımı ile doğumun düşük, doğum bildirimlerinin düşük olduğu ülkelerde anne ölüm nedeninin belirlenebilmesinde en çok kullanılan yol olduğu bilinmektedir⁹. Birisi ile görüşmede, son derece yetersiz tıbbi bilgi alınması, bulgular, semptomlar, ölüm şartlarından ölüm nedeninin ortaya çıkarılmasında hata payının yüksek olması da kaçınılmazdır. Araştırmalar günümüzde veri analizinin yapılması, anne ölümlerinin belirlenmesi ve tanımlanmasında en etkili metodların geliştirilmesi rolünü üstlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin sayısı, doğrudan ve dolaylı anne ölümü arasındaki ayrımını yapacak detaylı veriyi sağlamak açısından sınırlıdır, bu ülkelerde program planlayıcıların, veri bildirim ve kalitesini arttırma hedefini anne sağlığı programları içinde değerlendirmesi gerekmektedir. Güney Afrika da özellikle dolaylı ölümlerin vurgulanması için anne ölüm

sisteminde gizliliğe dayalı sorgulamanın acilen, politika ve planlama girişimleri tarafından ele alınması gerekmektedir ki bu durum kurulu olan sistem tarafından kullanılmamaktadır⁵⁹.

Milenyum Kalkınma Hedefleri 5' e yönelik ilerlemenin net olmaması göz önüne alındığında, bu hedefi gerçekleştirmek için, en iyi sağlık bakımına ilişkin müdahaleler ve stratejiler tanımlanmalı ve kanıta dayalı uygulamalar ortaya konmalıdır. ***Abou Zahr' ın işaret ettiği gibi, "ölüm ve sakatlıklara ilişkin hem doğrudan hem de dolaylı nedenlere ilişkin obstetrik morbidite ve mortalite yükünün kapsamlı analizi" gerekmektedir⁶⁰. Böylelikle doğrudan ve dolaylı anne ölümlerini ayırt etme daha doğru yapılacak, müdahaleler ve izleme ile programlarının değerlendirilmesine olanak sağlayacak, başarısızlıkların doğru adreslenmesi sağlanacak, aslında farklı bağlamlarda neyin işe yaradığını tespitte katkıda bulunacaktır. Doğrudan-dolaylı ikiliğinin önemi ile ilgili bilgiler, daha sonra hangi anne ölümlerinin yükünün fazla olduğu ve bunların en yüksek olduğu bölgelere kaynakların optimum tahsisinin sağlanmasının planlanması aşamasında kullanılmalıdır.*** Bu çalışmada; "Gelecekteki araştırmalar için, anne ölüm verilerinin doğrudan anne ölümlerinin ve toplam anne ölüm eğilimleri üzerinde dolaylı anne ölümlerinin etkisinin belirlenmesi için model öneriyoruz. Bu Milenyum Kalkınma Hedefleri 5 yönünde uygulanan çalışmaları değerlendirmek, gerekli olan ilerlemeyi kaydetmek için daha doğru bir ölçüm sağlayacaktır" denmiştir⁵⁹.

Ülkemizde bir kadın hastalıkları ve eğitim hastanesinde yapılan çalışmada 1982 ile 2001 yılları arasında hastanede meydana gelen anne ölümlerinin nedenleri 20 yıllık periyot için tanımlanmıştır. Anne ölümleri

ve buna uygun alınan kontrol grubu retrospektif olarak incelenmiştir. 430.559 canlı doğum meydana gelmiş anne ölüm oranı 40.4/100.000 olarak (1982' de 85.1/100.000, 2001' de 11.6/100.000) belirlenmiştir. Ölümlerin %74.7' si doğrudan, %11.4' ü dolaylı, %13.7' si abortusa bağlı nedenlerden meydana gelmiştir. ***Doğrudan nedenlerle meydana gelen vakaların %30.4 ü preeklampsi-eklampsi, %16.1 i enfeksiyon, %18.3 ü obstetrik hemoraji, %10.3' ü emboli nedeni idi.*** Abortusa bağlı sepsis ve kanama, anestezi komplikasyonlarına bağlı ölümler, obstetrik sepsis, gebeliğin akut karaciğer yağlanması ve ektopik gebeliğe bağlı nedenler ölümlerin diğer doğrudan nedenleri idi. Emboli dışında kalan hipertansiyon, enfeksiyon, kanama nedeni ile meydana gelen birçok ölümün önlenabilir olduğu kabul edildi. Dolaylı ölümlerin en önemli nedeni ise kardiyovasküler hastalıklardı. ***Sevk, antenatal bakım eksikliği, fetal ölüm ile hastaneye başvurunun, anne ölüm riskini sırası ile 8-3-6 kat artırdığı bulunmuştur.*** Anne ölüm oranları hastanede özellikle son beş yılda hızla azalmıştır ancak halen yüksek kabul edilebilir. Anne ölümüne ilişkin sorun multifaktöriyeldir. Tıbbi ve idari uygulamaları geliştirmeye odaklanmış kısa vadeli hedefler olmalıdır. Kadınların statüsünü artırma, uzun vadeli bir hedef olmaya devam etmektedir⁶¹. Fetal ölüm ile başvuran annelerde anne ölüm riski daha fazlaydı çünkü bu hastalarda fetal ölüm sonrası böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının bozulmasına bağlı olarak kanama problemleri ve diseminan intravasküler koagülasyon daha fazla geliyordu⁶². Hastanenin çalışmasında ana neden preeklampsi-eklampsi idi, eklampsi vakalarına ait komplikasyonların geç ortaya çıkması⁶¹, yüksek risk grubunun tanınması ve bunlara sunulan antenatal bakım hizmetinin güçlendirilmesi, yüksek riskli gebelerin erken sevkı anne ölümlerini azaltmaya yardımcı olabilirdi. Antenatal bakımın eksikliği, tedavinin uygulanmasında bilgi eksikliği, özellikle kırsal alanda hastanın veya doktorun hastaya ulaşmasında yaşanan gecikme, geç veya yetersiz sevk, günümüzdeki çalışmalarda gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklara bağlı anne ölümlerinin çoğunun nedenini açıklamaktadır. Hemoraji ve

emboli de anne ölümlerinde ilk dört neden içerisinde yer almaktadır. Obstetrik hemoraji çok hızlı gelişebilir ve yaşamı tehdit eder, hastanede doğum bunun için ön koşuldur. Emboli için, hastada derin ven trombozu olması, ailesel hikaye tromboprofilaksi uygulamasını gerektirebilir. Kadınların yaşadıkları alan, alacakları hizmet için çok önem taşır, kırsal alandaki bir kadın için fiziksel, sosyal, ekonomik bariyerler, yüksek düzeyde bakım almasını ve sevk engelleyebilir. En yakın sevk kuruluşunda yerel hastanede sezaryen doğum mümkün olmayabilir, eğitilmiş personel, ekipman eksikliği olabilir. İlk önce yapılması gereken güçlü aile planlaması hizmetleri ile istenmeyen gebeliklerin önlenmesini sağlamaktır. Gebelik meydana geldi ise iyi bir danışmanlık ile tehlike işaretlerinin tanınmasını sağlamak, risklerin erken tanısı ve tedavisini sağlayacak, obstetrik komplikasyonları önleyecektir. Dünyada anne ölümlerinin azaltılması, hem sağlık politikaları hem de küresel politikalar için çok önemlidir. Evrensel örgün eğitimin güçlendirilmesi, sosyal eşitsizliğe karşı en etkili faktördür. Bunun olumlu üreme davranışı üzerindeki etkisi de yadsınamaz. ***Çalışma göstermiştir ki ev doğumlarına bağlı gelişen şiddetli kanama ve obstetrik enfeksiyonlara bağlı komplikasyonlar çok büyük oranda hastanede güçlendirilmiş bakım hizmeti ile önlenmiştir. Son yıllarda antibiyotik tedavilerinin güçlendirilmesi, 1983' teki yasadan sonra küretajın yasal hale gelmesi ve abortus komplikasyonlarının azalması sepsise bağlı ölümleri son derece azaltmıştır***⁶¹. Bu çalışmada gizli sorgulama sisteminin oluşturularak ölümlerin altında yatan asıl detaylı nedenlerin de anlaşılması gerektiği vurgulanmıştır. Doğum öncesi bakım standartlarının geliştirilmesi ve ülke çapında uygulanması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca bu standartların mezuniyet sonrası eğitimde değerlendirilmesi ve önerilerde bulunulması için de önem taşıdığı belirtilmiştir. ***Bazı anne ölümlerinin kaçınılmaz gibi görünseler de %80' inde standart altı uygulamalar nedeni ile hala yapacak çok şey olduğu görülmüştür***⁶¹.

Yapılan “Maternal Ölümler ve Maternal Kayba Yakın Morbidite Vakaları – DSÖ 2005 Global Maternal Perinatal Sağlık Araştırması” nda, maternal ölüm tahminleri için bu vaka tanımlarının kullanışlılığının test edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma hem maternal faktörler hem de perinatal sonuçları açısından 2004 yılında DSÖ tarafından çoklu ülkede çok merkezli olarak tasarlanmıştır. Hem seçilmiş kurumlarda (8 Latin Amerika ülkesi, 120 hastanede) ortaya çıkan maternal ve perinatal sonuçlar ile sezaryen doğum arasındaki ilişki için hem de Afrika, Asya, Latin Amerika’da maternal komplikasyonlara ait veri toplanmıştır. 2005 yılında DSÖ tarafından kayba yakın morbidite vakaları ile ilgili kriterler henüz belirlenmemiş durumda iken çalışmada gebelik, doğum, doğum sonrası bir haftalık süreçte oluşan anne ölümlerine ait 5 faktör için prediktif değer oluşturmak adına datada toplanan mevcut bilgi kullanılmıştır. ***Bu beş faktör; yoğun bakım ünitesinde yatma, kan transfüzyonu, histerektomi, eklampsi, kardiyak veya renal komplikasyonlar olarak belirlenmiş, bu beş faktörün ciddi maternal morbiditeyi gösteren faktörlerin kombinasyonu olduğu kabul edilmiştir.*** 96.000 üzerinde canlı doğuma ait bilgi toplanmıştır, Postpartum 7. güne kadar 28 anne ölümü meydana gelmiştir. 2964 kadın belirlenen beş faktör için risk grubunu oluşturmuştur. ***Riskli grupta %95 güven aralığında ölüm riskinin 21 kat fazla olduğu belirlenmiştir.*** Şu anki gebeliği sezaryen ile sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, önceki gebeliğinde sezaryen olanların ciddi morbidite riski vardı. Sezaryen iatrojenik maternal morbidite ve mortalite nedeni olarak belirtilmiştir. Şu ana kadar dünyada yapılan en büyük veriye sahip maternal komplikasyon araştırması olduğu belirtilmiştir⁶².

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Araştırma bölgesi tüm Türkiye' dir. Araştırmada, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü' ne 2007-2008-2009 yıllarında tüm mezra, köy, belde, ilçe, illerden bildirimi yapılmış anne ölümleri kullanılmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği süreçte ülke nüfusu ve meydana gelen ölüm sayıları aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 14: 2007-2008-2009 Türkiye Nüfusu ve Ölüm Sayıları ^{64,65}

	Nüfus	Ölüm Sayısı	15-49 Yaş Kadın Ölümü Sayısı	Anne Ölümü Sayısı
2007	70.256.000	447.000	7611	283
2008	71.079.000	454.000	7818	256
2009	71.897.000	461.000	Yayınlanmadı	241

3.2 Araştırmanın Tipi

2007-2008-2009 yıllarında ülkemizde meydana gelen tüm anne ölümlerinin analizini kapsayan çalışma kesitsel tiptedir.

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırma kapsamına Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü'ne 2007-2008-2009 yıllarında bildirim yapılmış, komisyonlarda incelenmiş, tesadüfi kaynaklı olmadığı belirlenmiş, anne ölümü olduğu doğrulanmış tüm ülke verisi alınmıştır.

3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler;

Annelerin,

- Yaş
- Gebelik Sayısı
- Doğum Sayısı
- Doğum Öncesi Bakım Sayısı
- Gebelik Sonucu
- Doğum Şekli
- Doğum ve Düşüğün Gerçekleştiği Yer
- Ölümün Gerçekleştiği Yer
- Ölen Annelerin Gebelik Süresi (Hafta)
- Ölümün Meydana Geldiği Dönem
- Risk Durumu

Bağımlı Değişkenler;

Annelerin ölüm sürecine ait,

- Gecikme varlığı
- Gecikme modeli tipi
- Risk durumu (Hem bağımlı hem bağımsız değişken olarak ele alınmıştır)
- Önlenebilirlik durumu

3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı

Araştırma analizinde kullanılan yöntem öncesinde Sağlık Bakanlığı'nın Anne Ölümleri İzlemi Programı kapsamında oluşturduğu veri sistemi hakkında bilgi vermek uygun olacaktır. Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasının tamamlanmasının ardından oluşturulan Anne Ölümleri İzleme Programı kapsamında "Anne Ölümleri Veri Sistemi" uygulanmaya başlamıştır⁶⁶. Veri sisteminin yapısını hem araştırmada kullanılan RAMOS hem de DSÖ tarafından benimsenen "Sayıların Ötesinde"² rehberinde yer alan yöntem (gizlilik mahremiyet esaslı çalışma, üç gecikme modeli, sözel otopsi kullanımı, inceleme komisyonlarının oluşturulması) oluşturmuştur.

Programdaki veri kaynağı, defin ruhsatı veren sağlık personeli ve yetkili kişiler olmakla birlikte, tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarından da aylık bildirimler ile veri sağlanmasıdır. Her sağlık grup başkanlığı ve sağlık ocağında veri sistemi sorumlusu bulunmaktadır. Bu kişiler defin ruhsatı vermekle yetkili kişilerden (belediye tabibi, muhtarlar, sağlık ocağı vb.) aylık veri bildiriminin temininden sorumludurlar. Gizliliğe dayalı yaklaşımın kullanıldığı sistemde, il düzeyinde İl Anne Ölümlerini Tespit ve Önleme

Birimi (Sağlık Müdür Yardımcısının Başkanlığında, AÇSAP Şube Müdürü, Sağlık Ocakları Şube Müdürü, Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürü ve Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdüründen oluşur. Birimin sekreterlik hizmetleri AÇSAP Şube Müdürlüğü tarafından yürütülür) **ile İl İnceleme Komisyonunda** (il Program Sorumlusu ile varsa Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanı, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Uzmanı, İç Hastalıkları Uzmanı, yoksa doğum hizmeti veren birimde çalışan Pratisyen Hekimden oluşur. Her uzmanlık dalı için 2 hekim mevcuttur, AÇSAP Şube Müdürü ekibin çalışmalarına nezaret eder) **vakalar incelenmektedir. Daha sonraki aşamada merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı Ön İnceleme Komisyonu** (AÇSAP Genel Müdürlüğü'nde görev yapan 1 Pratisyen Hekim , 1 Ebe-hemşire, görevlendirilmiş 3 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, 1 İç Hastalıkları Uzmanı, 1 Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Uzmanından oluşur) **ve Merkez İnceleme Komisyonlarında** (Merkez İnceleme Komisyonu AÇSAP Genel Müdürü veya Genel Müdür Yardımcısı, Daire Başkanı başkanlığında toplanır, 8 Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı, 1 İç Hastalıkları Uzmanı, 1 Kardiyoloji Uzmanı, 1 Kardiyovasküler cerrah, 2 Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Uzmanı, 3 Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Uzmanı, 3 Patoloji Uzmanı, 1 Aile Hekimi, 1 Beyin Cerrahisi Uzmanı, 2 Ebe, 1 Sağlık Müdürü, 1 Sağlık Müdür Yardımcısı ve 1 AÇSAP Şube Müdürü'nden oluşur) **her anne ölümü ICD 10 hastalık istatistikleri sınıflaması ve üç gecikme modeli yaklaşımı çerçevesinde incelenmekte olup önlenabilirlik durumları belirlenmekte, ilgili sağlık kuruluşu ve sağlık personeline yapılan geri bildirimlerle sonuçlar paylaşılmaktadır**⁶⁶.

Ulusal Anne Ölümleri Veri Sistemi

81 il defin raporu veren
ve ölümün gerçekleştiği
sağlık kuruluşları

Köy muhtarları
Sağlık ocakları
Belediye tabipleri
Hastaneler
Jandarma

Veri bildirimi

İl Sağlık Müdürlüğü Anne Ölümleri İnceleme
Komisyonunda değerlendirme
(2 kadın doğum, 2 çocuk hastalıkları,
2 iç hastalıkları uzmanı, şube müdürü)

Veri analizi
Sonuç yorumlama
Karara varma

Üç gecikme modeli
ICD 10 tanı kodu
Önlenebilirlik durumu

Sağlık Bakanlığı
Merkez İnceleme Komisyonu

Sağlık Bakanlığı Ön İnceleme Komisyonu
(2 kadın doğum uzmanı, 1 dahiliye uzmanı,
1 anestezi uzmanı, 2 pratisyen hekim, 1
ebe hemşire)

ihmal/kusur → inceleme

Sağlık örgütleri/ Medya /STK/
Geri bildirim

Ulusal / Bölgesel politikalar
AÖ azaltmak için öneriler

Yukarıda şematize edilen veri sistemi kapsamında sahadan aylık verilerin toplanmasında ve değerlendirilmesine aşağıdaki form ve raporlar kullanılmaktadır⁶⁶;

- Defin Listesi
- Defin Bildirim Formu
- Kadın Ölümleri Soru Kağıdı
- Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu

- Sağlık Kuruluşu Dosyası
- İl Bildirim Formu
- İl İnceleme Komisyonu Raporu
- Ön İnceleme ve Merkezi İnceleme Komisyonu Raporları

Araştırmada Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü' ne 2007-2008-2009 yıllarında bildiri yapılmış, komisyonlarda incelenmiş, tesadüfi kaynaklı olmadığı belirlenmiş, anne ölümü olduğu doğrulanmış tüm veri kullanılmıştır. Verilerin incelenmesinde yukarıda adı geçen tüm formlardan yararlanılmıştır.

3.6 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracının Uygulanması ve Kısıtlılıklar

2007-2008-2009 yıllarına ait 780 anne ölümü dosyası, ilgili makamdan alınan izin doğrultusunda, anne ölümleri komisyon raporlarında yer almayan veya eksik kalan değişkenler açısından (özellikle risk durumu, alınan doğum öncesi bakım sayısı vb.) tek tek geriye dönerek incelenmiş, gerekli görüldüğünde ölümün meydana geldiği il sağlık müdürlüğü ile iletişime geçerek eksik bilgi tamamlanmıştır.

Çalışma sırasında, haneye ait adres değişiklikleri, ailenin bilgi vermek istememesi, hafıza faktörü, sağlık kuruluşu dosyalarındaki bilgi eksikliği (gözlem, tanısal yaklaşım, tedavi uygulamaları, müdahaleler), otopsi yapılan vakaların raporlarının sonuçlanma süresinin oldukça uzun olması araştırmada kısıtlılıklara yol açmıştır. Bu da analizlerde

değişkenlere göre iki ile otuz üç vaka sayısı arasında değişen eksik değerlendirmelere neden olmuştur.

Ayrıca annelerin eğitim durumuna ait verinin 2009 yılı için mevcut olduğu halde 2007 ve 2008 yılları için sağlıklı olmaması, yine ailenin sosyoekonomik durumuna ait bilginin, birçok ailenin bilgi vermek istememesi nedeni ile toplanamaması, bu iki değişken açısından analiz yapılmasını engellemiştir.

3.7 Araştırma Yöntemi ve İstatistiksel Metod

Anne ölümlerinin incelenmesinde izlenen yol “Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı” bölümünde detaylı bir şekilde belirtilmiştir. Burada inceleme sırasında kullanılan tanımlar ve yöntem konusuna tekrar değinilecektir.

-Anne Ölümü; bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği, kazalara bağlı veya tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümdür

-Anne ölümünün meydana geldiği süreçte yaşanan gecikme modelleri;

Birinci Gecikme Modeli: Hizmet alma kararının verilmesinde yaşanan gecikme; “sorunlar ve tehlike işaretlerine ilişkin bilgi yetersizliği kadının statüsündeki düşüklük (yoksulluk, eğitimsizlik, beslenme sorunları vb.) hizmetin alımının karşısındaki sosyo-kültürel bariyerler: kadının tek başına

karar verememesi, kaynakların kadın tarafından kullanılamasının önündeki engeller, yanlış inanış ve uygulamalar”

İkinci Gecikme Modeli: Hizmete ulaşmada yaşanan gecikme; “ulaşım unsurlarındaki yetersizlik (ekonomik, coğrafi ve mevsimsel faktörler), yakında sağlık kuruluşunun olmaması”

Üçüncü Gecikme Modeli: Hizmet sunulması sırasında yaşanan gecikme; “sağlık hizmeti veren kuruluşların yetersizliği, ekip (personel) ve ekipman-alt yapı yetersizliği, hizmet sunucuların eğitim ve motivasyon eksikliği”

Anne Ölümleri İzleme Programı kapsamında oluşturulan inceleme komisyonlarının, anne ölümlerinin önlenebilirliğine ait aldıkları kararların temeli ve aynı zamanda bizim araştırmamızın da temelini oluşturan yapı, bu üç gecikme modeli yaklaşımıdır. Ölümün meydana geldiği süreçte annenin, herhangi bir gecikme faktörüne maruz kalması (bazı istisnai durumlar dışında), genellikle bu ölümün önlenebileceği anlamına gelmektedir. Araştırma yöntemi bu yapı üzerine kurgulandırılmıştır.

Veriler “SPSS 16.0” istatistiksel analiz paket programına yüklenerek değerlendirilmiştir.

Bağımsız değişkenlerin, ölümün meydana geldiği süreçte gecikme yaşanması, yaşanan gecikme modeli tipi, annenin taşıdığı risk faktörleri, anne ölümünün önlenabilir/önlenemez olmasıyla ilişkisini değerlendirmek için;

- Bağımsız değişken ölçüm ise normal dağılıma uygunluk testi ve varyansların homojenliğine bakarak, normal dağılıma uygun ve varyanslar homojense parametrik test (t-test, varyans analizi-ANOVA)

- Bağımsız değişken sayım ise nonparametrik test (ki-kare, Kruskall Wallis varyans analizi)
- Ayrıca bu univariate analizler sonrası bağımsız değişkenler-önlenebilirlik arasında multivariate analiz (lojistik regresyon)
- Etkileyen faktörlerin etkisini saptamada OR (%95 GA) hesaplaması yapılmıştır.
- Lojistik Regresyonla modellemede, yaş grupları (15-19 yaş;0, 20-24 yaş;1, 25-29 yaş;2, 30-34 yaş;3, 35 yaş ve üzeri;4), anne ölümü tanısı (dolaylı anne ölümü;0, doğrudan anne ölümü;1), gebelik sayısı (1-2-3 gebelik;0, 4 ve üzeri gebelik;1), doğum sayısı (1-2-3 doğum;0, 4 ve üzeri doğum;1), doğum şekli (normal doğum;0, sezaryen;1), doğumun gerçekleştiği yer (sağlık kuruluşu;0, evde ve sevk sırasında;1), ölümün gerçekleştiği yer (sağlık kuruluşu;0, evde ve sevk sırasında;1), doğum öncesi bakım alma durumu (döb almış;0, döb almamış;1), risk durumu (risk taşımama;0, bir veya birin üzerinde risk taşıma;1) ana değişkenler olarak değerlendirmeye alınmıştır. Lojistik Regresyonla analizde Backward LR modeli uygulanmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 15: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı I

	2007- 2008-2009	
	n	%
YAŞ		
15-19 Yaş	31	4,0
20-24 Yaş	123	15,8
25-29 Yaş	177	22,7
30-34 Yaş	209	26,8
35 Yaş ve üstü	238	30,5
Belirlenemeyen *	2	0,2
Toplam	780	100,0
GEBELİK SAYISI		
1. Gebelik	192	24,6
2-3 Gebelik	266	34,1
4 ve üstü gebelik	298	38,2
Belirlenemeyen *	24	3,1
Toplam	780	100,0
DOĞUM SAYISI		
Hiç Doğum Yapmamış	231	29,6
1. Doğum	170	21,8
2-3 Doğum	198	25,4
4 ve üstü doğum	154	19,7
Belirlenemeyen *	27	3,5
Toplam	780	100,0
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI		
Yaşayanı yok	246	31,6
1 Yaşayan	174	22,3
2 veya 3 Yaşayan	188	24,1
4 ve Üzeri Yaşayan	141	18,1
Belirlenemeyen *	31	3,9
Toplam	780	100,0

*Otopsi inceleme süreci devam eden ve dosya bilgileri tamamlanamamış anne ölümleri

Ölen anneler yaş gruplarına göre incelendiğinde; %4'ünün (31 kişi) 15-19 yaş grubunda, %30.5'inin (238 kişi) ise 35 ve üstü yaş gurubunda yer aldığı görülmüştür.

İncelenen ölen anneler gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayılarına göre incelendiğinde; %24.6'sının (192 kişi) ilk gebeliği olduğu, % 38.2'sinin (298 kişi) dört ve üzeri sayıda gebe kaldığı, %19.7'sinin (154 kişi) dört ve üzeri doğum yapmış olduğu, %29.6'sının (231 kişi) hiç doğum yapmamış anneler olduğu, %31.6'sının (246 kişi) hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %18.1'inin ise dört ve üzeri sayıda yaşayan çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı II

	2007-2008- 2009	
	n	%
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM		
1 Bakım Hizmeti Alanlar	66	8,5
2-3 Bakım Hizmeti Alanlar	164	21,0
4 ve Üstü Bakım Hizmeti Alanlar	411	52,7
Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayanlar	107	13,7
Belirlenemeyen *	32	4,1
Toplam	780	100,0
GEBELİK SONUCU		
Canlı Doğum	477	61,3
Ölü Doğum	102	13,0
Düşük	30	3,8
Doğum-Düşük Gerçekleşmeyenler	144	18,4
Belirlenemeyen *	27	3,5
Toplam	780	100,0
DOĞUM ŞEKLİ		
Normal Doğum	209	26,8
Sezaryen	357	45,8
Vakum-Forseps ile Müdahaleli	13	1,7
Doğum Gerçekleşmeyenler	174	22,2
Belirlenemeyen *	27	3,5
Toplam	780	100,0

*Otopsi inceleme süreci devam eden ve dosya bilgileri tamamlanamamış anne ölümleri

Ölen annelerin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumları incelendiğinde; %13.7'sinin (107 kişi) doğum öncesi bakım hizmeti almadığı, %52.7'sinin (411 kişi) 4 ve üzeri sayıda hizmet aldığı tespit edilmiştir.

Annelerin gebelik sonucu ve doğum şekli incelendiğinde; %61,3'ünün (477 kişi) gebeliğinin canlı doğum ile sonuçlandığı, %13'ünün (102 kişi) gebeliğinin ölü doğum ile sonuçlandığı, %3,8' inin (30 kişi)

gebeliğinin düşük ile sonuçlandığı, %18.4' ünün (144 kişi) gebelik sonuçlanmadan gebelik sırasında öldüğü, %26,8'inin (209 kişi) normal doğum, %45,8'inin (357 kişi) sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür. Doğumu gerçekleşmeden ölenler çıkarıldığında doğumu gerçekleştirenler içinde yapılan hesaplamada normal vajinal doğum yapanların oranı %36.1, sezaryen ile doğum yapanların oranı %61.7' dir.

Tablo 17: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı III

	2007-2008- 2009	
	n	%
DOĞUMUN VE DÜŞÜĞÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER		
1.Basamak Sağlık Kuruluşu	2	0,3
2.Basamak Sağlık Kuruluşu	341	43,7
3.Basamak Sağlık Kuruluşu	230	29,4
Evde	36	4,6
Sevk Sırasında	2	0,3
Diğer	1	0,1
Doğum ve Düşük Gerçekleşmeyenler	144	18,6
Belirlenemeyen *	24	3,0
Toplam	780	100,0
ÖLÜMÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER		
1.Basamak Sağlık Kuruluşu	3	0,4
2.Basamak Sağlık Kuruluşu	201	25,8
3.Basamak Sağlık Kuruluşu	409	52,4
Evde	71	9,1
Sevk Sırasında	76	9,7
Diğer	2	0,3
Belirlenemeyen *	18	2,3
Toplam	780	100,0
ÖLEN ANNELERİN GEBELİK SÜRESİ (HAFTA)		
0-12 Haftalık Gebelik	18	2,3
13-21 Haftalık Gebelik	46	5,9
22-36 Haftalık Gebelik	326	41,8
37 Hafta ve üstü	367	47,1
Belirlenemeyen *	23	2,9
Toplam	780	100,0
ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ DÖNEM		
0-12 Hafta	12	1,5
13-21 Hafta	22	2,8
22-36 Hafta	80	10,3
37 Hafta ve Üstü	29	3,7
Düşük Sonrası	30	3,8
Doğum Sırasında	27	3,5
Doğum Sonrası İlk 48 Saat	243	31,2
Doğum Sonrası 48 saat-7 gün	117	15,0
Doğum Sonrası 7 gün-42 gün	199	25,5
Belirlenemeyen *	21	2,7
Toplam	780	100,0

*Otopsi inceleme süreci devam eden ve dosya bilgileri tamamlanamamış anne ölümleri

Ölen anneler doğumlarının ve ölümlerinin gerçekleştiği yere göre incelendiğinde; %29.4'ünün (230 kişi) doğumunun üçüncü basamak sağlık kuruluşunda, %43.7'inin (341 kişi) doğumunun ikinci basamak sağlık kuruluşunda, %25.8'inin (201 kişi) ölümünün ikinci basamak sağlık kuruluşunda, %52.4'ünün (409 kişi) ölümünün üçüncü basamak sağlık kuruluşunda meydana geldiği görülmüştür.

Ölen annelerin gebelik süresi ve ölümün meydana geldiği dönem incelendiğinde; %2.3'ünün (18 kişi) ilk 12 haftalık gebelikte, %47.1'inin (367 kişi) 37. ve üzeri gebelik haftasında ölümünün gerçekleştiği, %1.5'inin (12 kişi)) ilk 12 haftalık gebelikte, %31.2'inin (243 kişi) ise doğum sonrası ilk 48 saatte ölümünün gerçekleştiği belirlenmiştir.

Tablo 18: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı IV

	2007 - 2008- 2009	
	n	%
ÖLÜM NEDENLERİ		
A-DOĞRUDAN ANNE ÖLÜMÜ		
Kanama (Antepartum, intrapartum, postpartum)	162	20,8
Gebelikte Hipertansif Bzk.(Preeklamp.eklamp.vb)	128	16,4
Amniotik Sıvı Embolisi	73	9,4
Obstetrik Enfeksiyonlar	25	3,2
Diğer	24	3,1
Toplam	412	52,9
B-DOLAYLI ANNE ÖLÜMÜ		
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (Kardiyovasküler, Pulmoner Emboli vs.)	131	16,8
Serebrovasküler Sistem Hastalıkları (İntaraserebral hemoraji, serebral ven trombozu vb.)	41	5,3
Enfeksiyon hastalıkları	42	5,4
Neoplazmalar	6	0,8
Diğer Dolaylı Nedenler (Solunum, Endokrin vb.Sistem Hast)	67	8,6
Toplam	287	36,9
Tanı Konulamayan	54	6,8
Belirlenemeyen *	27	3,4
Toplam	780	100,0

*Otopsi inceleme süreci devam eden ve dosya bilgileri tamamlanamamış anne ölümleri

Üç yıllık periyotta meydana gelen anne ölümleri incelendiğinde, doğrudan anne ölümleri tüm ölümlerin %52.9' unu (412 kişi), dolaylı anne ölümleri tüm ölümlerin %36.9' unu (287 kişi) oluşturmaktadır. Doğrudan anne ölümlerinden kanama %20.8 (162 kişi), hipertansif bozukluklar-preeklampsi, eklampsi %16.4 (128 kişi) en sık görülen doğrudan anne ölümleridir. Dolaylı anne ölümlerinde ise, dolaşım sistemi hastalıkları %16.8 (131 kişi), serebrovasküler sistem hastalıkları %5.3 (41 kişi) ve

enfeksiyon hastalıkları %5.4 (42 kişi) dolaylı ölümlerin en çok gözlenen ilk üç nedenidir.

Tablo 19: Anne Ölümüne İlişkin Faktörlerin Yüzde Dağılımı V

	200 -2008- 2009	
	n	%
RİSK DURUMU		
Risk Taşımayan Gebe	195	25,0
1 Risk Taşıyan Gebe	231	29,6
1' den Fazla Risk Taşıyan Gebe	333	42,7
Belirlenemeyen *	21	2,7
Toplam	780	100,0
GEÇİKME MODELİ DEĞERLENDİRMESİ		
Gecikme Yaşamamış	355	45,5
Gecikme Yaşamış	350	44,9
Karar Verilemeyen	42	5,4
Belirlenemeyen *	33	4,2
Toplam	780	100,0
ÖNLENEBİLİRLİK DURUMU DEĞERLENDİRMESİ		
Önlenabilir Anne Ölümü	346	44,4
Önlenemez Anne Ölümü	355	45,5
Karar Verilemeyen	46	5,9
Belirlenemeyen *	33	4,2
Toplam	780	100,0

*Otopsi inceleme süreci devam eden ve dosya bilgileri tamamlanamamış anne ölümleri

Ölen anneler taşıdıkları risklere göre değerlendirildiğinde; %25'inin (195 kişi) herhangi bir risk taşımadığı, %42,7'inin (333 kişi) birden fazla risk taşıdığı tespit edilmiştir.

Anneler ölüme götüren süreçte yaşadıkları gecikmeye ve ölümün önlenabilirlik durumuna göre incelendiğinde; %44.9'unun (350 kişi) gecikme yaşadığı, %44.4'ünün (346 kişi) ölümünün önlenabilir olduğu belirlenmiştir.

4.2 Anne Ölümüne İlişkin Biyomedikal Risk Faktörlerine Ait Bulgular

Tablo 20: Anne Ölümüne İlişkin Biyomedikal Risk Faktörlerinin Dağılımı

RİSK	YIL						TOPLAM	
	2007		2008		2009			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş (18 yaş altı-35 yaş ve üstü)	91	22,0	79	23,3	80	22,0	250	22,4
4 ve Üzeri Parite	63	15,3	47	13,9	44	12,1	154	13,8
2 ve Üzeri Tekrarlayan Düşük	32	7,7	28	8,3	31	8,5	91	8,2
Çoğul Gebelik (Önceki veya mevcut gebelikte)	12	2,9	7	2,1	8	2,2	27	2,4
Geçirilmiş Cerrahi (Eski sectio, myomektomi vb)	28	6,8	15	4,4	24	6,6	67	6,0
Akraba Evliliği	2	0,5	1	0,3	3	0,8	6	0,5
Kan Uyuşmazlığı	3	0,7	3	0,9	6	1,7	12	1,2
Mevcut Gebelikte Erken veya Geç Gebelik Kanaması	17	4,1	7	2,1	9	2,5	33	3,0
Gebelikte Tansiyon Yüksekliği (Önceki veya mevcut gebelikte preeklampsi, eklampsi vb)	34	8,2	27	8,0	25	6,9	86	7,7
Anemi	14	3,4	21	6,2	17	4,7	52	4,7
İnfertilite veya IVF Gebeliği	8	1,9	6	1,8	8	2,2	22	2,0
Bebekle İlgili Fak.(Önceki veya mevcut gebelikte İUGG,Konj.Anomali, Bebek Ölümü, Makrozomi, prematürite vb.)	22	5,3	18	5,3	17	4,7	57	5,1
Kronik Hipertansiyon	16	3,9	12	3,5	9	2,5	37	3,3
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (Kalp hst., varis, tromboemboli vb.)	22	5,3	24	7,1	25	6,9	71	6,4
Diabetes Mellitus (Önceden mevcut veya gestasyonel)	8	1,9	5	1,5	8	2,2	21	1,9
Neoplazm	3	0,7	2	0,6	5	1,4	10	0,9
Hematolojik Hastalıklar(Orak hc.anemi, hemolitik anemi, ITP, TTP vb.)	4	1,0	4	1,2	1	0,3	9	0,8
Epilepsi	5	1,2	6	1,8	5	1,4	16	1,4
Psikiyatrik Hst.(Depresyon, anksiyete bzk.vb.)	2	0,5	3	0,9	1	0,3	6	0,5
Diğer Sistemik Hastalıkları (Oto immün, endokrin, metabolizma, sindirim, solunum, serebrovask. sist. bzk.,obezite vb.)	23	5,6	21	6,2	33	9,1	77	6,9
Sigara Kullanımı	4	1,0	3	0,9	4	1,1	11	1,0
TOPLAM	413	100,0	339	100,0	363	100,0	1115	100,0

Risk faktörleri değerlendirmesinde öncelikle söylenmesi gereken 564 annenin risk taşıdığı ve bu annelerin 333' ünün birden fazla risk taşıdığıdır. Bu nedenle 780 annenin taşıdığı risk durumu sayısı 1115'tir. Ayrıca bu risklerin incelenen anne ölümü dosyalarının sadece dosyalarının içeriğinin ve sözel otopsi formlarının değerlendirilmesi ile belirlendiği de belirtilmelidir.

Ölen annelerin taşıdıkları risk faktörleri incelendiğinde; hem her yıl için ayrı ayrı hem de üç yılın toplamında en yüksek riskin %22.4 (250 kişi) ile yaş (18 yaş altı - 35 yaş ve üstü olma) olduğu görülmektedir. Risk faktörlerinin %13.8'ini (154 kişi) annelerin 4 ve üzeri sayıda doğum yapmış olması, %8.2' sini (91 kişi) tekrarlayan düşüklerin olması oluşturmaktadır.

Önceki veya mevcut gebeliğe ait tansiyon yüksekliği (Preeklampsi-eklampsi vb.) risklerin %7.7'sini (86 kişi), dolaşım sistemi hastalıkları %6.4'ünü (71 kişi), kronik hipertansiyon %3.3' ünü (37 kişi) (Kronik hipertansiyon dolaşım sistemi hastalıkları içerisinde değerlendirilmektedir, ancak tabloda ayrıca görülmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir) oluşturmuştur.

Anemi risklerin %4.7'sini (52 kişi) teşkil etmektedir. Annenin önceden sezaryen ile doğum yapmış olması veya geçirilmiş obstetrik cerrahi de %6.0 (67 kişi) gibi bir orana sahiptir.

Risk faktörleri içinde, bebeğe ait faktörler (Önceki veya mevcut gebelikte intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali, bebek ölümü, makrozomi, prematürite vb.) %5.1 (57 kişi)' dir.

4.3 Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlere Ait Bulgular

Tablo 21: Anne Ölümünde Gecikme Yaşanmasına Neden Olan Faktörlerin Yüzde Dağılımı

GECİKME MODELİ	n	*%	**%
BİRİNCİ GECİKME			
Verilen danışmanlık, sevk, tedavi önerilerini uygulamama	90	40,0	20,9
Uygun sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almama	64	28,3	14,1
Sağlık bakımı tedavi için başvuruda gecikme	33	14,5	7,3
Doğumda sağlık kuruluşu veya sağlık personeli yardımı almama	33	14,5	7,3
Tehlike işaretlerinin tanımlanmasında yaşanan gecikme	6	2,7	1,3
Toplam	226	100,0	49,9
İKİNCİ GECİKME			
İklim koşulları	4	44,5	0,9
Yerleşim yerine en yakın sağlık kuruluşunun uzak olması	3	33,3	0,7
Cografik koşullar	2	22,2	0,4
Toplam	9	100,0	2,0
ÜÇÜNCÜ GECİKME			
Sağlık personeline ilişkin tanı takip veya müdahalede gecikme	127	58,2	28,0
Tespitsiz gebe veya düşük nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti sunulması	37	17,0	8,1
Sevkte zaman kaybı, çok sayıda sevk veya güvensiz sevk	32	14,6	7,1
Süreçle ilgili branş uzmanı veya hizmetin olmaması	8	3,7	1,8
Kan temininde yetersizlik	8	3,7	1,8
Alt yapı, donanım, tıbbi araç gereç, malzeme eksikliği	6	2,8	1,3
Toplam	218	100,0	48,1
Genel Toplam	453		100,

*Gecikme modellerinin kendi içindeki sütun yüzdesi

**Genel toplama ait sütun yüzdesi

Gecikme modellerinin dağılımında görülen en önemli unsur, aslında her başlık altında incelenen maddelerin bir birinden bağımsız olmadığıdır. Örneğin; verilen danışmanlık, sevk, tedavi önerilerini uygulamayan ve bu başlık altında değerlendirilen anne, tehlike işaretleri konusundaki bilgi eksikliği nedeni ile bu durumu yaşamış olabilmekte ve bu nedenle de sağlık bakımı tedavi için başvuruda da gecikme yaşamaktadır. Belki de bu durum annelerin çoğu için sosyal statüdeki eksiklikten kaynaklanmaktadır. Üçüncü gecikme açısından değerlendirildiğinde; süreçle ilgili branş uzmanı veya hizmetin olmaması, tanı takip veya müdahalede gecikme yaşanmasına yol açmakta bu da çok sayıda sevk ve sevkte zaman kaybına neden olmaktadır.

Anne ölümünün meydana geldiği süreçte gerçekleşen birinci gecikme modeli incelendiğinde; gecikmenin %40' ını (90 kişi) annenin verilen danışmanlık, sevk, tedavi önerilerini uygulamaması, %28.3' ünü (64 kişi) uygun sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almama, %14.5'ini (33 kişi) sağlık bakımı tedavi için başvuruda gecikme, %14.5'ini (33 kişi) doğumda sağlık kuruluşu veya sağlık personeli yardımı almama, %2.7' sini (6 kişi) tehlike işaretlerinin tanımlanmasında yaşanan gecikme oluşturmaktadır.

Anne ölümünün meydana geldiği süreçte gerçekleşen ikinci gecikme modeli incelendiğinde; gecikmenin %44.5' ini (4 kişi) kötü iklim koşulları, %33.3'ünü (3 kişi) yerleşim yerine en yakın sağlık kuruluşunun uzak oluşu, %22.2' sini kötü coğrafi koşullar oluşturmaktadır.

Anne ölümünün meydana geldiği süreçte gerçekleşen üçüncü gecikme modeli incelendiğinde; gecikmenin %58.2'sini (127 kişi) sağlık

personeline ilişkin tanı takip veya müdahalede gecikme, %17' sini (37 kişi) tespitsiz gebe veya düşük nitelikli dogum oncesi bakım hizmeti sunulması, %14.6' sını (32 kişi) sevkte zaman kaybı, çok sayıda sevk veya güvensiz sevk, %3.7' sini (8 kişi) süreçle ilgili branş uzmanı veya hizmetin olmaması, %3.7' sini (8 kişi) kan temininde yetersizlik, %2.8' sini (6 kişi) alt yapı, donanım, tıbbi araç gerec, malzeme eksikliği oluşturmaktadır

4.4 Yıllara Göre Anne Ölümüne İlişkin Gecikme Modelleri

Ve Önlenebilirlik Durumuna Ait Bulgular

Tablo 22: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmelerin Yıllara Göre Dağılımı

	2007			2008			2009			TOPLAM	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*
GECİKME YOK	135	47,9	38	131	53,3	36,9	89	40,6	25,1	355	47,5
GECİKME VAR	127	45,0	36,3	105	42,7	30	118	53,9	33,7	350	46,9
KARAR VERİLEMEYEN	20	7,1	47,6	10	4,0	23,8	12	5,5	28,6	42	5,6
Toplam	282	100,0		246	100,0		219	100,0		747	100,0

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Tablo 23: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modellerinin Yıllara Göre Dağılımı

	2007			2008			2009			TOPLAM	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*
1.GECİKME	92	53,4	40,7	68	49,3	30,1	66	46,1	29,2	226	49,9
2.GECİKME	1	0,6	11,1	5	3,6	55,5	3	2,1	33,4	9	2,0
3.GECİKME	79	46,0	36,3	65	47,1	29,8	74	51,8	33,9	218	48,1
Toplam	172	100,0		138	100,0		143	100,0		453	100,0

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Tablo 24: Anne Ölümüne İlişkin Önlenebilirlik Durumunun Yıllara Göre Dağılımı

	2007			2008			2009			TOPLAM	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*
ÖNLENEBİLİR	126	44,7	36,4	104	42,3	30,1	116	53,0	33,5	346	46,3
ÖNLENEMEZ	134	47,5	37,7	132	53,7	37,2	89	40,6	25,1	355	47,5
KARAR VERİLEMEYEN	22	7,8	47,8	10	4,0	21,7	14	6,4	30,5	46	6,2
Toplam	282	100,0		246	100,0		219	100,0		747	100,0

* Sütun yüzdesi hesaplanmıştır

** Satır yüzdesi hesaplanmıştır

Anne ölümünde yaşanan gecikmelerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2007 yılında ölen annelerin %45'inde (127 kişi), 2008 yılında ölen annelerin %42.7'sinde (105 kişi), 2009 yılında ölen annelerin %53.9'unda (118 kişi) herhangi bir gecikme yaşanmıştır. Üç yılın toplamında ise ölümlerin %46.3' ü (346 kişi) önlenebilir, %47.5' i (355 kişi) önlenemez potansiyele sahiptir.

Anne ölümünde yaşanan gecikme modellerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2007 yılında ölen annelerin %53.4'ünde (92 kişi), 2008 yılında ölen annelerin %49.3'ünde (68 kişi), 2009 yılında ölen annelerin %46.1'inde (66 kişi) birinci gecikme modeli, 2007 yılında ölen annelerin %46' sında (79 kişi), 2008 yılında ölen annelerin %47.1' inde (65 kişi), 2009 yılında ölen annelerin %51.8'inde (74 kişi) üçüncü gecikme modeli yaşanmıştır. **Toplam 453 gecikmenin içinde, birinci gecikme yaşayanlar %49.9 (226 kişi), üçüncü gecikmeyi yaşayanlar %48.1 (218 kişi)' dir. 350 gecikme yaşayan vakanın içinde ise birinci gecikme yaşayanların oranı %64.6 (226 kişi), ikinci gecikme yaşayanlar %2.6 (9 kişi), üçüncü gecikme yaşayanlar %62.3 (218 kişi)' dir.**

Anne ölümlerine ilişkin önlenebilirlik durumunun yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2007 yılında ölen annelerin %44.7'sinin (126 kişi), 2008 yılında ölen annelerin %42.3'ünün (104 kişi), 2009 yılında ölen annelerin %53' ünün (116 kişi) ölümünün önlenebilir olduğu görülmüştür.

4.5 Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme İle Anneye Ait Faktörlerin Değerlendirilmesi

Tablo 25: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi I

	2007-2008-2009			2007-2008- 2009			2007-2008-2009
	GECİKME YOK			GECİKME VAR			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
YAŞ							
15-19 Yaş	15	4,2	53,6	13	3,7	46,4	28
20-24 Yaş	63	17,7	58,3	45	12,9	41,7	108
25-29 Yaş	86	24,2	54,8	71	20,3	45,2	157
30-34 Yaş	105	29,6	53,8	90	25,7	46,2	195
35 Yaş ve üstü	86	24,2	39,6	131	37,4	60,4	217
Toplam	355	100,0		350	100,0		705
x²=15.027			P=0,005				
GEBELİK SAYISI							
1. Gebelik	98	27,6	56,0	77	22,3	44,0	175
2-3 Gebelik	148	41,7	59,0	103	29,9	41,0	251
4 ve üstü gebelik	109	30,7	39,8	165	47,8	60,2	274
Toplam	355	100,0		345	100,0		700
x²=21,895			P=0,001				
DOĞUM SAYISI							
Hiç Doğum Yapmamış	117	33,1	55,2	95	27,6	44,8	212
1. Doğum	93	26,3	59,6	63	18,3	40,4	156
2-3 Doğum	103	29,2	54,5	86	25,0	45,5	189
4 ve üstü doğum	40	11,3	28,6	100	29,1	71,4	140
Toplam	353	100,0		344	100,0		697
x²=35,185			P=0,001				
RİSK DURUMU							
Risk Taşımayan Gebe	116	32,8	64,8	63	18,0	35,2	179
1 Risk Taşıyan Gebe	117	33,1	54,2	99	28,3	45,8	216
1' den Fazla Risk Taşıyan	121	34,1	39,2	188	53,7	60,8	309
Toplam	354	100,0		350	100,0		704
x²=31,699			P=0,001				
ÖLÜM SINIFLAMASI							
Doğrudan Anne Ölümü	169	48,8	41,6	237	68,9	58,4	406
Dolaylı Anne Ölümü	177	51,2	62,3	107	31,1	37,7	284
Toplam	346	100,0		344	100,0		690
x²=28,637			p=0,001				

* Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi

Gecikme durumuna karar verilemeyen vakalar, anneye ait değişkenler ile ölümün meydana geldiği süreçte gecikme yaşanmasının değerlendirildiği bu analizde, kapsam dışında bırakılmıştır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünölen faktörlerden yaş incelendiğinde; 15-19 yaş grubundaki annelerin %53.6'sı (15 kişi) gecikme yaşamazken, %46.4'ü (13 kişi) gecikme yaşamış, 35 yaş ve üzeri yaş grubundaki annelerin ise %39.6'sı (86 kişi) gecikme yaşamazken, %60.4'ü (131 kişi) gecikme yaşamıştır. Anneye ait yaş grupları ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark 35 yaş ve üstü geręekleřen anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünölen faktörlerden gebelik sayısı incelendiğinde; ilk gebeliği olan annelerin %44' ü (77 kişi) gecikme yaşarken, gebelik sayısı dört ve üzerinde olan annelerin ise %60.2' si (165 kişi) gecikme yaşamıştır. Gebelik sayısı ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark dört ve üzerinde gebeliği olan annelerde geręekleřen ölümlerde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünölen faktörlerden doğum sayısı incelendiğinde; hiç doğum yapmamış annelerin %44.8'i (95 kişi) gecikme yaşamış iken, dört ve üzeri sayıda doğum yapmış annelerin %71.4'ü (100 kişi) gecikme yaşamıştır. Doğum sayısı ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark vardır, fark dört ve üzeri sayıda doğum yapmış annelerde gerçekleşen ölümlerde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden anneye ait risk durumu incelendiğinde; risk taşımayan annelerin %35.2' sinin (63 kişi) gecikme yaşadığı, birden fazla risk taşıyan annelerin ise %60.8'nin (188 kişi) gecikme yaşadığı tespit edilmiştir. Annenin taşıdığı risk faktörleri ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark hem bir risk hem de birden fazla risk taşıyan anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölüm nedeni incelendiğinde; doğrudan anne ölümlerinin %58.4' ünde (237 kişi) gecikme yaşanmışken, dolaylı anne ölümlerinin %37.7' sinde (107 kişi) gecikme yaşanmıştır. Anne ölümü nedenleri ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark doğrudan anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 26: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi II

	2007- 2008- 2009			2007- 2008- 2009			2007-2008- 2009
	GECİKME YOK			GECİKME VAR			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM							
1 Bakım Hizmeti Alanlar	17	4,9	29,8	40	11,5	70,2	57
2-3 Bakım Hizmeti Alanlar	70	20,2	44,3	88	25,4	55,7	158
4 ve Üstü Bak. Hiz. Alanlar	228	65,7	59,7	154	44,4	40,3	382
Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayanlar	32	9,2	33,0	65	18,7	67,0	97
Toplam	347	100,0		347	100,0		694
x ² =36,893			p=0,001				
GEBELİK SONUCU							
Canlı Doğum	236	66,9	52,2	216	62,8	47,8	452
Ölü Doğum	42	11,9	42,4	57	16,6	57,6	99
Düşük	14	4,0	50,0	14	4,1	50,0	28
Doğum-Düşük Gerçekleşmeyenler	61	17,3	51,7	57	16,6	48,3	118
Toplam	353	100,0		344	100,0		697
x ² =3,178			p=0,365				
DOĞUM ŞEKLİ							
Normal Doğum	86	30,9	42,8	115	41,4	57,2	201
Sezaryen	184	66,2	53,6	159	57,2	46,4	343
Vakum-Forseps ile Müdahaleli Doğum	8	2,9	66,7	4	1,4	33,3	12
Toplam	278	100,0		278	100,0		556
x ² =7,340			p=0,025				

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum öncesi bakım alma durumu incelendiğinde; hiç doğum öncesi bakım hizmeti almamış annelerin %67'inin (65 kişi) gecikme yaşadığı, dört ve üzeri sayıda bakım hizmeti

alan annelerin ise %40.3' ünün (154 kişi) gecikme yaşadığı belirlenmiştir. doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark doğum öncesi bakım hizmeti almamış ve bir kez almış anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebeliğinin sonucu incelendiğinde; gebeliği ölü doğum ile sonuçlanan annelerin %57.6' sının (57 kişi) gecikme yaşadığı, gebeliği canlı doğum ile sonuçlanan annelerin ise %47.8' sinin (216 kişi) gecikme yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelik sonucu ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum şekli incelendiğinde; gebeliği normal doğum ile gerçekleşen annelerin %57.2' sinin (115 kişi) gecikme yaşadığı, gebeliği sezaryen ile gerçekleşen annelerin ise %46.4' ünün (159 kişi) gecikme yaşadığı bulunmuştur. Doğum şekli ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark normal doğum ile doğumu gerçekleştiren anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 27: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikmeye İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi III

	2007 - 2008- 2009			2007 -2008- 2009			2007 -2008- 2009
	GECİKME YOK			GECİKME VAR			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
DOĞUMUN VEYA DÜŞÜĞÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER							
1.Basamak Sağ. Kuruluşu	0	0	0	2	0,7	100	2
2.Basamak Sağ. Kuruluşu	173	59,0	53,9	148	51,4	46,1	321
3.Basamak Sağ. Kuruluşu	118	40,3	53,2	104	36,1	46,8	222
Evde	2	0,7	5,9	32	11,1	94,1	34
Sevk Sırasında	0	0	0	2	0,7	100,0	2
Toplam	293	100,0		288	100,0		581
x ² =33,260			p=0,001				
ÖLÜMÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER							
1.Basamak Sağ. Kuruluşu	1	0,3	33,3	2	0,6	66,7	3
2.Basamak Sağ. Kuruluşu	103	29,0	54,5	86	24,7	45,5	189
3.Basamak Sağ. Kuruluşu	207	58,3	52,0	191	54,9	48,0	398
Evde	23	6,5	48,9	24	6,9	51,1	47
Sevk Sırasında	21	5,9	31,8	45	12,9	68,2	66
Toplam	355	100,0		348	100,0		703
x ² =11,186			p=0,025				
ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ DÖNEM							
0-12 Hafta	7	2,0	87,5	1	0,3	12,5	8
13-21 Hafta	9	2,5	47,4	10	2,9	52,6	19
22-36 Hafta	35	9,9	52,2	32	9,1	47,8	67
37 Hafta ve Üstü	10	2,8	43,5	13	3,7	56,5	23
Düşük Sonrası	14	4,0	50,0	14	4,0	50,0	28
Doğum Sonrası İlk 48 Saat	113	31,9	48,3	121	34,6	51,7	234
Doğ. Son. 48 saat-7 gün	55	15,5	49,1	57	16,3	50,9	112
Doğ. Son. 7 gün-42 gün	99	28,0	52,9	88	25,1	47,1	187
Doğum Sırasında	12	3,4	46,2	14	4,0	53,8	26
Toplam	354	100,0		350	100,0		704
x ² =6,166			p=0,629				
ÖLEN ANNELERİN GEBELİK SÜRESİ (HAFTA)							
0-12 Hafta	10	2,8	76,9	3	0,9	23,1	13
13-21 Hafta	20	5,7	47,6	22	6,3	52,4	42
22-36 Hafta	161	45,6	52,4	146	42,0	47,6	307
37 Hafta ve Üstü	162	45,9	47,8	177	50,9	52,2	339
Toplam	353	100,0		348	100,0		701
x ² =5,226			p=0,156				

* Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden doğum ve düşüğün gerçekleştiği yer incelendiğinde; doğum veya düşüğü evde gerçekleşen annelerin %94.1'inin (32 kişi) gecikme yaşadığı, üçüncü basamak sağlık kuruluşunda gerçekleşen annelerin %46.8' inin (104 kişi) gecikme yaşadığı belirlenmiştir. Doğum ve düşüğün gerçekleştiği yer ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark hem evde hem de sevk sırasında (Ev ile sağlık kuruluşu veya sağlık kuruluşu-sağlık kuruluşu arasında ambulans veya özel oto ile) meydana gelen anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölümün gerçekleştiği yer incelendiğinde; ölümü evde gerçekleşen annelerin %51.1'inin (24 kişi) gecikme yaşadığı, ölümü sevk sırasında gerçekleşen annelerin %68.2'sinin (45 kişi) gecikme yaşadığı, üçüncü basamak sağlık kuruluşunda gerçekleşen annelerin %48' inin (191 kişi) gecikme yaşadığı belirlenmiştir. ölümün gerçekleştiği yer ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark sevk sırasında (Ev ile sağlık kuruluşu veya sağlık kuruluşu-sağlık kuruluşu arasında ambulans veya özel oto ile) meydana gelen anne ölümlerinde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölümün meydana geldiği dönem incelendiğinde; ölümü 0-12 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %12.5'inin gecikme yaşadığı, ölümü 12. gebelik haftasından sonra-doğum-doğum sonrası dönemde gerçekleşen annelerin ise gecikme yaşama oranlarının %47.1 ile %56.5 arasında gerçekleştiği belirlenmiştir.

Ölümün gerçekleştiği dönem ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bu dönemlere ait değerlendirme, ölümlerin antenatal, natal, postnatal dönemde meydana gelmesine göre yapıldığında da istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikmeye etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebelik süresi incelendiğinde; ölümü 0-12 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %23.1' inin gecikme yaşadığı, ölümü 12. gebelik haftasından sonraki dönemde gerçekleşen annelerin ise gecikme yaşama oranlarının %47.6 ile %52.4 arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Ölümün gerçekleştiği gebelik haftası ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

4.6 Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipi İle Anneye Ait Faktörlerin Değerlendirilmesi

Tablo 28: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi I

	2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007-2008-2009
	1. GECİKME			3. GECİKME			***BİRDEN FAZLA GECİKME			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n
YAŞ										
15-19 Yaş	7	5,4	53,8	3	2,4	23,1	3	3,1	23,1	13
20-24 Yaş	21	16,3	45,7	12	9,7	26,1	13	13,3	28,3	46
25-29 Yaş	23	17,8	32,4	34	27,4	47,9	14	14,3	19,7	71
30-34 Yaş	31	24,0	34,8	34	27,4	38,2	24	24,5	27,0	89
35 Yaş ve üstü	47	36,4	35,6	41	33,1	31,1	44	44,9	33,3	132
Toplam	129	100,0		124	100,0		98	100,0		351
	x²=11,487			P=0,176						
GEBELİK SAYISI										
1. Gebelik	26	20,3	33,8	29	23,8	37,7	22	22,9	28,6	77
2-3 Gebelik	37	28,9	35,9	46	37,7	44,7	20	20,8	19,4	103
4 ve üstü gebelik	65	50,8	39,2	47	38,5	28,3	54	56,3	32,5	166
Toplam	128	100,0		122	100,0		96	100,0		346
	x²=9,401			P=0,052						
DOĞUM SAYISI										
Hiç Doğum Yapmamış	32	25,2	33,7	40	32,8	42,1	23	24,0	24,2	95
1. Doğum	29	22,8	45,3	28	23,0	43,8	7	7,3	10,9	64
2-3 Doğum	31	24,4	36,5	31	25,4	36,5	23	24,0	27,1	85
4 ve üstü doğum	35	27,6	34,7	23	18,9	22,8	43	44,8	42,6	101
Toplam	127	100,0		122	100,0		96	100,0		345
	x²=23,610			P=0,001						
RİSK DURUMU										
Risk Taşımayan Gebe	20	15,5	32,3	31	25,0	50,0	11	11,2	17,7	62
1 Risk Taşıyan Gebe	42	32,6	42,0	26	21,0	26,0	32	32,7	32,0	100
1' den Fazla Risk Taşıyan	67	51,9	35,4	67	54,0	35,4	55	56,1	29,1	189
Toplam	129	100,0		124	100,0		98	100,0		351
	x²=10,410			P=0,034						
ÖLÜM SINIFLAMASI										
Doğrudan Anne Ölümü	60	47,6	25,1	99	80,5	41,4	80	82,5	33,5	239
Dolaylı Anne Ölümü	66	52,4	61,7	24	19,5	22,4	17	17,5	15,9	107
Toplam	126	100,0		123	100,0		97	100,0		346
	x²=42,807			p=0,001						

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

***Bir, İki, Üçüncü gecikmeden herhangi ikisinin veya tümünün birlikte yaşandığı vakalar

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden yaş incelendiğinde; 15-19 yaş grubundaki annelerin %53.8' i (7 kişi) sadece birinci gecikmeyi, 25-29 yaş grubundaki annelerin %47.9' u (34 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi, 35 yaş ve üzerindeki annelerin, %33.3'ü (44 kişi) de en fazla olarak sadece üçüncü gecikmeyi yaşamıştır. Ölümün gerçekleştiği anne yaşı ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden gebelik sayısı incelendiğinde; birinci gebeliği olan annelerin %28.6'sının (22 kişi), iki ve üçüncü gebeliği olan annelerin %19.4' ünün (20 kişi), dört ve üzeri gebeliği olan annelerin %32.5' inin (54kişi) birden fazla gecikme yaşadığı, ayrıca iki ve üçüncü gebeliği olan annelerin en yüksek yüzde ile %44.7' sinin (46 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi yaşadığı belirlenmiştir. Annenin gebelik sayısı ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden doğum sayısı incelendiğinde; hiç doğum yapmamış annelerin %24.2'sinin (23 kişi), birinci doğumu olan annelerin %10.9' unun (7 kişi), iki ve üçüncü doğumu olan annelerin %27.1' inin (23 kişi), dört ve üzeri doğumu olan annelerin ise %42.6' ının (43 kişi) birden fazla gecikme yaşadığı, ayrıca hiç doğum yapmamış annelerin %42.1' inin (40 kişi) ve birinci doğumu olan annelerin %43.8'inin (28 kişi) en yüksek yüzde ile sadece üçüncü gecikmeyi yaşadığı belirlenmiştir. Annenin doğum sayısı ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark dört ve üzeri doğumu

gerçekleşen anne ölümlerinde birden fazla gecikmenin daha fazla yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin taşıdığı risk faktörleri incelendiğinde; risk taşımayan annelerin %17.7' sinin (11 kişi), bir risk taşıyan annelerin %32' sinin (32 kişi), birden fazla risk taşıyan annelerin %29.1' inin (55 kişi) birden fazla gecikme yaşadığı, ayrıca risk taşımayan annelerin %50' sinin (31 kişi) en yüksek yüzde ile sadece üçüncü gecikmeyi yaşadığı belirlenmiştir. Annenin taşıdığı risk faktörleri ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, risk taşımayan anne ölümlerinde birden fazla gecikmenin daha az yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden anne ölümü sınıfı incelendiğinde; doğrudan anne ölümlerinin %25.1' inde (60 kişi), dolaylı anne ölümlerinin %61.7' sinde (66 kişi) sadece birinci gecikmenin, doğrudan anne ölümlerinin %41.4' ünde (99kişi), dolaylı anne ölümlerinin %22.4' ünde (24 kişi) sadece üçüncü gecikmenin yaşandığı tespit edilmiştir. Anne ölümü nedenleri ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark doğrudan anne ölümlerinde üç ve birden fazla gecikmenin daha fazla yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 29: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi II

2007 - 2008- 2009				2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009											
							***BİRDEN FAZLA GECİKME														
1. GECİKME				3. GECİKME						TOPLAM											
n		%*		%**		n		%*		%**		n									
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM																					
1 Bakım Hizmeti Alanlar		14		11,0		35,0		3		2,4		7,5		23		23,5		57,5		40	
2-3 Bakım Hizmeti Alanlar		41		32,3		46,6		27		22,0		30,7		20		20,4		22,7		88	
4 ve Üstü Bak. Hiz. Alanlar		44		34,6		28,4		85		69,1		54,8		26		26,5		16,8		155	
Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayanlar		28		22,0		43,1		8		6,5		12,3		29		29,6		44,6		65	
Toplam		127		100,0				123		100,0				98		100,0				348	
x²=68,322				p=0,001																	
GEBELİK SONUCU																					
Canlı Doğum		70		55,1		32,6		87		71,3		40,5		58		60,4		27,0		215	
Ölü Doğum		26		20,5		44,1		12		9,8		20,3		21		21,9		35,6		59	
Düşük		6		4,7		42,9		8		6,6		57,1		0		0		0		14	
Doğum-Düşük Gerçekleşmeyenler		25		19,7		43,9		15		12,3		26,3		17		17,7		29,8		57	
Toplam		127		100,0				122		100,0				96		100,0				345	
x²=16,667				p=0,011																	
DOĞUM ŞEKLİ																					
Normal Doğum		46		47,4		40,0		33		32,7		28,7		36		44,4		31,3		115	
Sezaryen		50		51,5		31,3		66		65,3		41,3		44		54,3		27,5		160	
Vakum-Forseps ile Müdahaleli Doğum		1		1,0		25,0		2		2,0		50,0		1		1,2		25,0		4	
Toplam		97		100,0				101		100,0				81		100,0				279	
x²=5,068				p=0,280																	

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

***Bir, İki, Üçüncü gecikmeden herhangi ikisinin veya tümünün birlikte yaşandığı vakalar

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum öncesi bakım alma durumu incelendiğinde; hiç doğum öncesi bakım hizmeti almayan

annelerin %44.6' sının (29 kişi), bir kez doğum öncesi bakım hizmeti alanların %57.5' inin (23 kişi), iki-üç kez hizmet alanların %22.7' sinin (20 kişi), dört ve üzeri sayıda hizmet alanların %16.8' inin (26 kişi) birden fazla gecikme yaşadığı belirlenmiştir. Annenin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebeliğinin sonucu incelendiğinde; gebeliği canlı doğum ile sonuçlanan annelerin %40.5' inin (87 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi, ölü doğum ile sonuçlanan annelerin %44.1'inin (26 kişi) sadece birinci gecikmeyi, düşük ile sonuçlanan annelerin %57.1' inin (8kişi) sadece üçüncü gecikmeyi, doğum ve düşüğü gerçekleşmeyen annelerin %43.9' unun (25 kişi) sadece birinci gecikmeyi yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelik sonucu ile gecikme yaşanması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum şekli incelendiğinde; gebeliği normal doğum ile sonuçlanan annelerin %40' ının (46 kişi), gebeliği sezaryen ile sonuçlanan annelerin %31.3' ünün (50 kişi) sadece birinci gecikmeyi, gebeliği normal doğum ile sonuçlanan annelerin %28.7'inin (33 kişi), gebeliği sezaryen ile sonuçlanan annelerin %41.3' ünün (66 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi yaşadığı bulunmuştur. Doğum şekli ile gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 30: Anne Ölümünün Meydana Geldiği Süreçte Yaşanan Gecikme Modeli Tipine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi III

2007- 2008-2009				2007 -2008-2009			2007-2008-2009			2007-2008-2009
1. GECİKME				3. GECİKME			***BİRDEN FAZLA			TOPLAM
n	%*	%**		n	%*	%**	n	%*	%**	n
DOĞUMUN VE DÜŞÜĞÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER										
1.Basamak Sağ. Kuruluşu	1	1,0	50,0	0	0	0	1	1,2	50,0	2
2.Basamak Sağ. Kuruluşu	43	43,0	29,1	78	72,2	52,7	27	33,3	18,2	148
3.Basamak Sağ. Kuruluşu	38	38,0	36,5	30	27,8	28,8	36	44,5	34,6	104
Evde	17	17,0	51,5	0	0	0	16	19,8	48,5	33
Sevk Sırasında	1	1,0	50,0	0	0	0	1	1,2	50,0	2
Toplam	100	100,0		108	100,0		81	100,0		289
x²=41,873				p=0,001						
ÖLÜMÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER										
1.Basamak Sağ. Kuruluşu	2	1,6	100,0	0	0	0	0	0	0	2
2.Basamak Sağ. Kuruluşu	25	19,7	29,1	45	36,3	52,3	16	16,3	18,6	86
3.Basamak Sağ. Kuruluşu	67	52,8	35,1	70	56,5	36,6	54	55,1	28,3	191
Evde	13	10,2	54,2	3	2,4	12,5	8	8,2	33,3	24
Sevk Sırasında	20	15,7	43,5	6	4,8	13,0	20	20,4	43,5	46
Toplam	127	100,0		124	100,0		98	100,0		349
x²=31,469				p=0,001						
ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ DÖNEM										
0-12 Hafta	1	0,8	100,0	0	0	0	0	0	0	1
13-21 Hafta	6	4,7	60,0	3	2,4	30,0	1	1,0	10,0	10
22-36 Hafta	15	11,6	46,9	7	5,6	21,9	10	10,2	31,3	32
37 Hafta ve Üstü	4	3,1	30,8	4	3,2	30,8	5	5,1	38,5	13
Düşük Sonrası	6	4,7	42,9	8	6,5	57,1	0	0	0	14
Doğum Sonrası İlk 48 Saat	36	27,9	29,5	49	39,5	40,2	37	37,8	30,3	122
Doğ. Son. 48 saat-7 gün	20	15,5	35,1	21	16,9	36,8	16	16,3	28,1	57
Doğ. Son. 7 gün-42 gün	34	26,4	38,6	30	24,2	34,1	24	24,5	27,3	88
Doğum Sırasında	7	5,4	50,0	2	1,6	14,3	5	5,1	35,7	14
Toplam	129	100,0		124	100,0		98	100,0		351
x²=19,485				p=0,244						
ÖLEN ANNENİN GEBELİK SÜRESİ (HAFTA)										
0-12 Hafta	2	1,6	66,7	1	0,8	33,3	0	0	0	3
13-21 Hafta	11	8,6	50,0	10	8,1	45,5	1	1,0	4,5	22
22-36 Hafta	61	47,7	41,5	43	34,7	29,3	43	44,3	29,3	147
37 Hafta ve Üstü	54	42,2	30,5	70	56,5	39,5	53	54,6	29,9	177
Toplam	128	100,0		124	100,0		97	100,0		349
x²=13,136				p=0,041						

* Sütun yüzdesi ** Satır yüzdesi

***Bir, İki, Üçüncü gecikmeden herhangi ikisinin veya tümünün birlikte yaşandığı vakalar

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden doğum ve düşüğün gerçekleştiği yer incelendiğinde; gebeliği ikinci basamakta sonlanan annelerin %52.7' sinin (78 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi, üçüncü basamakta sonuçlanan annelerin %34.6' sinin (36 kişi) birden fazla gecikmeyi (Bunun, sadece birinci gecikmeyi yaşayan annelere yakın bir değer olduğu görülmüştür), evde sonuçlanan annelerin %48.5' inin (16 kişi) birden fazla gecikmeyi (Bunun sadece birinci gecikmeyi yaşayan annelere yakın bir değer olduğu görülmüştür) yaşadığı tespit edilmiştir. Doğum ve düşüğün gerçekleştiği yer ile gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölümün gerçekleştiği yer incelendiğinde; ölümü ikinci basamakta meydana gelen annelerin %52.3'ünün (45 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi, üçüncü basamakta meydana gelen annelerin %36.6' sinin (70 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi (Bunun, sadece birinci gecikmeyi yaşayan annelere çok yakın bir değer olduğu görülmüştür), evde meydana gelen annelerin %54.2' sinin (13 kişi) sadece birinci gecikmeyi, sevk sırasında (Ev ile sağlık kuruluşu veya sağlık kuruluşu-sağlık kuruluşu arasında ambulans veya özel oto ile) meydana gelen annelerin %43.5' inin (20 kişi) birden fazla gecikmeyi (Bunun sadece birinci gecikmeyi yaşayan anneler ile aynı değer olduğu görülmüştür) yaşadığı tespit edilmiştir. Ölümün gerçekleştiği yer ile gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölümün meydana geldiği dönem

incelendiğinde; ölümü düşük sonrası gerçekleşen annelerin %57.1'inin (8kişi) sadece üçüncü gecikmeyi, ölümü 13-21 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %60 'ının (6 kişi) sadece birinci gecikmeyi, 22-36 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %46.9 'unun (15 kişi) sadece birinci gecikmeyi, 37 ve üstü gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %38.5 'inin (5 kişi) birden fazla gecikmeyi, ölümü doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde gerçekleşen annelerin %40.2' sinin (49 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi yaşadığı belirlenmiştir. Ölümün gerçekleştiği dönem ile gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu dönemlere ait değerlendirme, ölümlerin antenatal, natal, postnatal dönemde meydana gelmesine göre yapıldığında da istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Anne ölümüne ilişkin yaşanan gecikme modeli tipine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebelik süresi incelendiğinde; ölümü 0-12 gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %66.7' inin (2 kişi), ölümü 13-21 gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %50' inin (11 kişi), 22-36 gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %41.5' inin (61 kişi) sadece birinci gecikmeyi, 37 ve üstü gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %39.5' inin (70 kişi) sadece üçüncü gecikmeyi yaşadığı belirlenmiştir. Ölümün meydana geldiği gebelik haftası ile gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark 0-12 gebelik haftasında meydana gelen anne ölümlerinde birden fazla gecikme yaşanmamasından kaynaklanmaktadır

4.7 Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi

Tablo 31: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi I

	2007 - 2008-2009			2007 - 2008-2009			2007 - 2008-2009			2007 - 2008-2009
	Risk Taşımayan Gebe			1 Risk Taşıyan Gebe			1' den Fazla Risk Taşıyan			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%*	%**	n
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM										
1 Bakım Hizmeti Alanlar	20	10,5	30,3	19	8,4	28,8	27	8,2	40,9	66
2-3 Bakım Hizmeti Alanlar	40	20,9	24,4	42	18,6	25,6	82	24,8	50,0	164
4 ve Üstü Bak. Hiz. Alanlar	107	56,0	26,0	130	57,5	31,6	174	52,6	42,3	411
Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayanlar	24	12,6	22,4	35	15,5	32,7	48	14,5	44,9	107
Toplam	191	100,0		226	100,0		331	100,0		748
x ² =4,546			p=0,603							
GEBELİK SONUCU										
Canlı Doğum	125	64,4	26,3	154	67,5	32,4	197	59,9	41,4	476
Ölü Doğum	24	12,4	23,8	24	10,5	23,8	53	16,1	52,5	101
Düşük	6	3,1	20,0	10	4,4	33,3	14	4,3	46,7	30
Doğum-Düşük Gerçekleşmeyenler	39	20,1	27,1	40	17,5	27,8	65	19,8	45,1	144
Toplam	194	100,0		228	100,0		329	100,0		751
x ² =5,641			p=0,465							
DOĞUM ŞEKLİ										
Normal Doğum	65	43,6	31,1	63	35,2	30,1	81	32,3	38,8	209
Sezaryen	79	53,0	22,1	112	62,6	31,4	166	66,1	46,5	357
Vakum-Forseps ile Müdahaleli Doğum	5	3,4	38,5	4	2,2	30,8	4	1,6	30,8	13
Toplam	149	100,0		179	100,0		251	100,0		579
x ² =5,641			p=0,465							

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Anne ölümlerine ilişkin faktörler ile annenin sahip olduğu risk durumunun karşılaştırıldığı bu bölümde, risk durumu belirlenemeyen vakalar inceleme kapsamı dışında bırakılmıştır.

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile anne ölümüne etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum öncesi bakım alma durumu incelendiğinde; hiç doğum öncesi bakım hizmeti almayan annelerin %44.9' unun (48 kişi), bir kez doğum öncesi bakım hizmeti alanların %40.9' unun (27 kişi), iki-üç kez hizmet alanların %50' sinin (82kişi), dört ve üzeri sayıda hizmet alanların %42.3' ünün (174 kişi) birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Aynı değişken, annelerin risk taşımaması veya herhangi bir sayıda risk taşımasına göre iki grupta değerlendirildiğinde (Bir risk veya birin üzerinde risk), $p=0,344$ bulunmuş, yine istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile anne ölümüne etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebeliğinin sonucu incelendiğinde; gebeliği canlı doğum ile sonuçlanan annelerin %41.4' ünün (197 kişi), ölü doğum ile sonuçlanan annelerin %52.5'inin (53 kişi), düşük ile sonuçlanan annelerin %46.7' sinin (14 kişi), doğum ve düşüğü gerçekleşmeyen annelerin %45.1' inin (65 kişi) birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin gebeliğinin sonucu ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Aynı değişken, annelerin risk taşımaması veya herhangi bir sayıda risk taşımasına göre iki grupta değerlendirildiğinde (Bir risk veya birin üzerinde risk), $p=0,820$ bulunmuş, yine istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile anne ölümüne etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum şekli incelendiğinde; gebeliği normal doğum ile sonuçlanan annelerin %38.8' inin (81 kişi), gebeliği sezaryen ile sonuçlanan annelerin %46.5' inin (166 kişi) birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin doğum şekli ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ***Ancak aynı değişken, annelerin risk taşımaması veya herhangi bir sayıda risk taşımasına göre iki grupta değerlendirildiğinde (Bir risk veya birin üzerinde risk), $p=0,035$ bulunmuş, istatistiksel anlamlılığın sezaryenle doğum yapan annelerin daha çok risk taşımasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.***

Tablo 32: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi II

2007 - 2008- 2009				2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009
Risk Taşımayan Gebe				1 Risk Taşıyan Gebe			1' den Fazla Risk Taşıyan			TOPLAM
n	%*	%**		n	%*	%**	n	%*	%**	n
ÖLÜM SINIFLAMASI										
Doğrudan Anne Ölümü	96	54,9	23,4	128	59,3	31,1	187	61,1	45,5	411
Dolaylı Anne Ölümü	79	45,1	27,6	88	40,7	30,8	119	38,9	41,6	286
Toplam	175	100,0		216	100,0		306	100,0		697
x²=1,811				p=0,404						
ÖLÜM NEDENLERİ										
A-DOĞRUDAN ANNE ÖLÜMÜ										
Kanama	39	22,3	24,1	52	24,1	32,1	71	23,2	43,8	162
Gebelikte Hipertan.Bzk.	18	10,3	14,1	50	23,1	39,1	60	19,6	46,9	128
Emboli	23	13,1	31,9	17	7,9	23,6	32	10,5	44,4	72
Enfeksiyon	7	4,0	28,0	7	3,2	28,0	11	3,6	44,0	25
Diğer	9	5,1	37,5	2	0,9	8,3	13	4,2	54,2	24
B-DOLAYLI ANNE ÖLÜMÜ										
Dolaşım Sist.Hast.	25	14,3	19,2	41	19,0	31,5	64	20,9	49,2	130
Serebrovask.Sist.Hast.	17	9,7	41,5	12	5,6	29,3	12	3,9	29,3	41
Enfeksiyonlar	16	9,1	38,1	14	6,5	33,3	12	3,9	28,6	42
Neoplazmlar	1	0,6	16,7	2	0,9	33,3	3	1,0	50,0	6
Diğer	20	11,4	29,9	19	8,8	28,4	28	9,2	41,8	67
Toplam	175	100,0		216	100,0		306	100,0		697

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ölüm nedenleri incelendiğinde; ölüm nedeni doğrudan anne ölümü olan annelerin %23.4'ünün (96 kişi) risk taşımadığı, %45.5' inin (187 kişi) birden fazla risk taşıdığı, ölüm nedeni dolaylı anne ölümü olan annelerin %27.6' sının (79kişi) risk taşımadığı, %41.6' sının (119 kişi) birden fazla risk taşıdığı bulunmuştur. Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ölüm nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. **Aynı**

değişken, annelerin risk taşıması veya herhangi bir sayıda risk taşımasına göre iki grupta değerlendirildiğinde (Bir risk veya birin üzerinde risk), $p=0,262$ bulunmuş, yine istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir.

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ayrıntılı ölüm nedenleri (Doğrudan ve dolaylı anne ölümlerinin alt grupları) incelendiğinde; ölüm nedeni doğrudan-kanama olan annelerin %24.1'inin (39 kişi) risk taşımadığı, %43.8' inin (71 kişi) birden fazla risk taşıdığı, ; ölüm nedeni doğrudan-toksemi olan annelerin %14.1'inin (18 kişi) risk taşımadığı, %46.9' unun (60 kişi) birden fazla risk taşıdığı, ; ölüm nedeni doğrudan-emboli olan annelerin %31.9' unun (23 kişi) risk taşımadığı, %44.4' ünün (32 kişi) birden fazla risk taşıdığı, ; ölüm nedeni doğrudan-enfeksiyon hastalıkları olan annelerin %28' inin (7 kişi) risk taşımadığı, %44' ünün (11kişi) birden fazla risk taşıdığı, ölüm nedeni dolaylı-dolaşım sistemi hastalıkları olan annelerin %19.2' sinin (25 kişi) risk taşımadığı, %49.2'sinin (64 kişi) birden fazla risk taşıdığı, ölüm nedeni dolaylı-serebrovasküler sistem hastalıkları olan annelerin %41.5' inin (17 kişi) risk taşımadığı, %29.3' ünün (12 kişi) birden fazla risk taşıdığı, ölüm nedeni dolaylı-enfeksiyon hastalıkları olan annelerin %38.1' inin (16 kişi) risk taşımadığı, %28.6'sının (12 kişi) birden fazla risk taşıdığı bulunmuştur.

Tablo 33: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi III

2007 - 2008- 2009				2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007-2008-2009
Risk Taşımayan Gebe				1 Risk Taşıyan Gebe			1' den Fazla Risk Taşıyan			TOPLAM
n	%*	%**		n	%*	%**	n	%*	%**	n
ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ DÖNEM										
0-12 Hafta	5	2,6	41,7	4	1,7	33,3	3	0,9	25,0	12
13-21 Hafta	4	2,1	18,2	12	5,2	54,5	6	1,8	27,3	22
22-36 Hafta	21	10,8	26,6	20	8,7	25,3	38	11,4	48,1	79
37 Hafta ve Üstü	9	4,6	31,0	4	1,7	13,8	16	4,8	55,2	29
Düşük Sonrası	6	3,1	20,0	10	4,3	33,3	14	4,2	46,7	30
Doğ. Son.İlk 48 h.	63	32,3	26,0	71	30,9	29,3	108	32,5	44,6	242
Doğ. Son. 48 h.-7 gün	29	14,9	24,8	41	17,8	35,0	47	14,2	40,2	117
Doğ.Son. 7 gün-42 gün	50	25,6	25,1	64	27,8	32,2	85	25,6	42,7	199
Doğum Sırasında	8	4,1	29,6	4	1,7	14,8	15	4,5	55,6	27
Toplam	195	100,0		230	100,0		332	100,0		757
x²=18,428				p=0,299						
ÖLEN ANNELERİN GEBELİK SÜRESİ (HAFTA)										
0-12 Hafta	6	3,1	33,3	7	3,1	38,9	5	1,5	27,8	18
13-21 Hafta	9	4,6	19,6	19	8,3	41,3	18	5,4	39,1	46
22-36 Hafta	70	35,9	21,5	105	46,1	32,3	150	45,0	46,2	325
37 Hafta ve Üstü	110	56,4	30,0	97	42,5	26,4	160	48,0	43,6	367
Toplam	195	100,0		228	100,0		333	100,0		756
x²=12,072				p=0,060						

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile anne ölümüne etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin ölümün meydana geldiği dönem incelendiğinde; ölümü düşük sonrası gerçekleşen annelerin %46.7'sinin (14 kişi), ölümü 13-21 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %27.3 'ünün (6 kişi), 22-36 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %48.1' inin (38 kişi), 37 ve üstü gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %55.2' sinin (16 kişi), ölümü doğum

sonrası ilk 48 saat içerisinde gerçekleşen annelerin %44.6' sının (108 kişi) birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin ölümünün gerçekleştiği dönem ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ***Bu dönemlere ait değerlendirme, ölümlerin antenatal, natal, postnatal dönemde meydana gelmesine göre yapıldığında da istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.***

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile anne ölümüne etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebelik süresi incelendiğinde; ölümü 0-12 gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %27.8' inin (5 kişi), ölümü 13-21 gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %39.1' inin (18 kişi), 22-36 gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %46.2' sinin (150 kişi), 37 ve üstü gebelik haftasında gerçekleşen annelerin %43.6' sının (160 kişi) birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin ölümünün gerçekleştiği gebelik haftası ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ***Ancak aynı değişken, annelerin risk taşımaması veya herhangi bir sayıda risk taşımaya göre iki grupta değerlendirildiğinde (Bir risk veya birin üzerinde risk), $p=0,048$ bulunmuş, istatistiksel anlamlılığın gebelik süreci 37 hafta ve üzerine kadar devam eden annelerin daha az risk taşımamasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.***

Tablo 34: Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Risk Durumunun Değerlendirilmesi IV

2007 - 2008- 2009				2007 -2008- 2009			2007 -2008- 2009			2007-2008-2009
Risk Taşımayan Gebe				1 Risk Taşıyan Gebe			1' den Fazla Risk Taşıyan			TOPLAM
n	%*	%**		n	%*	%**	n	%*	%**	n
GECİKME VARLIĞI										
Gecikme Yaşamamış	116	64,8	32,8	117	54,2	33,1	121	39,2	34,2	354
Gecikme Yaşamış	63	35,2	18,0	99	45,8	28,3	188	60,8	53,7	350
Toplam	179	100,0		216	100,0		309	100,0		704
x²=31,699				p=0,001						
GECİKME MODELİ										
1.Gecikme	20	32,3	15,5	42	42,0	32,6	67	35,4	51,9	129
3.Gecikme	31	50,0	25,0	26	26,0	21,0	67	35,4	54,0	124
Birden Fazla Gecikme	11	17,7	11,2	32	32,0	32,7	55	29,1	56,1	98
Toplam	62	100,0		100	100,0		189	100,0		351
x²=10,410				p=0,034						
ÖNLENEBİLİRLİK DURUMU DEĞERLENDİRMESİ										
Önlenabilir Anne Ölümü	51	35,7	18,6	81	47,6	29,6	142	59,4	51,8	274
Önlenemez Anne Ölümü	92	64,3	33,1	89	52,4	32,0	97	40,6	34,9	278
Toplam	143	100,0		170	100,0		239	100,0		552
x²=20,577				P=0,001						

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ölüm sürecinde yaşadıkları gecikme durumu incelendiğinde; gecikme yaşamayan annelerin %34.2'sinin (121 kişi), gecikme yaşayan annelerin %53.7 'inin (188 kişi), birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin ölüm sürecinde yaşadığı gecikme ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark risk taşıyan annelerde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanmaktadır.

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ölüm sürecinde yaşadıkları gecikme modeli tipi incelendiğinde; birinci gecikmeyi yaşayan annelerin %51.9' unun (67 kişi), üçüncü gecikmeyi yaşayan annelerin %54 'ünün (67 kişi), birden fazla gecikme yaşayan annelerin %56.1' inin (55kişi) birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir. Annenin ölüm sürecinde yaşadığı gecikme modeli tipi ile taşıdığı risk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, bir ve birden fazla gecikme yaşayan annelerin oranı, risk artıkça artmakta iken, üçüncü gecikmeyi yaşayan annelerin risk taşımayan annelerdeki oranının bir risk taşıyanlardan daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ölümün önlenebilirlik durumu incelendiğinde; ölümü önlenebilir annelerin %51.8' inin (142kişi), önlenemez annelerin %34.9 'unun (97 kişi), birden fazla risk taşıdığı belirlenmiştir.

4.8 Anne Ölümüne İlişkin Faktörler İle Önlenebilirlik Durumunun Değerlendirilmesi

Tablo 35: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi I

	2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007-2008- 2009
	ÖNLENEBİLİR			ÖNLENEMEZ			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
YAŞ							
15-19 Yaş	13	3,8	46,4	15	4,2	53,6	28
20-24 Yaş	46	13,3	42,6	62	17,5	57,4	108
25-29 Yaş	69	19,9	43,9	88	24,8	56,1	157
30-34 Yaş	88	25,4	45,6	105	29,6	54,4	193
35 Yaş ve üstü	130	37,6	60,5	85	23,9	39,5	215
Toplam	346	100,0		355	100,0		701
	x²=15,616			P=0,004			
GEBELİK SAYISI							
1. Gebelik	75	22,0	43,1	99	27,9	56,9	174
2-3 Gebelik	102	29,9	40,8	148	41,7	59,2	250
4 ve üstü gebelik	1	48,1	60,3	108	30,4	39,7	272
Toplam	341	100,0		355	100,0		696
	x²=23,031			P=0,001			
DOĞUM SAYISI							
Hiç Doğum Yapmamış	93	27,4	44,1	118	33,4	55,9	211
1. Doğum	64	18,8	41,0	92	26,1	59,0	156
2-3 Doğum	82	24,1	44,1	104	29,5	55,9	186
4 ve üstü doğum	101	29,7	72,1	39	11,0	27,9	140
Toplam	340	100,0		353	100,0		693
	x²=37,816			P=0,001			
RİSK DURUMU							
Risk Taşımayan Gebe	61	17,6	34,3	117	33,1	65,7	178
1 Risk Taşıyan Gebe	99	28,6	46,0	116	32,8	54,0	215
1' den Fazla Risk Taşıyan	186	53,8	60,6	121	34,2	39,4	307
Toplam	346	100,0		354	100,0		700
	x²=32,637			P=0,001			
ÖLÜM SINIFLAMASI							
Doğrudan Anne Ölümü	239	69,7	58,9	167	48,3	41,1	406
Dolaylı Anne Ölümü	104	30,3	36,7	179	51,7	63,3	283
Toplam	343	100,0		346	100,0		689
				p=0,001			

* Sütun yüzdesi ** Satır yüzdesi

Anne ölümüne ilişkin faktörler ile anne ölümünün önlenebilirliğinin değerlendirildiği bu bölümde önlenabilirlik durumuna karar verilemeyen ölümler, inceleme kapsamı dışında bırakılmıştır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden yaş incelendiğinde; 15-19 yaş grubundaki annelerin %46.4'ünün (13 kişi) ölümünün önlenabilir , %53.6' sının (15 kişi) ölümünün önlenemez, 35 yaş ve üzeri yaş grubundaki annelerin ise %60.5' inin (130 kişi) ölümünün önlenabilir, %39.5' inin (85 kişi) ölümünün önlenemez olduğu tespit edilmiştir. Anneye ait yaş grupları ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır, fark 35 yaş ve üstü gerçekleşen anne ölümlerinin en fazla önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden gebelik sayısı incelendiğinde; ilk gebeliği olan annelerin %43.1'inin (75 kişi), gebelik sayısı dört ve üzerinde olan annelerin ise %60.3' ünün (164 kişi) ölümünün önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Gebelik sayısı ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark dört ve üzerinde gebeliği olan annelerde gerçekleşen anne ölümlerinin en fazla önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden doğum sayısı incelendiğinde; hiç doğum yapmamış annelerin %44.1' inin (93 kişi), dört ve üzeri sayıda doğum yapmış annelerin %72.1'inin (101 kişi) ölümünün önlenebilir olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak

anlamalı fark vardır. Fark dört ve üzeri sayıda doğum yapmış annelerde gerçekleşen anne ölümlerinin en fazla önlenebilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden anneye ait risk durumu incelendiğinde; risk taşımayan annelerin %34.3' ünün (61 kişi), birden fazla risk taşıyan annelerin ise %60.6' sının (186 kişi) ölümünün önlenebilir olduğu tespit edilmiştir. Annenin taşıdığı risk faktörleri ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölüm nedeni incelendiğinde; doğrudan anne ölümlerinin %58.9' unun (239 kişi), dolaylı anne ölümlerinin %36.7' sinin (104 kişi) ölümünün önlenebilir olduğu tespit edilmiştir. Anne ölümü nedenleri ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark doğrudan anne ölümlerinin en fazla önlenebilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 36: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi II

	2007 - 2008-2009			2007 - 2008-2009			200 -2008-2009
	ÖNLENEBİLİR			ÖNLENEMEZ			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM							
1 Bakım Hizmeti Alanlar	39	11,4	69,6	17	4,9	30,4	56
2-3 Bakım Hizmeti Alanlar	86	25,1	54,4	72	20,7	45,6	158
4 ve Üstü Bak. Hiz. Alanlar	154	44,9	40,6	225	64,8	59,4	379
Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayanlar	64	18,7	66,0	33	9,5	34,0	97
Toplam	343	100,0		347	100,0		690
x²=33,069			p=0,001				
GEBELİK SONUCU							
Canlı Doğum	210	61,8	46,9	238	67,4	53,1	448
Ölü Doğum	59	17,4	59,6	40	11,3	40,4	99
Düşük	14	4,1	50,0	14	4,0	50,0	28
Doğum-Düşük Gerçekleşmeyenler	57	16,8	48,3	61	17,3	51,7	118
Toplam	340	100,0		353	100,0		693
x²=5,290			p=0,152				
DOĞUM ŞEKLİ							
Normal Doğum	112	40,9	56,6	86	30,9	43,4	198
Sezaryen	158	57,7	46,2	184	66,2	53,8	342
Vakum-Forseps ile Müdahaleli Doğum	4	1,5	33,3	8	2,9	66,7	12
Toplam	274	100,0		278	100,0		552
x²=6,695			p=0,035				

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin doğum öncesi bakım alma durumu incelendiğinde; hiç doğum öncesi bakım hizmeti almamış annelerin %66' sının (64 kişi), dört ve üzeri sayıda bakım hizmeti alan annelerin ise %40.6' sının

(154kişi) ölümünün önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark, dört ve üzeri bakım hizmeti alan anne ölümlerinin en önlenemez olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünölen faktörlerden annenin gebeliğinin sonucu incelendiğinde; gebeliği ölü doğum ile sonuçlanan annelerin %59.6' sının (59 kişi), gebeliği canlı doğum ile sonuçlanan annelerin ise %46.9' unun (210 kişi) ölümünün önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Gebelik sonucu ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünölen faktörlerden annenin doğum şekli incelendiğinde; gebeliği normal doğum ile gerçekleşen annelerin %56.6' sının (112 kişi), gebeliği sezaryen ile gerçekleşen annelerin ise %46.2' sinin (158 kişi) ölümünün önlenebilir olduğu tespit edilmiştir. Doğum şekli ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark normal doğum ile doğumu gerçekleşen anne ölümlerinin önlenebilirliğinin daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 37: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi III

	2007 -2008- 2009			2007 -2008- 2009			2007-2008-009
	ÖNLENEBİLİR			ÖNLENEMEZ			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
DOĞUMUN VE DÜŞÜĞÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER							
1.Basamak Sağ. Kuruluşu	2	0,7	100,0	0	0	0	2
2.Basamak Sağ. Kuruluşu	147	51,8	46,1	172	58,7	53,9	319
3.Basamak Sağ. Kuruluşu	102	35,9	45,9	120	41,0	54,1	222
Evde	31	10,9	96,9	1	0,3	3,1	32
Sevk Sırasında	2	0,7	100,0	0	0	0	2
Toplam	284	100,0		293	100,0		577
x²=35,412			p=0,001				
ÖLÜMÜN GERÇEKLEŞTİĞİ YER							
1.Basamak Sağ. Kuruluşu	2	0,6	66,7	1	0,3	33,3	3
2.Basamak Sağ. Kuruluşu	85	24,7	45,0	104	29,3	55,0	189
3.Basamak Sağ. Kuruluşu	189	54,9	47,7	207	58,3	52,3	396
Evde	23	6,7	50,0	23	6,5	50,0	46
Sevk Sırasında	45	13,1	69,2	20	5,6	30,8	65
Toplam	344	100,0		355	100,0		699
x²=12,507			P=0,014				
ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ DÖNEM							
0-12 Hafta	1	0,3	12,5	7	2,0	87,5	8
13-21 Hafta	10	2,9	52,6	9	2,5	47,4	19
22-36 Hafta	32	9,2	47,8	35	9,9	52,2	67
37 Hafta ve Üstü	13	3,8	56,5	10	2,8	43,5	23
Düşük Sonrası	14	4,0	50,0	14	4,0	50,0	28
Doğum Sonrası İlk 48 Saat	120	34,7	51,5	113	31,9	48,5	233
Doğ. Son. 48 saat-7 gün	57	16,5	50,9	55	15,5	49,1	112
Doğ. Son. 7 gün-42 gün	85	24,6	46,2	99	28,0	53,8	184
Doğum Sırasında	14	4,0	53,8	12	3,4	46,2	26
Toplam	346	100,0		354	100,0		700
x²=6,453			p=0,597				
ÖLEN ANNENİN GEBELİK SÜRESİ (HAFTA)							
0-12 Hafta	3	0,9	23,1	10	2,8	76,9	13
13-21 Hafta	22	6,4	52,4	20	5,7	47,6	42
22-36 Hafta	145	42,2	47,4	161	45,6	52,6	306
37 Hafta ve Üstü	174	50,6	51,8	162	45,9	48,2	336
Toplam	344	100,0		353	100,0		697
x²=5,014			p=0,171				

* Sütun yüzdesi ** Satır yüzdesi

Anne ölümünün önlenabilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden doğum ve düşüğün gerçekleştiği yer incelendiğinde; doğum veya düşüğü evde gerçekleşen annelerin %96.9' unun (31 kişi), üçüncü basamak sağlık kuruluşunda gerçekleşen annelerin %45.9' unun (102 kişi) ölümünün önlenabilir olduğu tespit edilmiştir. Doğum ve düşüğün gerçekleştiği yer ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark doğum veya düşüğü evde meydana gelen anne ölümlerinin daha çok önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenabilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölümün gerçekleştiği yer incelendiğinde; ölümü evde gerçekleşen annelerin %50' sinin (23 kişi), ölümü sevk sırasında gerçekleşen annelerin %69.2' sinin (45 kişi), üçüncü basamak sağlık kuruluşunda gerçekleşen annelerin %47.7' sinin (189 kişi) ölümünün önlenebilir olduğu belirlenmiştir. Ölümün gerçekleştiği yer ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fark sevk sırasında (Ev ile sağlık kuruluşu veya sağlık kuruluşu-sağlık kuruluşu arasında ambulans veya özel oto ile) meydana gelen anne ölümlerinin daha çok önlenebilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden ölümün meydana geldiği dönem incelendiğinde; ölümü 0-12 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %12.5'inin ölümünün önlenebilir olduğu, ölümü 12. gebelik haftasından sonra, doğum-doğum sonrası dönemde gerçekleşen annelerin ise ölümünün önlenebilir olma oranlarının %46.2 ile %56.5 arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Ölümün gerçekleştiği dönem ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bu

dönemlere ait değerlendirme, ölümlerin antenatal, natal, postnatal dönemde meydana gelmesine göre, üç dönem için gruplandırılarak incelendiğinde de istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Anne ölümünün önlenabilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden annenin gebelik süresi incelendiğinde; ölümü 0 ile 12 hafta arası gebelik döneminde gerçekleşen annelerin %23.1'inin ölümünün önlenabilir olduğu, ölümü 12. gebelik haftasından sonraki dönemde gerçekleşen annelerin ise ölümünün önlenabilir olma oranlarının %47.4 ile %52.4 arasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Ölümün gerçekleştiği gebelik haftası ile anne ölümünün önlenebilirlik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 38: Anne Ölümünün Önlenebilirliğine İlişkin Faktörlerin Değerlendirilmesi IV

	2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009			2007 - 2008- 2009
	ÖNLENEBİLİR			ÖNLENEMEZ			TOPLAM
	n	%*	%**	n	%*	%**	n
ÖLÜM NEDENLERİ							
A-DOĞRUDAN ANNE ÖLÜMÜ							
Kanama (Antepartum, intrapartum, postpartum)	105	30,3	65.6	55	15,5	34.4	160
Gebelikte Hipertansif Bzk.(Preeklamp.vb)	84	24,3	66.1	43	12,1	33.9	127
Amniotik Sıvı Embolisi	12	3,5	16,9	59	16,6	83.1	71
Obstetrik Enfeksiyonlar	20	5,8	83.3	4	1,1	16,7	24
Diğer	18	5,2	75.0	6	1,7	25.0	24
Toplam	239	69,1		167	47,0		406
x²=65.946				p=0,001			
B-DOLAYLI ANNE ÖLÜMÜ							
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (Kardiyovasküler, Pulmoner Emboli vs.)	56	16,2	43.4	73	20,6	56.6	129
Serebrovasküler Sistem Hastalıkları (İntaraserebral hemoraji, serebral ven trombozu vb.)	6	1,7	15.0	34	9,6	85.0	40
Enfeksiyon hastalıkları	18	5,2	42.9	24	6,8	57.1	42
Neoplazmalar	1	0,3	16,7	5	1,4	83.3	6
Diğer Dolaylı Nedenler (Solunum, Endokrin vb.Sistem Hast)	23	6,6	34.8	43	12,1	65.2	66
Toplam	104	30,0		179	50,5		283
x²=70.022				p=0,001			
Tanı konulamayan	3	0,9	25.0	9	2,5	75.0	12
Toplam	346	100,0		355	100,0		701
x²=110.968				p=0,001			

* Sütun yüzdesi

** Satır yüzdesi

Anne ölümünün önlenebilirliğine etkili olabileceği düşünülen faktörlerden anne ölüm nedeni incelendiğinde; kanamaların %65.6' sının

(105 kişi), gebelikte hipertansif bozuklukların %66.1' inin (84 kişi), obstetrik enfeksiyonların %83.3' ünün (20 kişi) ölümünün önlenabilir olduğu, obstetrik embolilerin ise %83.1' inin (59 kişi) ölümünün önlenemez olduğu saptanmış ve doğrudan anne ölümleri ile ölümün önlenebilirliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark obstetrik emboliye bağlı ölümlerin daha çok önlenemez olmasından kaynaklanmaktadır. Dolaylı anne ölümleri değerdendirildiğinde; dolaşım sistemine bağlı ölümlerin 43.4'ünün (56 kişi), serebrovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümlerin %15.0' ının (6 kişi), enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin %42.9' unun (18 kişi), neoplazmaya bağlı ölümlerin %16.7' inin (1 kişi) ölümünün önlenabilir olduğu saptanmış ve dolaylı anne ölümleri ile ölümün önlenebilirliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark dolaşım sistemi hastalıkları ve enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin daha fazla önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 39: Anne Ölümünün Önlenebilirliğinde Etkili Faktörlerin Lojistik Regresyonla Analizi-I

Variables in the Equation									
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	yas			1,089	4	,896			
	yas(1)	-,112	,530	,045	1	,833	,894	,316	2,527
	yas(2)	,048	,354	,018	1	,893	1,049	,524	2,100
	yas(3)	-,249	,333	,560	1	,454	,779	,406	1,497
	yas(4)	-,024	,306	,006	1	,938	,977	,536	1,779
	anatani(1)	,644	,223	8,358	1	,004	1,905	1,231	2,948
	gebeliks(1)	,270	,268	1,011	1	,315	1,310	,774	2,216
	dsayýsý(1)	-,196	,246	,636	1	,425	,822	,507	1,331
	dogumnerede(1)	21,254	10856,764	,000	1	,998	2E+009	,000	.
	olumwhere(1)	1,141	,413	7,628	1	,006	3,131	1,393	7,036
	dobalma(1)	,869	,380	5,217	1	,022	2,383	1,131	5,022
	riskdurumu(1)	,615	,253	5,905	1	,015	1,849	1,126	3,036
	dogum(1)	-,032	,238	,018	1	,893	,969	,608	1,544
	Constant	-1,150	,456	6,367	1	,012	,317		
Step 2	anatani(1)	,677	,218	9,689	1	,002	1,969	1,285	3,015
	gebeliks(1)	,280	,264	1,123	1	,289	1,323	,788	2,222
	dsayýsý(1)	-,199	,234	,721	1	,396	,820	,518	1,297
	dogumnerede(1)	21,231	10886,052	,000	1	,998	2E+009	,000	.
	olumwhere(1)	1,132	,411	7,575	1	,006	3,101	1,385	6,941
	dobalma(1)	,846	,377	5,027	1	,025	2,331	1,112	4,883
	riskdurumu(1)	,649	,237	7,466	1	,006	1,913	1,201	3,047
	dogum(1)	-,042	,235	,032	1	,859	,959	,605	1,520
	Constant	-1,250	,310	16,254	1	,000	,286		
Step 3	anatani(1)	,678	,218	9,712	1	,002	1,970	1,286	3,017
	gebeliks(1)	,279	,264	1,113	1	,291	1,322	,787	2,219
	dsayýsý(1)	-,195	,233	,699	1	,403	,823	,521	1,299
	dogumnerede(1)	21,256	10889,326	,000	1	,998	2E+009	,000	.
	olumwhere(1)	1,135	,411	7,638	1	,006	3,111	1,391	6,958
	dobalma(1)	,840	,376	4,996	1	,025	2,316	1,109	4,837
	riskdurumu(1)	,640	,232	7,618	1	,006	1,896	1,204	2,986
	Constant	-1,276	,275	21,489	1	,000	,279		
	anatani(1)	,672	,217	9,565	1	,002	1,957	1,279	2,996
Step 4	gebeliks(1)	,193	,243	,629	1	,428	1,212	,753	1,951
	dogumnerede(1)	21,246	10892,188	,000	1	,998	2E+009	,000	.
	olumwhere(1)	1,117	,410	7,436	1	,006	3,056	1,369	6,821
	dobalma(1)	,827	,375	4,862	1	,027	2,287	1,096	4,770
	riskdurumu(1)	,638	,232	7,598	1	,006	1,893	1,203	2,981
	Constant	-1,371	,252	29,666	1	,000	,254		
	anatani(1)	,686	,216	10,036	1	,002	1,985	1,299	3,033
Step 5	dogumnerede(1)	21,249	10926,501	,000	1	,998	2E+009	,000	.
	olumwhere(1)	1,133	,408	7,691	1	,006	3,104	1,394	6,910
	dobalma(1)	,794	,373	4,535	1	,033	2,213	1,065	4,595
	riskdurumu(1)	,647	,231	7,817	1	,005	1,909	1,213	3,004
	Constant	-1,338	,248	29,164	1	,000	,262		

a. Variable(s) entered on step 1: yas, anatani, gebeliks, dsayýsý, dogumnerede, olumwhere, dobalma, riskdurumu, dogum.

Tablo 40: Anne Ölümünün Önlenebilirliğinde Etkili Faktörlerin Lojistik Regresyonla Analizi-II

ETKİLİ FAKTÖR	B	P	OR (%95-GA)
Tanı-Doğrudan Anne Ölümü	0,686	0,002	1,98 (1,29-3,03)
Doğumun Yeri-Evde ve Sevk Sırasında	21,249	0,998	2E+009(0,00-..)
Ölüm Yeri-Evde ve Sevk Sırasında	1,133	0,006	3,10 (1,39-6,91)
Doğum Öncesi Bakım-Almamış Olma	0,794	0,033	2,21 (1,06-4,59)
Risk Durumu-1 ve Üzerinde Risk Taşıma	0,647	0,005	1,90 (1,21-3,00)
Sabit	-1,338	0	0,262

Anne ölümlerinin önlenebilirliğine etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; anne ölümünün doğrudan anne ölümü olması, ölümün evde veya sevk sırasında (Ev ile sağlık kuruluşu veya sağlık kuruluşu-sağlık kuruluşu arasında ambulans veya özel oto ile) gerçekleşmesi, doğum öncesi bakım hizmeti almamış olması, bir ve üzeri risk taşımasının ölümün önlenebilirliği üzerine etkili olduğu görülmüştür. Ölümün doğrudan anne ölümü olması neredeyse 2 kat, evde ve sevk sırasında ölümün gerçekleşmesi 3.1 kat, doğum öncesi bakım almamış olması 2.2 kat, annenin bir veya birin üzerinde sayıda risk taşıması 1.9 kat ölümün önlenebilirliğini arttırmaktadır.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Anne ölümlerinin önlenebilirliğine etkili faktörleri değerlendirmeye geçmeden önce, anne ölümlerine ilişkin verinin toplanması ve anne ölüm oranının hesaplanması tartışılmalıdır. Pek çok ülke için nüfus içerisinde anne ölüm düzeyini ölçmek halen çok zordur³. Birçok ülkede resmi idari kayıt sistemi içerisinde ölüm kayıtları güvenilir değildir. Bu durumda üreme çağındaki bir kadın ölümünü daha da hassas olan anne ölümünü tespit etmek zorlaşmaktadır³. Ülkelerin idari kayıt sistemlerinin güçlü yapısı ile veri güvenilirliği ve veri kalitesi yakından ilgilidir. Suriye çalışmasında, çalışmanın en büyük sınırlılığı; kadın ölümlerinde %20-30 kayıtsızlık oranının olması, ölüm nedenlerinin belgelendirilmesinde ve kodlanmasındaki eksiklikler olarak belirlenmiştir⁴⁸, Hindistan’ da yapılan çalışmada da resmi kayıtlarda, ölen annelerin üçte ikisinden çoğunun ölüm nedeni belli değil idi⁴⁶. Ülkemizde de ölümlere ilişkin idari kayıt sistemleri ne yazık ki halen güvenilir değildir. UAÖA 2005’ in⁵ ardından kurulan Anne Ölümleri İzleme Programı⁶⁶ bu konudaki açığı kapatmak, uluslar arası veri güvenliğini güçlendirmek amacı ile disiplinize bir şekilde 81 ilde yürütülmektedir. Hem ülkemizde kurulan Anne Ölümleri İzleme Programı⁶⁶ kapsamında yürütülen çalışmalar hem de ulusal ana çocuk sağlığı göstergelerimizdeki iyileşme, DSÖ’ nün 2008 yılı anne ölüm oranımızı yüzbinde 23 olarak kabulünde son derece etkili olmuştur. Ancak bu yeterli değildir. TÜİK tarafından yürütülen ülkemizin ölüm istatistikleri çalışması, 81 ile yaygınlaşıp, kent ve kırsal yerleşim bölgelerine ait tam ve nitelikli ölüm verisi sağlandığında, bu durum hem ölümlere ait idari kayıt sistemini güçlendirecek hem de Sağlık Bakanlığı anne ölümleri verisinin hem sayı hem de nedensel olarak bir başka veri tabanı ile

karşılaştırılmasına imkan tanıyacak, uluslararası veri güvenliğimizin kabulünü sağlayacaktır. Ülkede karşılaştırma sistemlerinin olması da DSÖ'nün veri güvenliği için beklentilerinden biridir.

DSÖ “1990-2008 Anne Ölümleri Trendi” çalışmasında anne ölümü oranının hesaplanmasında yararlanılan indikatörlerin; kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla, satın alma gücü paritesi, genel doğurganlık hızı, eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum, sağlık kuruluşunda doğum, sosyal ve ekonomik kalkınma indeksi, doğuştan beklenen yaşam süresi, doğum öncesi bakım alma oranı, doğurganlık düzeyi vb.” olduğu belirtilmişti³. Bu kapsamda bakıldığında, İngiltere’de 1952 yılından beri anne ölümleri gizlilik esaslı raporlanmakta, ulusal veri tabanlarındaki veriler, anne ölümlerinde rol oynayan faktörler açısından değerlendirilmekte ve tanımlanarak raporlanmaktadır. Bu değerlendirmeler sonucu görülmektedir ki; sosyoekonomik durum açısından dezavantajlı grubu oluşturan kadınlar sosyoekonomik durumu yüksek kadınlara göre ölüm açısından 20 kat daha dezavantajlıdır^{6,36}. Ülkemizdeki surveyans sistemi ne kadar güçlendirilmiş olsa da, yukarıda sayılan DSÖ parametrelerinin birçoğu sağlanmakla birlikte, ölen annelerin ailelerine ilişkin sosyoekonomik duruma ilişkin verinin toplanamaması bir eksikliktir. Anne Ölümleri İzleme Programı⁶⁶ kapsamında yürütülen surveyans sistemimiz her anneye ait sosyoekonomik durum ve annenin eğitim durumuna ilişkin değişkenler açısından da güçlendirilmelidir.

Öncelikle yaptığımız çalışmada, ölen annelere ait, anne ölümünde etkili olabileceği düşünülen değişkenler tek tek incelenecektir. Bu değişkenler anne ölümlerine ait önlenabilirlik durumunun tartışılmasında, üretilecek çözümlerin, sağlık politikalarının belirlenmesinde ana unsurlardır.

Ülkemiz anne ölüm verilerine ait yaptığımız üç yıllık çalışmada annelerimizin %4'ünün 15-19 yaş grubunda, %30.5'inin ise 35 ve üstü yaş grubunda yer aldığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırmasında ölümlerin, %5,6'sının 15-19 yaş grubunda, %28.2'sinin 35 ve üstü yaş grubunda²⁰, Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasında ise %5,9'unun 15-19 yaş grubunda, %25.2'sinin 35 ve üstü yaş grubunda⁵ meydana geldiği görülmüştür. Arjantin' de 2002 yılında yapılan çalışmada, ölen annelerin %23'ünün adolesan, %53.8'inin 20-34 yaş aralığında, %23'ünün 35 yaş üzerinde olduğu belirlenmiştir³⁸. Bu bir Güney Amerika ülkesinde adolesan gebeliklerin ülkemizden ne kadar fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum ülkemizde yürütülen üreme sağlığı kapsamındaki adolesan sağlığı programlarının etkinliğini göstermektedir ki TNSA verilerinde göre de 2003 TNSA' da²⁶ çocuk doğurmuş veya araştırma sırasında gebe olan adolesan oranı %7.5 iken bu oran 2008 TNSA' da²⁷ %5.9'a gerilemiştir⁶⁷. Adolesan doğurganlık hızı DSÖ raporunda dünya geneli için binde 47, Avrupa için binde 23, Doğu Akdeniz Bölgesinde binde 35' tir³. Ülkemizde 1998-2008 arası dönem için TNSA' larda bulunan değerler sırası ile binde 60-46-35'tir. Son on yılda adolesan gebeliklerde gerçekleşen düşüş ile yarı yarıya ilerleme kaydettiğimiz ortadadır. Halen bu değer ile DSÖ raporuna göre coğrafi sınıflamada Doğu Akdeniz bölgesi, ekonomik sınıflamada üst-üst/orta gelir grubu ülkeler arasındayız³. İspanya çalışmasında anne ölümleri 35-44 yaş grubu arasında, 35 yaş altındakilere göre 3 kat fazla bulunmuştur⁴⁰. Bizim çalışmamızda 35 yaş üzeri anne ölümlerinin yüksek çıkmasının, ülkemizde ilk doğurganlık yaşının da gittikçe ileri yaşlara kaymasından kaynaklanmakta olduğu düşünülebilir.

Annelerin gebelik durumu ve pariteleri incelendiğinde çalışmamızda, annelerin, %24.6'sının ilk gebeliği olduğu, % 38.2'sinin

ise dört ve üzeri sayıda gebe kaldığı, %29.6'sının hiç doğum yapmamış anneler olduğu, %19.7'sinin dört ve üzeri sayıda doğum yapmış olduğu, %31.6'sının hiç yaşayan çocuğu olmadığı belirlenmiştir ki bu değerler doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı değişken grubunun en yüksek sayılarıdır. Ülkemizde yapılan Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırmasında dört ve üzeri sayıda doğum yapmış anne oranı %22.7²⁰ iken Suriye' de Hyam Bashour ve ark.' nın yaptığı çalışmada bu oran %40' tır, iki oran da bizim çalışmamızdan yüksektir⁴⁸. Kaybettiğimiz dört anneden birinin ilk gebeliği, üç anneden birinin ilk doğumudur. Hiç doğum yapmamış veya yaşayan çocuğu olmayan annelerin dosyaları geriye dönüp tekrar incelendiğinde bunların öykülerinde, kötü gebelik hikayeleri, düşükler, ölü doğumlar, sistemik hastalıklar vb. risklerin olduğu gözlenmiştir.

Doğum öncesi bakım ile ilgili değerlendirmede çalışmamızdaki annelerin %13.7'sinin doğum öncesi bakım hizmeti almadığı, %52.7'sinin 4 ve üzeri sayıda hizmet aldığı tespit edilmiştir ki doğum öncesi bakım almama oranı Türkiye UAÖA' da %21.2, TNSA 2008' de %8, 4 ve üzeri sayıda bakım alma oranı TNSA 2008' de %73.7' dir. Son üç yılda vefat eden annelerimiz TNSA' daki orana ulaşmış olmasalar da, UAÖA' sındaki annelerden daha fazla sayıda bakım almışlardır. Mısır 2000 Anne Ölüm Araştırması' nda doğum öncesi bakım almama %19 bulunmuştur⁴², bizim anne ölüm araştırmamız beş yıl sonra yapılmış olmasına rağmen oran iki puan yüksektir. İngiltere' de gizlilik esaslı raporlanmakta olan anne ölümleriyle ilgili araştırmada, annelerin, %20'sinin rutin dört antenatal bakım hizmeti almadığı bulunmuştur¹⁶ ki bu kadınların bizim çalışmamızdaki annelerden çok daha fazla sayıda bakım aldıkları açıktır.

Araştırmamızdaki annelerin %61,3'ünün gebeliği canlı doğum, %13'ünün gebeliği ölü doğum, %3,8'inin gebeliği düşük ile sonuçlanmış, %18,4'ü ise gebelik sonuçlanmadan vefat etmişti ki Suriye' de gerçekleştirilen çalışmada fetal ölüm ile hastaneye başvurunun anne ölüm riskini 6 kat arttırdığı bulunmuştu. Yine çalışmamızda doğumu gerçekleştirenler içinde yapılan hesaplamada normal vajinal doğum yapanların oranı %36,1, sezaryen ile doğum yapanların oranı %61,7 idi ve bu oran UAÖA' da bulunan %48,5 olan sezaryen oranından yüksektir. Beathe Andersgaard A ve ark. tarafından yapılan Norveç çalışmasında 45 kadından 32'si sezaryen olmuştu (%71) ve bu vakaların yarısından çoğunda operasyona bağlı komplikasyon gelişmişti⁴³.

İncelediğimiz annelerin, %29,4'ünün doğumu üçüncü basamak, %43,7'inin ikinci basamak sağlık kuruluşunda, %25,8'inin ölümü ikinci basamak, %52,4'ünün ölümü üçüncü basamak sağlık kuruluşunda meydana gelmişti ve bu bize doğumların daha çok ikinci, ölümlerin daha çok üçüncü basamakta olduğunu göstermektedir, bu oran UAÖA' da hem doğum hem ölüm için ikinci basamak sağlık kuruluşu yüksekliği şeklinde idi. Arjantin' de 2002 yılında yapılan çalışmada ise ölümlerin %69'unun sağlık kuruluşunda meydana geldiği tespit edilmiştir³⁸, bizim çalışmamızda bu oran %78,6' dır. Yine çalışmamızda evde doğum oranı 4,6, ölüm oranı 9,1 iken bu oran UAÖA' da sırası ile 18,9 ve 21,0 idi. Bu da evde doğum oranında $\frac{1}{4}$, evde ölüm oranında $\frac{1}{2}$ lik bir azalmaya denk gelmektedir. Suriye çalışmasında evde doğum yapan ve ölen anneler sadece %5' tir ve çalışmamızdakine yakındır⁴⁸. TNSA 2008' de sağlık personeli yardımı olmadan doğum oranı %8' lere düşmüştür, bu oran çalışmamızdaki düşüşü destekler.

Çalışmamızda, annelerin gebelik süresi açısından %47.1' inin 37. ve üzeri gebelik haftasından sonra ölümünün gerçekleştiği bulunmuştur, bu oran 1998 Hastane Araştırması' nda %31.1' dir ve bizim çalışmamızdan düşüktür. Annelerin ölüm zamanı değerlendirildiğinde; %71.7' sinin doğum sonrası 42 gün içinde, hatta %31.2'inin doğum sonrası ilk 48 saatte öldüğü bulunmuştur, 1998 Hastane Araştırması' nda doğum sonrası 42 gün içinde ölüm oranı %59.1, UAÖA' ında %54.1' dir ve bu oranlar çalışmamızın altındadır. Betina Ristorp Andersen ve ark. larının Danimarka çalışmasında ölümlerin %29.6' sı gebeliğin sonlandırılmasını takiben 42 gün içinde meydana gelmişti ki⁴⁹, bu oranın bizim oranımızın çok altında olmasının nedeni Danimarka' da postpartum kanamanın ilk dört ölüm nedeni arasında yer almamasından kaynaklanması olabilir. Suriye' nin çalışmasında anne ölümlerinin %54' ü travay ve doğum sırasında meydana gelmişti⁴⁸ ve bu dönem için bulunan oran bizim çalışmamızdan çok yüksekti. Bu sonuç o ülke için travay ve doğuma ait geliştirilmesi gereken unsurlara işaret ederken bizde doğum sonrası döneme özellikle postpartum kanamalara odaklanmamız gerektiğini göstermektedir.

Ülkemizin üç yıllık verileri değerlendirildiğinde, doğrudan anne ölümleri tüm ölümlerin %52.9' unu, dolaylı anne ölümleri tüm ölümlerin %36.9' unu oluşturmaktadır, ancak ölümlerin %6.8' inin komisyonlarda anne ölümü olduğu doğrulandığı halde kesin ölüm nedeni tanımlanamamıştır. 2005 UAÖA' ında doğrudan anne ölümleri oranı %78.8, dolaylı anne ölümlerin oranı ise %21.2' dir. Ülkemizdeki hastane araştırmasında ise doğrudan ölümler %79.5, dolaylı ölümler %14.9, bilgi yetersizliğinden karar verilemeyen anne ölümleri yüzdesi %10.8' dir. Bu sonuçlar doğrudan ölümlerdeki azalma ile dolaylı ölümlerdeki artışa işaret etmektedir. Bir yazıda farklı ülkelerdeki anne ölümlerini değerlendirme örneklerinden yola çıkarak, doğrudan ve dolaylı her iki anne ölüm

nedenleri için ihtiyaç duyulan anne sağlığını iyileştirici mşdahaleler, değerlendirme, izlem ve planlamaları gözden geçirilmiştir. Doğrudan ve dolaylı anne ölümlerinin sınıflandırılması, farklılığı konusu dikkate alınmazsa, anne ölümlerinin ana nedenlerinin ihmali, mşdahalelerin eksikliği veya başarısının tahmini konusunda yanıltıcılığa yol açarak, mşdahalelerin total anne ölüm oranı üzerindeki etkisi ile ilgili gerçekçi olmayan beklentilere neden olacağı ve sonuç olarak kaynakların etkin kullanımını engelleyeceği belirtilmiřtir⁵⁹. Abou Zahr' ın işaret ettiği gibi, "ölüm ve sakatlıklara ilişkin hem doğrudan hem de dolaylı nedenlere ilişkin obstetrik morbidite ve mortalite yükünün kapsamlı analizi" gerekmektedir⁶⁰. Böylelikle doğrudan ve dolaylı anne ölümlerini ayırt etme daha doğru yapılacak, mşdahaleler ve izleme ile programların değerlendirilmesine olanak sağlayacak, başarısızlıkların doğru adreslenmesi sağlanacak, aslında farklı bağlamalarda neyin işe yaradığını tespitte katkıda bulunacaktır. Doğrudan-dolaylı ikiliğinin önemi ile ilgili bilgilerin, daha sonra hangi anne ölümlerin yükünün fazla olduğu ve bunların en yüksek olduğu bölgelere kaynakların optimum tahsisinin sağlanması planlanması aşamasında kullanılması gerektiği belirtilmiřtir⁵⁹.

Çalışmamızda, doğrudan anne ölümlerinden kanama %20.8, gebelikte hipertansif bozukluklar (preeklampsi, eklampsi vb.) %16.4, amniyotik sıvı embolisi %9.4, obstetrik enfeksiyonlar %3.2 ile en sık görölen nedenlerdir. Dolaylı anne ölümlerinde ise, dolaşım sistemi hastalıkları %16.8, serebrovasküler sistem hastalıkları %5.3 ve enfeksiyon hastalıkları %5.4 dolaylı ölümlerin en çok gözlenen ilk üç nedenidir. Arjantinde 2002 yılında yapılan çalışmada Anne ölümlerinin ana nedenleri; %27.4 abortus komplikasyonları, %22.1 kanama, %9.5 enfeksiyon/sepsis, %8.4 hipertansif bozukluklar olarak tespit edilmiřtir³⁸. Danimarka çalışmasında Doğrudan anne ölümlerinin birincil nedeni

gebeliğe bağılı hipertansif bozukluklar idi⁴⁹. Bir başka Danimarka çalışmasında ölüm nedenleri; kardiyak hastalıklar, tromboemboli, gebeliğin hipertansif bozuklukları, intihar, amniyotik sıvı embolisi, serebrovasküler kanama, astım ve diyabettir⁵⁰. Yapılan sistematik bir incelemenin yer aldığı çalışmada, anne ölümlerinin nedenlerinde bölgesel varyasyonlar tespit edilmiş; Afrika'da ölümlerin %33.9, Asya' da %30.8' inin kanama nedeni ile meydana gelir iken, Latin Amerika ve Karayiplerde hipertansif bozuklukların çoğu ölümler için %25.7 sonuç neden olduğu bulunmuştur ve bu bölgede bazı ülkelerde ölümlerin %30' undan çoğunun abortusa bağılı ölümler olduğu görülmüştür. Sepsise bağılı ölümler Afrika, Asya, Latin Amerika ve Karayiplerde, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Kanama ve hipertansif hastalıklar, gelişmekte olan ülkelere anne ölümleri için önde gelen sebeplerdendir⁵⁶. Farklı ülke örneklerinde görüldüğü üzere, en sık görülen anne ölümleri nedenlerinin sıralaması farklılıklar göstermektedir. Güvensiz düşükler ülkemizde küçümsenecek kadar az olduğundan Arjantin çalışması, Latin Amerika ve Karayipler' e benzer bir abortus komplikasyonuna bağılı ölüm oranımızın olması mümkün değildir. Bizden daha gelişmiş bir ülke olan Danimarka' da ise ölüm nedenleri gelişmiş ülkelerdeki tabloyu yansıtmakta ve obstetrik kanamanın artık onlar için bir sorun olmadığı görülmektedir. Biz ülke olarak anne ölüm oranında gelişmiş ülkeler seviyesine doğru yol almakta iken halen kanamaların birincil neden olması gelişmekte olan ülkelerin nedensellik ağacına yakınlığımızı göstermektedir.

Çalışmamızda ölen anneler taşıdıkları risklere göre değerlendirildiğinde; %25'inin herhangi bir risk taşımadığı, %42,7'inin birden fazla risk taşıdığı görülmüş iken UAÖA' ında risk taşımayan anne oranı %35.3, birden fazla risk taşıyan anne %37.6 olarak tespit edilmiştir.

Ölen annelerin taşıdıkları risk faktörleri içerisinde çalışmamızda, en yüksek risk %22.4 ile annenin 18 yaş altı - 35 yaş ve üstü olması idi. UAÖA' da bu oran %28.4' tür. Risk faktörlerinden ikincisi, annelerin 4 ve üzeri sayıda doğum yapmış olması idi ve çalışmamızda %13.8'lik bir yüzde oluşturmakta idi, UAÖA' da bu oran %23.9 idi. Bu durum yıllar içerisinde hem yaş hem de parite düzeyinde iyileşme olmaya başladığını göstermektedir. Bu risklerin sadece incelenen anne ölümü dosya içeriğinin ve sözel otopsi formlarının değerlendirilmesi ile belirlendiği de tekrar belirtilmelidir Risk faktörleri incelendiğinde, 18 yaş altı-35 yaş ve üstü olma tüm risklerin %22.4' ünü oluştururken, UAÖA' sında bu durum tüm risklerin %16.7' sidir. Adolesan ölümlerin gerilediğini düşünürsek, 35 yaş ve üstü yaş grubunda olup risk taşıma aslında aradaki %6' lık farktan daha yüksektir.

En önemli risklerden, önceki veya mevcut gebeliğe ait gebelikte hipertansif bozukluklar (preeklampsi, eklampsi vb.), dolaşım sistemi hastalıkları, kronik hipertansiyona ait çalışmamızdaki risk oranı %17.4 iken UAÖA' sında bu oran 18.3' tür, bu durum yıllar bazında dolaşım sistemi hastalıkları açısından annelerin risk durumunda çok değişiklik olmadığını göstermektedir. Riskler içinde anemi çalışmamızda %4.7 iken UAÖA' ında %3.7' dir ve yaklaşık değerlerdir. Annenin taşıdığı risk faktörleri ile ölüm sürecinde yaşadıkları gecikme durumu irdelendiğinde, risk taşıyan annelerde daha fazla gecikme yaşanmasından kaynaklanan istatistiksel anlamlılık vardır. Ölen annenin taşıdığı risk faktörleri ile ayrıntılı ölüm nedenleri değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlılık bulunmuş, dolaylı- serebrovasküler hastalıklar ve enfeksiyon hastalıklarında risk taşımayan anne yüzdesi fazla iken diğer tüm doğrudan ve dolaylı anne ölümlerinin birden fazla risk taşıyan annelerde en çok meydana geldiği görülmüştür. Anneye ait risk durumu ile, diğer değişkenler olan, doğum öncesi bakım alma durumu, gebelik sonucu, doğum şekli, ölümün

meydana geldiği dönem ve gebelik haftası arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Annelerin taşıdıkları riskten sonra gecikme modelleri tartışılacaktır. 2007 yılında ölen annelerin %45'inde, 2008 yılında ölen annelerin %42.7'sinde, 2009 yılında ölen annelerin %53.9'unda herhangi bir gecikme yaşanmıştır, bu durumun Anne Ölümleri İzleme Programının başlamasından sonra gecikme modellerine yaklaşım konusundaki ayrıntıcılığın ve profesyonel yaklaşımın kuvvetlenmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Üç yıllık vaka toplamında gecikme yaşayan 350 vakanın %64.5' i birinci gecikme, %2.6' sı ikinci gecikme, %62.3' ü üçüncü gecikme yaşamıştır ki bir, iki ve üçüncü gecikmeyi ortak yaşayan çok sayıda vaka vardır.

Gecikme yaşanmışsa, ancak bunların hangi modele ait sınıflamada yer aldığını değerlendirmek sağlık politikalarının planlanmasında ön koşuldur. 2007 yılında ölen annelerin %53.4' ünde, 2008 yılında ölen annelerin %49.3'ünde, 2009 yılında ölen annelerin %46.1'inde birinci gecikme modeli, 2007 yılında ölen annelerin %46' sında , 2008 yılında ölen annelerin %47.1' inde, 2009 yılında ölen annelerin %51.8'inde üçüncü gecikme modeli yaşanmıştır. Üç yılın toplamında ikinci gecikmeyi yaşayan sadece 9 vakadır. Bu da yıllar bazında birinci gecikme yaşanma oranı azalırken, üçüncü gecikme de artış olduğunu bize göstermektedir.

Gecikme modeli tipi ile yaş ilişkisi değerlendirildiğinde, 15-24 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre birinci gecikme yaşanma oranı, 35 yaş ve üstü grupta da diğer gruplara göre birden fazla gecikme yaşanma oranı daha yüksek bulunmuş olsa da yaş grupları ile gecikme modeli tipi

arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Ama genç yaştaki annelerin tehlike işaretlerini tanıma, hizmet alma kararını vermede güçlük yaşadıkları, 35 yaş üstü annelerin de %84' ünün birden fazla risk taşıması nedeni ile daha çok komplikasyona maruz kalmaları ve belki de sağlık kuruluşundaki müdahalelerden kaynaklanan gecikmeye maruz kalmaları bu durumu açıklayabilir.

Çalışmamızda annelerin gebelik sayısı ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Doğum sayısı değerlendirildiğinde ise anlamlılık bulunmuştur ve istatistiksel anlamlılığın dört ve üzeri doğumu gerçekleştiren anne ölümlerinde birden fazla gecikmenin daha fazla yaşanmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda gecikme modeli tipi ile doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel anlamlılık tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanmıştır. Ancak doğum öncesi bakım hizmeti almamış olanlar ve sadece bir kez almış olanlarda birden fazla gecikmenin daha çok yaşandığı vurgulanmalıdır. Gebelik sonucu açısından da tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanan istatistiksel anlamlılık vardır ve burada da canlı doğum ve düşükle sonuçlananlarda üçüncü gecikmenin, ölü doğum ile sonuçlananlarda birinci gecikmenin daha çok yaşandığı belirtilmelidir. Doğumun normal doğum veya sezaryen olması yaşanan gecikme modeli tipi ile ilişkili bulunmamıştır. Doğum şeklinde olduğu gibi ölümün hangi dönemde gerçekleştiği de istatistiksel anlamlılık taşımamaktadır. Ölümün doğum öncesi-doğum-doğum sonrası dönemde gerçekleşmesi bir , iki veya üçüncü gecikmenin yaşanmasında herhangi bir önceliğe sahip değildir.

Çalışmamızda doğum-düşüğün ve ölümün gerçekleştiği yer ile gecikme modeli tipi arasında da tüm grupların birbirinden farklı olmasından kaynaklanan istatistiksel anlamlılık vardır. Burada da evde ve sevk sırasında yaşanan doğum ve ölümlerin en çok birden fazla gecikme yaşayan grupları oluşturduğu görülmüştür.

Annenin taşıdığı risk faktörleri ile yaşanan gecikme modeli tipi arasında da risk taşımayan anne ölümlerinde birden fazla gecikmenin daha az yaşanmasından kaynaklanan istatistiksel anlamlılık vardır. Ölüm nedenlerinden de burada bahsetmek uygun olacaktır. Dolaylı anne ölümlerinde birinci gecikmenin yaşanması, doğrudan anne ölümlerine göre iki kattan fazladır. Üçüncü gecikmenin yaşanması ise doğrudan ölümlerde iki kat fazladır ve ayrıca doğrudan anne ölümlerinde üç ve birden fazla gecikmenin daha çok yaşanması istatistiksel anlamlılık oluşturmaktadır.

Çalışmamızdaki gecikme modelleri tipine ilişkin analizler yukarıda anlatıldığı şekilde gerçekleşmiş idi. Bu bölümün altını değerlendirerek ölümleri önlemek adına bulunulacak öneriler için hangi gecikme başlığının altında hangi faktörlerin etkili olduğunu anlamaya ihtiyacımız vardır.

Gecikme modellerinin dağılımında görülen en önemli unsur, aslında her başlık altında incelenen maddelerin bir birinden bağımsız olmadığıdır. Örneğin; verilen danışmanlık, sevk, tedavi önerilerini uygulamayan ve bu başlık altında değerlendirilen anne, tehlike işaretleri konusundaki bilgi eksikliği nedeni ile bu durumu yaşamış olabilmekte ve bu nedenle de sağlık bakımı tedavi için başvuruda da gecikme yaşamaktadır. Belki de bu durum annelerin çoğu için sosyal statüdeki eksiklikten kaynaklanmaktadır. Üçüncü gecikme açısından

değerlendirildiğinde; süreçle ilgili branş uzmanı veya hizmetin olmaması, tanı takip veya müdahalede gecikme yaşanmasına yol açmakta bu da çok sayıda sevk ve sevkte zaman kaybına neden olmaktadır.

Anne ölümünün meydana geldiği süreçte 226 vakada (tüm ölümler içinde %30.2) gerçekleşen birinci gecikme modelinden sırası ile;

- annenin verilen danışmanlık, sevk, tedavi önerilerini uygulamaması %40
- uygun sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almaması %28.3
- sağlık bakımı tedavi için başvuruda gecikme %14.5
- doğumda sağlık kuruluşu veya sağlık personeli yardımı almama %14.5
- tehlike işaretlerinin tanımlanmasında yaşanan gecikme %2.7 sorumlu idi.

UAÖA 2005' te standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörler ile ilgili farklı bir sınıflama yapıldığından bu bölümde çalışmamızla ilgili karşılaştırma yapılamamıştır. Silvina Ramos ve ark tarafından Arjantin' de anne ölümlerinin değerlendirilmesine ilişkin yapılan çalışmada, yapılan sözel otopsiler ile annelerin fiziksel semptom ve tehlike işaretlerini tanıyamadıkları ortaya konmuştur³⁸. Haiti çalışmasında incelenen toplam vakaların %66.6' ında tıbbi bakım almak için karar alma da gecikme yaşanmıştır⁴⁴, aile ve arkadaş görüşmeleri mevcut sağlık kuruluşlarına ve tıbbi bakıma olan güven eksikliğinin bakım aramaya geç karar verme ya da hiç bakım almama da önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur⁴⁴, bu bizim çalışmamızdaki değerin çok çok üstündedir. Hindistan çalışmasında vakalarda bakım alma kararının verilmesinin ardından bakıma ulaşmanın da çok uzun zaman aldığı belirlenmiş, kadının eğitim durumunun, hastalandığında hizmet almaya karar vermede tek başına etkili olmadığı sonucuna varılmıştır⁴⁶. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların yarısı sağlık kuruluşu dışında ölmektedir, bakım almaya karar vermede gecikme bunun en önemli belirleyicisidir^{21,22,46}. İngiltere' de gizlilik esaslı raporlanmakta olan anne ölümleri ile ilgili araştırmada sosyoekonomik

durum açısından dezavantajlı grubu oluşturan kadınların sosyoekonomik durumu yüksek kadınlara göre 20 kat daha dezavantajlı olduğu belirtilmiştir³⁶ bu da hizmet alma kararını etkileyen en önemli göstergedir. Gwyneth Lewis tarafından yapılan bir yayında, İngiltere'de uygulanan, gizlilik esaslı değerlendirmede (Confidential Enquiry) ölüme yol açan en sık faktörün, düzenli sağlık hizmeti alamama ve hizmete ulaşamama⁶ olduğu belirtilmiştir. Mısır Anne Ölümleri Araştırması sonuçlarının paylaşıldığı yazıda, anne için sorunları tanıma ve tıbbi bakım aramada ki gecikmelerin önde gelen önlenebilir faktörler olduğu belirtilmiştir⁴². Suriye'de gerçekleştirilen çalışmada ise ailelerin bakım almada yaşadığı gecikme anne ölümlerinde major etken olarak bulunmamıştır⁴⁸.

Araştırmamızda, üç yıllık dönemde sadece 9 vaka da ikinci gecikme yaşanmıştır. Bunlar;

- kötü iklim koşulları %44.5
- yerleşim yerine en yakın sağlık kuruluşunun uzak oluşu %33.3
- kötü coğrafi koşullar %22.2 idi.

Rosenstein MG ve ark. tarafından yapılan Arjantin' de anne ölümleri çalışmasında, vakaların % 79' unda kaliteli bakım hizmeti alma ve hizmete erişimde gecikme yaşandığı bulunmuşken³⁷, yine Arjantin' de Silvina Ramos ve ark. ları ikinci gecikmede en çok transport zorluğu ve yakındaki sağlık kuruluşuna ait hizmet sınırlılığının (kapasite eksikliği) etkili olduğunu tespit etmişlerdir³⁸. Hyam Bashour ve ark. larının Suriye' de anne ölümlerinin önlenebilirliği ile ilgili yaptığı çalışmada bakım hizmetine ulaşamama gecikmeler içinde sayılmıştır⁴⁸.

Gecikme modeli ile ilgili son yorum üçüncü gecikmeye ait olacaktır. Anne ölümünün meydana geldiği süreçte 218 vakada (tüm ölümler içinde %29.2) gerçekleşen üçüncü gecikme;

- sağlık personeline ilişkin tanı takip veya müdahalede gecikme %58.2
- tespitsiz gebe veya düşük nitelikli doğum öncesi bakım sunulması %17
- sevkte zaman kaybı, çok sayıda sevk veya güvensiz sevk %14.6
- süreçle ilgili branş uzmanı veya hizmetin olmaması %3.7
- kan temininde yetersizlik %3.7
- alt yapı, donanım, tıbbi araç gereç, malzeme eksikliği %2.8, nedenleri ile gerçekleşmiştir.

1998 Hastane Kayıtları Araştırması' nda²⁰ bilgilerine tam ulaşılan vakaların %45.6' ında hizmet eksikliği olduğu bulunmuş, Norveç' de 1976-1995 yılları arasında meydana gelen anne ölümlerinin incelendiği araştırmada, standart bakım ile önlenmesi mümkün 49 vaka değerlendirilmiş, bunların 21' inde (%42.8) standart bakım yetersizliği tespit edilmiştir ve bu iki rakam da bizim çalışmamızdan yüksektir. Tabii ki bu iki çalışmanın bizim araştırmamıza göre daha geçmişi ifade etmesi sağlık hizmetlerinin hızla iyileştiği son on yılı düşünürsek değerlerin farklılığını açıklayabilir. Arjantin'de Silvina Ramos ve ark. larına göre klinik karar verme ve tanıda hatalar, tıbbi malzeme eksikliği, obstetrik acillerin yönetimindeki hatalar üçüncü gecikmeyi oluşturan unsurlardı. Sorunlar, acil obstetrik vaka yönetim yeteneği, bakım kalitesi ve sağlık bakım sistemindeki yapısal yetmezlikten kaynaklanmakta idi. 24 saat aktif görevde bir kadın hastalıkları doğum uzmanının olmaması ve temel obstetrik bakım eksikliği anne ölüm riskinde sekiz misli artışa neden olmuştu. Konu ile ilgili programların uygulanmadığı hastanelerde anne ölüm riski 5,5 kat fazla idi³⁸. Yıllık doğum sayısı arttıkça hastaneye ait anne ölüm riski azalmakta idi. Küçük hastanelerde doğum ise on kat arttırmakta idi³⁸. Bu çalışmada hastane yapısı (temel ve acil obstetrik bakım hizmeti sunumunda nitelikli profesyonel uzmanların varlığı, uygun malzeme donanımı) ölüm için en belirleyici faktörler idi ve bunların yokluğunda ölüm dokuz kat artmakta idi³⁸. Hyam Bashour ve ark. ları Suriye' de anne ölümlerinin önlenebilirliği çalışmasında, ölümlerin %54' ünün sağlık hizmet sunucuların klinik bilgi,

beceri ve müdahale eksikliği nedeni ile meydana geldiğini göstermiştir, Postpartum kanama veya uterin rüptür nedeni ile ölen annelerin de bakım hizmetine ulaşamadığı, sağlık profesyonelleri tarafından sunulan nitelik ve kalitesi düşük bakım hizmetine maruz kaldığı belirlenmiştir⁴⁸. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A' nin Haiti' de anne ölümlerinde üç gecikme çalışması, vakaların %58.3' ünde sağlık kuruluşunda yetersiz bakım alma nedeni ile gecikme yaşandığını ortaya koymuştur⁴⁴. Anne sağlığı hizmet araştırması sonuçlarının paylaşıldığı Nairobi çalışmasında, gecekondu bölgelerinde acil obstetrik bakım hizmetlerinin zayıf olduğu ve geliştirilmesine ihtiyaç olduğu görülmüştür⁴⁵.

Yukarıda tartışılan anne ölümlerinde yaşanan gecikme modellerine ilişkin her parametre önlenabilir anne ölümleri için anahtar noktalar. Tüm anneye ait risk durumları, gecikme modellerine ilişkin ayrıntılar paylaşıldıktan sonra önlenabilirlik ile ilişkili olabilecek parametreler incelenecektir. Ülkemizde 747 anne ölümünü kapsayan üç yılın toplamında, ölümlerin %46.3' ünün önlenabilir, %47.5' inin önlenemez olduğu görülmüştür. Kuzey Carolina' da yapılan çalışma gebeliğe bağlı ölümlerin %40'ının önlenebilirlik potansiyeline sahip olduğunu göstermiştir⁴⁷ ve bu bizim çalışmamıza yakın bir değerdir. Yine aynı çalışma, medikal bakımın kalitesinin artırılması ile ölümlerin yarısının önlenileceğini kanıtlamıştır⁴⁷.

Annenin yaşı, ölümün önlenmesinde etkili olabileceği düşünülen ilk parametredir ve annenin 35 yaş ve üzerinde olması en fazla önlenebilirlik oranına sahiptir, yaş ile önlenebilirlik arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Gebelik ve doğum sayısı açısından da istatistiksel anlamlılık vardır, bu da dört ve üzeri sayıda gebe kalan, doğum yapan annelerin ölümlerinin en fazla önlenebilir olmasından kaynaklanmaktadır. Arjantin'de

Silvina Ramos ve ark. larının yaptığı çalışmada 35 yaş üzerinde olmanın ve multiparitenin ölüm riskini arttırdığı belirlenmiştir. Bu çalışmada anne yaşındaki her on yıllık artış anne ölüm riskini iki kat arttırıyor idi³⁸.

Anneye ait risk durumu değerlendirmesinde, birden fazla risk taşıyan annelerin %60.6' sının ölümünün önlenabilir olduğu tespit edilmiştir ki bu risk taşımayan annelerin oranının iki katıdır. Risk ve ölümün önlenabilirliği arasında da istatistiksel anlamlılık vardır. Risk taşıma durumu arttıkça anne ölümlülüğü artmaktadır.

Önlenabilirlik doğum öncesi bakım alma durumu ile de son derece ilgilidir, hiç doğum öncesi bakım hizmeti almamış annelerin ölümünün %66' sı, dört ve üzeri sayıda bakım hizmeti alan annelerin ise ölümünün %40.6' sı önlenebilir ve bu da istatistiksel anlamlılığı gösterir. Gebeliğin canlı doğum, ölü doğum, düşük ile sonuçlanması önlenabilirliği etkilememektedir. Ama doğumun sonlanmasının ne şekilde olduğu önemlidir ve doğumu normal doğum ile gerçekleşen annelerin %56.6'sının ölümünün önlenabilir olması istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu gösterir. Ancak Beathe Andersgaard A ve ark. tarafından yapılan Norveç çalışmasında kadınların %71' i sezaryen olmuştu, bu vakaların yarısından çoğunda operasyona bağlı komplikasyon gelişmişti, anne ölümlerinin çoğunlukla sezaryen doğuma ilişkin önlenabilirlik potansiyelinin var olduğu belirtilmişti⁴³ ve bu durum bizim çalışmamız ile çelişmektedir. Belki burada tartışılması gereken normal doğum ya da sezaryen doğumdan hangisinin ölümün önlenebilirliği için koruyucu olduğundan çok, sezaryen kararının doğru vakalarda, doğru endikasyonla, doğru zamanda verilir verilmediğidir.

Doğum ve düşüğün, ölümün gerçekleştiği yer ile önlenabilirlik durumu arasındaki ilişkide de istatistiksel anlamlılık vardır. Doğum ve düşüğü evde gerçekleşen annelerin ölümünün %96.9' unun, ölümü evde gerçekleşenlerin %50' sinin, sevk sırasında gerçekleşenlerin %69.2' sinin önlenabilirliği durumun ciddiyetini göstermektedir.

Anne ölümünün gebelik, antepartum, doğum yada postpartum dönemde olması veya ölümün meydana geldiği gebelik haftasının önlenabilirlik ile ilişkisi kanıtlanamamıştır.

Anne ölüm nedenleri aslında önlenebilirlikte üzerinde en fazla durulması gereken noktalardandır. Doğrudan anne ölümlerinin %58.9' u, dolaylı anne ölümlerinin %36.7' si önlenabilir. İstatistiksel anlamlılık doğrudan anne ölümlerinin daha fazla önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır. Berg CJ ve ark. nın gerçekleştirdiği Kuzey Carolina çalışmasında, kanama ve kronik hastalıkların komplikasyonlarına bağlı meydana gelen ölümlerin neredeyse tümünün önlenebilirlik potansiyeline sahip olduğu, bunun yanında amniyotik sıvı embolisi, mikroanjiyopatik hemolitik anemi, serebrovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin önlenilme potansiyelinin çok çok düşük olduğu bulunmuştur⁴⁷. Kanama, serebrovasküler hastalıklar, emboli için yapılan yorum bizim çalışmamız ile örtüşmektedir, ancak kronik hastalık komplikasyonu ile kastedilen bizim vakalarımızın önemli kısmını oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları ise çalışmamızda bunların önlenemezliği daha yüksek bulunmuştur. St.Petersburg' da 1992-2003 yılları arasında meydana gelen anne ölümleri incelemesinde doğrudan obstetrik ölümlerin %71' inin önlenabilir, %29 unun önlenemez olduğu, dolaylı anne ölümlerinin ise %81 inin önlenemez olduğu bulunmuştur ki bizim doğrudan ölümlerdeki önlenabilirlik oranımız

on iki puan daha düşük, dolaylı anne ölümlerindeki önlenabilirliğimiz iki kat daha yüksektir. Hyam Bashour ve ark. ları Suriye’ de anne ölümlerinin önlenabilirliği çalışmasında, ölümlerin %91’ inin önlenbilir olduğunu bulmuştur⁴⁸.

Anne ölümlerinin önlenebilirliğine etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; ölümün doğrudan anne ölümü olması nerede ise 2 kat, evde ve sevk sırasında ölümün gerçekleşmesi 3.1 kat, doğum öncesi bakım almamış olması 2.2 kat, bir ve üzeri sayıda risk taşıması 1.9 kat önlenebilirliği arttırmaktadır. İngiltere’ de gizlilik esaslı raporlanmakta olan anne ölümleri ile ilgili araştırma raporunda anne ölümlerini artıran ilişkili faktörlerin, 18 yaşın altında olma, ileri maternal yaş, obezite, artan parite, çoğul gebelik (özellikle invitro fertilizasyon), önceden var olan sağlık sorunları olduğu belirtilmiştir³⁶. Tüm bunlar bizim çalışmamızda da annenin taşıdığı risk faktörleri içinde sayılmıştır ve zaten risk durumunun önlenebilirliği güçlendirdiği gösterilmiştir. Hyam Bashour ve ark. larına göre acil transport ve formal sevk sisteminin her ikisindeki eksikliğe bağlı Suriye’ de hastaneler arasında çok fazla hareket vardı. Sevk ve acil transport, Suriye’ de sağlık sisteminde geliştirilmesi gereken zayıf noktalardan idi⁴⁸. Ülkemizde bir kadın hastalıkları ve eğitim hastanesinde yapılan 1982 ile 2001 yılları arasında hastanede meydana gelen anne ölümlerinin nedenlerinin incelendiği çalışmada sevk ve antenatal bakım eksikliğinin anne ölüm riskini sırası ile 8 ve 3 kat arttırdığı bulunmuştur. Bazı anne ölümlerinin kaçınılmaz gibi görünseler de %80’ inde standart altı uygulamalar nedeni ile hala yapacak çok şey olduğu görülmüştür⁶¹.

Hindistan çalışmasında yapılan çok değişkenli analizde belirlenen koruyucu faktörler, köyün sağlık kuruluşuna yakın oluşu, köyde eğitimli ebe-hemşire varlığı, eğitimli sağlık personeli ile doğum, eğitimli eş, evde

hastalığın zamanında farkına varacak aile bireyi varlığı, soyoekonomik faktörlerdi⁴⁶.

Yapılan “Maternal Ölümler ve Maternal Kayba Yakın Morbidite Vakaları – DSÖ 2005 Global Maternal Perinatal Sağlık Araştırması” nda, kayba yakın morbiditede etkili beş faktör; yoğun bakım ünitesinde yatma, kan transfüzyonu, histerektomi, eklampsi, kardiyak veya renal komplikasyonlar olarak belirlenmiş, bu beş faktörün ciddi maternal morbiditeyi gösteren faktörlerin kombinasyonu olduğu kabul edilmiştir. Riskli grupta %95 güven aralığında ölüm riskinin 21 kat fazla olduğu belirlenmiştir⁶². Anne ölümlerine ait detaylı incelemenin yapıldığı bu süreçte, bir sonraki adım kayba yakın morbidite vakaları üzerine odaklanma olmalıdır.

Arjantin’ de Silvina Ramos ve ark. tarafından yapılan araştırmada anne ölümlerinin önlenebilirliği için; sağlık ağının yeniden düzenlenmesi-zamanında sevke teşvik edilmesi, kanıta dayalı en iyi uygulamalar baz alınarak temel –acil obstetrik bakım için tıbbi sarf malzemeleri, hizmetler ve sağlık profesyonellerinin güçlendirilmesi^{38,39}, sağlık ekipleri ve toplum katılımı ile özellikle kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi, vakum aspirasyonu ve düşük sonrası kontrasepsiyon danışmanlığı ve temini ile güvenli olmayan düşüklere bağlı ortaya çıkan problemlerin önlenmesi, anne ölümleri süveyansı için sağlık istatistikleri departmanları ve anne-çocuk sağlığı ve epidemiyoloji ünitelerinin güçlendirilmesi, bu bilginin yayılması, anne ölümü ile ilgili kamu bilincinin geliştirilmesi, siyasi katılım ve bununla yerel yönetimler tarafından yenilikçi çözümler geliştirilmesinin sağlanması tavsiyeler içinde yer almıştır³⁸. Bizim araştırmamız kapsamında taranan yayınların tümündeki önerilerin birbirine benzer olduğu görülmüştür. Pekçok ülkede olduğu gibi

Ülkemizde de Kahire Konferansı'ndan sonra üreme sağlığı programları güçlendirilerek sürdürülmüştür. Kanıta dayalı uygulamalar baz alınarak, Sağlık Bakanlığı tarafından "Doğum ncesi Bakım Hizmetleri Yönetim Rehberi⁶⁸, Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi⁶⁹, Doğum Eylemi Yönetim Rehberi⁷⁰, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri⁷¹" 2007-2008 yıllarında yayınlanmış, hem bu rehber ve protokoller hem de be öncelikli müdahale alanını içeren sağlık personeli eğitim modülleri ile ülke genelinde sağlık personeli tarafından standart ve güvenli hizmet verilmesinin sağlanması amaçlanmıştır. 2002 yılından bu yana yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında acil bakım hizmetleri, personel istihdamı, hastane yatak sayıları, erişkin ve ocuk yoğun bakım üniteleri sayı ve donanımı önemli derecede güçlendirilmiş, böylelikle doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi hedeflenmiştir. Yasalar, rehberler, sağlık kuruluşları tıbbi donanımı adına ülkemizde ciddi bir eksiklik olmadığı açıktır. Bu belki de taradığımız birçok yayında yer alan sağlık personelinin kapasitesinin güçlendirilmesine yönelik aktivitelere ağırlık verilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır^{38,48,50,52,54}. Ülkemizdeki lmler açısından da, sevk ve sevkte zaman kaybı en kritik noktayı oluşturmakta, bu da Sağlık Bakanlığı' nın üzerine çalışmakta olduğu perinatal merkezlerde odaklanmamıza dikkat çekmektedir.

Anne ölümlerinin nlenmesindeki ana unsurlardan biri, aile planlaması hizmetlerinin güçlendirilerek, istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Kontrasepsiyon kullanımı dünyanın birçok bölgesinde son iki dekada etkileyici biçimde gelimi olmasına rağmen aile planlaması için karılanmamı ihtiyaç düşük-orta gelirli ülkelerde hala kabul edilemez derecede yüksektir. Kontrasepif kullanımı 1990 yılında %50 seviyelerinden 2000' li yıllarda %62' lere ykselmitir¹⁵. Sahra Altı Afrika'da, kadınların

%24' ü aile planlaması hizmetine erişememektedir. Dünyanın diğer bölgelerinde de oran % 10-15 arasında değişmektedir⁸. Afrika, Güneydoğu Asya ile Doğu Akdeniz bölgelerinde karşılanmamış kontrasepsiyon ihtiyacı %12-24 aralığındadır. Bu da çocuk sahibi olmak istemese de beş kadından birinin kontrasepsiyon olanaklarına ulaşamadığı anlamına gelmektedir³. Bu bölgeler ne yazık ki anne ölümlerinin de yüksek olduğu bölgelerdir. Ülkemizde karşılanmamış ihtiyaç dünya ortalaması olan %10'un³ altında olup, %6 düzeyinde²⁷ seyretse de istenmeyen düzeydedir. Ülkemizde 1980' li yıllardan bu yana aile planlaması hizmetleri, legal olarak son derece donanımlı yasalarla yürütülmektedir. Karşılanmamış aile planlamasındaki ihtiyaç, bu hizmetin sürdürülebilirliği açısından hem birinci basamak sağlık kuruluşları, özellikle düşük sonrası ve doğum sonrası dönemlerin bir fırsat olduğu düşünülürse ikinci basamak sağlık kuruluşları açısından irdelenmelidir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Anne ölümlerinin önlenabilirliğini etkileyen faktörleri incelediğimiz, 2007-2008-2009 yıllarında ülkemizde meydana gelen Sağlık Bakanlığı' na bildiriimi yapılan tüm anne ölümlerinin analizini kapsayan çalışmamız kesitsel tiptedir.

Üç yıllık sürece ait 780 anne ölümü dosyası ve bunların inceleme komisyonları raporları, belirlenen bağımlı ve bağımsız değişkenler açısından tek tek incelenmiş ve analiz edilmiştir. Bu değişkenler anne ölümlerine ait önlenabilirlik durumunun tartışılmasında, üretilecek çözümlerin, sağlık politikalarının belirlenmesinde ana unsurlardır.

Sonuç olarak anne ölümlerinin önlenabilirliği için;

- Anne ölümlerinin yaş gruplarına göre yapılan incelemesinde, %30.5 ile en çok ölüm 35 yaş ve üstü gruptadır. 15-19 yaş adolesan grupta ölüm oranı yıllar bazında azalmıştır, bunda adolesan doğurganlık hızının son on yılda ülkemizde yarı yarıya azalmış olmasının payı büyüktür ve bugün oran binde 35' tir. Ancak Avrupa ortalaması binde 23' e ulaşmamız için daha çaba sarf etmemiz gerekmektedir. Adolesan yaş grubu ülkemiz için halen özellikli ve öncelikli yaş grubu olma özelliğini korumaktadır. Doğurganlığın ileri yaşlara kaydığı ülkemizde 35 yaş ve üstü gebelikler ile 19 yaş altı gebelikleri önleme, gebelik meydana geldi ise izleme çalışmaları

için ayrıcalıklı programlar yürütmeye veya mevcut programların güçlendirilmesine ihtiyaç vardır.

- Annelerin gebelik sayısı ile ölüm durumu ilişkisi incelendiğinde, ölen annelerin ençok dört ve üzeri sayıda gebeliği olan anneler olduğu görülmüştür. Doğum sayısı veya yaşayan çocuk sayısına göre yapılan inceleme ilginçtir ve hiç doğum yapmamış anneler ile yaşayan çocuğu olmayan annelerin bu gruplar içinde en yüksek orana sahip olduğu görülmüştür. Bunlar genellikle sorunlu gebelikler geçirmiş, doğuma kadar ulaşamamış veya bebek doğsa da yaşamı idame ettirilemeyerek kaybedilmiş bebeklerin anneleridir. Kaybettiğimiz dört anneden birinin ilk gebeliği, üç anneden birinin ilk doğumudur. Bu durumda gebelik sayısı dört ve üzeri olan, hiç doğum yapmamış ama kötü gebelik öyküleri olan riskli gebeler ile doğum yapmış ancak yaşayan çocuğu olmayan riskli gebeler bizim için doğum öncesi bakım hizmetlerinde en ayrıcalıklı grubu oluşturmaktadır. Ancak ölüm sürecinde gecikme yaşanması ve ölümün önlenabilirliği açısından, hiç doğum yapmamış annelere göre dört ve üzeri sayıda doğum yapmış anneler daha şanssızdır.
- Çalışmamızda ölen annelerin %86' sının doğum öncesi bakım aldığı, yaklaşık %53' ünün ise dört ve üzeri sayıda bakım aldığı belirlenmiştir. TNSA 2008' de bu oranlar sırası ile %92 ve %74' tür. İlk oran yaklaşık gibi görünse de ikinci oran arasındaki fark çok fazladır ve bu annelerin doğum öncesi bakım almasından çok uygun sayıda en az dört kez bakım almasına odaklanmamızın gerekliliğini vurgular.
- Anneler en çok, %72' e yakın oranda doğum sonrası 42 gün içinde hatta %31.2 doğum sonrası ilk 48 saatte ölmektedir. Halen kanamalar ölüm nedenleri içinde birinci sıradadır. Postpartum dönem, postpartum kanama için hayat kurtarıcı dönemdir ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin güçlenmesi ile azalan bu

döneme ait sorunlardan dikkatimizin postpartum döneme odaklanması gerekmektedir.

- Çalışmamızda doğumu gerçekleştirenler içinde yapılan hesaplamada normal vajinal doğum yapanların oranı %36.1, sezaryen ile doğum yapanların oranı %61.7' dir. Tabii ki ölen annelerin bir komplikasyon yaşaması ve sezaryenin kurtarıcı olması oranının yüksekliğini açıklar. Çalışmamızda, normal doğum ile doğumu gerçekleştirmiş annelerin ölümleri daha önlenabilir çıkmıştır ve bu önceki cümleyi doğrular ancak oranın hem UAÖA hem de TNSA 2008' den çok çok yüksek olması, doğru zamanda doğru endikasyonla sezaryen yapılmasının detaylı gözden geçirilmesini gerektirir. Belki normal doğum olduğu için ölümü önlenemeyen annelerin sezaryene ihtiyacı varken, %61'lik oran içinde yer alıp aslında sezaryen endikasyonu olmayan anneler vardı.
- İncelediğimiz annelerin doğumlarının daha çok ikinci, ölümlerinin daha çok üçüncü basamakta olduğu tespit edilmiştir. Bu komplikasyon gelişen vakaların tedavi için üçüncü basamağa sevk ve ölümün bu nedenle burada gerçekleşmesinden kaynaklanmaktadır. Burada sevk ve sevkte zaman kaybı dikkate alınmalı, Sağlık Bakanlığı' nın üzerinde çalışmakta olduğu perinatal merkezler kapsamında özenle değerlendirilmelidir.
- Ölen annelerin %71' i bir veya birin üzerinde risk taşımaktadır. Annelerin sahip olduğu risklerin %22.4' ü 18 yaş altı-35 yaş ve üstü olma, %13.8'i dört ve üzeri sayıda doğum yapmış olma, %11'i bu gebelikte veya önceki gebeliklerde hipertansif öykü veya kronik hipertansiyon hastası olma idi. Yine bunlar bu grupların doğum öncesi bakım izlemlerindeki önceliğini göstermektedir.
- Üç yıllık süreçte meydana gelen ölümlerin %46' sında gecikme yaşanmıştır ve bu ölümler önlenbilirdir.
- 35 yaş ve üzerindeki anneler, dört ve üzeri sayıda gebeliği olan anneler, dört ve üzeri sayıda doğum yapmış anneler, ölüm nedeni

doğrudan anne ölümü olanlar, bir ve birden fazla risk taşıyan anneler, doğum öncesi bakım hiç almamış veya birkez almış olanlar, doğumu normal doğum ile gerçekleştirmiş anneler, doğumu evde-ölümü sevk sırasında gerçekleşen annelerin kendi gruplarında en yüksek yüzde ile gecikme yaşadıkları ve ölümlerinin önlenabilir olduğu bulunmuştur.

- Dolaylı anne ölümlerinde birinci gecikmenin yaşanması, doğrudan anne ölümlerine göre iki kattan fazladır. Üçüncü gecikmenin yaşanması ise doğrudan ölümlerde iki kat fazladır ve ayrıca doğrudan anne ölümlerinde üç ve birden fazla gecikmenin daha çok yaşanması istatistiksel anlamlılık göstermektedir. Doğrudan anne ölümlerinin yaklaşık %59' u, dolaylı anne ölümlerinin %37' si önlenelirdir. İstatistiksel anlamlılık doğrudan anne ölümlerinin daha fazla önlenabilir olmasından kaynaklanmaktadır.
- Ölümün doğrudan anne ölümü olması nerede ise 2 kat, evde ve sevk sırasında ölümün gerçekleşmesi 3.1 kat, annenin doğum öncesi bakım almamış olması 2.2 kat, bir ve üzeri sayıda risk taşıması 1.9 kat önlenebilirliği arttırmaktadır.

Öneriler

- Artık DSÖ tarafından ulusal anne ölümleri oranlarının hesaplanmasında kullanılan indikatörler; ***“kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH), satın alma gücü paritesi, genel doğurganlık hızı (GFR), eğitilmiş sağlık personeli yardımı ile doğum, sağlık kuruluşunda doğum, sosyal ve ekonomik kalkınma indeksi, doğuştan beklenen yaşam süresi, doğum öncesi bakım alma oranı, doğurganlık düzeyi vb.”*** olarak belirlenmiştir. Ülkemiz bu kriterler ile yapılan anne ölüm oranı hesaplamasında onsekiz yılda %66' lık düşüşü sağlamış, dünyadaki ilk on ülke içerisinde yer almıştır.

- Yukarıdaki indikatörler değerlendirildiğinde anne ölüm oranını düşürmek, sadece sağlık sektörünün görevi değildir. Ülkelerin kalkınmışlık düzeyi, ekonomisi ve eğitim durumu tüm sağlık göstergelerini etkiler. Doğru ve yerinde sağlık politikaları, doğum öncesi bakım, sağlık personeli yardımı ile doğum, toplam doğurganlık hızı gibi göstergelerde son onbeş yılda ciddi düzelmeye neden olmuştur, ancak bundan sonraki yükselme hem kadınların ve ailelerinin eğitim durumu hem de sosyoekonomik kalkınmışlığının artması ile hizmet talebinin güçlendirilmesine ihtiyaç duyar. Özellikle Sağlık Bakanlığı' nın "Acil Obstetrik Bakım Programı" kapsamında yürüttüğü sektörler arası işbirliği çalışmalarının güçlendirilerek sürekliliğinin sağlanması esastır.
- Ülkemizin önümüzdeki yıllarda hem ölümlere ilişkin idari kayıt sistemlerinin güçlenmesi, hem de Anne Ölümleri İzleme Programı kapsamında anne ölümleri surveyansında annelere ait eğitim durumu ve sosyoekonomik duruma ilişkin verinin sağlanabilmesi en önemli beklentilerden olmalıdır.
- Gecikme modellerinin alt başlıkları incelendiğinde, birinci gecikmenin, en çok verilen danışmanlık, sevk, tedavi önerilerini uygulamama, uygun sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almama, doğumda sağlık kuruluşu / sağlık personeli yardımı almama sağlık bakımı, tedavi için başvuruda gecikmeden kaynaklandığı düşünülürse, kadınların hem temel okul eğitimleri hem de evlilik öncesi danışmanlıktan başlayarak doğum sonrası döneme kadar verilen sağlık eğitimlerinin özellikle riskli grupları için güçlendirilmesi gerekmektedir. Üçüncü gecikmenin ise, sağlık personelinin tanı, takip, müdahalesinde gecikme, tespitsiz gebe veya düşük nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti sunulması, sevkte zaman kaybı- çok sayıda sevk - güvensiz sevk olduğu düşünülürse, bu durum sağlık personelinin bu konuda mesleki lisans eğitimleri, uzmanlık eğitimleri ve göreve başladıktan sonraki

hizmet içi eğitimleri sırasındaki müfredatlarının hem acil obstetrik hastaya yaklaşım açısından hem de pratik uygulamalar açısından güçlendirilmesi gerekliliğini ortaya koyar. Yine üçüncü gecikmedeki unsurlar açısından perinatal merkezlerin riskli ve gereksiz sevklerin önlenmesi için son derece dikkatli bir şekilde düzenlenmesi, anne ölümlerinin önlenebilirliğinde gündemdeki en kritik noktayı oluşturmaktadır.

- Ülkemizde 1960' lı yıllardan bu yana aile planlaması hizmetleri, legal olarak son derece donanımlı yasalarla yürütülmektedir. Aile planlaması uygulamalarının, özellikle düşük sonrası ve doğum sonrası dönemlerin bir fırsat olduğu düşünülürse, ikinci basamak sağlık kuruluşlarında güçlendirilmesi, obstetri ve jinekoloji servisleri ile daha entegre çalışması sağlanmalıdır. Hem aile hekimliği uygulaması hem de ikinci basamak sağlık kuruluşlarında bu hizmetin güçlendirilmesi halen yüksek seyreden aile planlamasında karşılanmamış ihtiyacın yerine konmasında son derece önem taşımaktadır. Bu durum istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, özellikle riskli gebeliklerin tespiti ve önlenmesi (18 yaş altı-35 yaş ve üstü gebelik, dört ve üzeri gebelik, iki doğum arasının iki yıldan kısa olması vb.) açısından son derece önemlidir. Bir ve üzeri risk taşıyan annelerdeki ölümün önlenebilirliğinin diğer ölen annelere göre iki kat fazla olduğu unutulmamalıdır. Tüm bu yapılanların, anne ölüm oranları ve anne ölümü önlenabilirlik durumuna ait oranın yüksek olduğu bölgeler için mevcut önceliklendirme çalışmalarının sürdürülebilirliğinin sağlanması gerekmektedir.
- Ülkemiz anne ölüm oranında gelişmiş ülkeler seviyesine doğru yol almakta iken yıllar içinde gittikçe azalmasına rağmen halen kanamaların birincil, gebelikte hipertansif bozuklukların ikincil neden olması geliştirmekte olan ülkelerin nedensellik ağacına yakınlığımızı göstermektedir. Önümüzdeki yıllar özellikle bu

nedenlere ve postpartum dönemdeki anne kayıplarına ait etkin stratejilerin uygulanmasını gerektirmektedir.

- Diğer önemli husus, doğrudan ölümlerdeki azalma ile dikkat çeken dolaylı ölümlerdeki artıştır. Bu ölümlerin önlenabilirliği daha düşüktür. Bu başlık altındaki nedenlere ait protokol ve rehberlerin geliştirilmesi ve vaka yönetimlerinin, sağlık personeli eğitimleri ile güçlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü önümüzdeki yıllar önlenabilirliği daha zor ölümler ile karşımıza çıkacaktır.

BÖLÜM 7

ÖZET

TÜRKİYE’ DE 2007-2009 YILLARI ARASINDAKİ ANNE ÖLÜMLERİNİN ÖNLENEBİLİRLİĞİNİ ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm düzeyi, üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve kalite seviyesi ile yakından ilişkilidir. Birçok çalışma gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında meydana gelen ölümlerin büyük bir bölümünün önlenabilir olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın amacı; üç yıllık süreçte tespit edilen anne ölümlerinin önlenabilirlik durumlarını değerlendirmek ve bunu etkileyen risk faktörlerini incelemektir.

Anne ölümlerinin önlenebilirliğini etkileyen faktörleri incelediğimiz, 2007-2008-2009 yıllarında Sağlık Bakanlığı’ na bildiriimi yapılan 780 anne ölümünün analizini kapsayan çalışmamız kesitsel tiptedir.

Çalışma sonucunda görülmüştür ki; anne ölümleri %30.5 yüzde ile en çok 35 yaş ve üstü yaş grubunda gerçekleşmektedir. 15-19 yaş adolesan grupta anne ölüm oranı, yıllar içinde adolesan doğurgan ₁ hızının azalması ile bağlantılı olarak azalmıştır. Buna rağmen halen ülkemizde adolesan doğurganlık hızı yüksektir. 35 ve üzeri yaş grubuna ait gebelikler ile 19 yaş altı gebelikleri önleme çalışmalarımızı güçlendirmemiz gerekmektedir.

Kaybettiğimiz dört anneden birinin ilk gebeliği, üç anneden birinin ilk doğumudur. Bu durumda gebelik sayısı dört ve üzeri olan, hiç doğum yapmamış ama kötü gebelik öyküleri olan riskli gebeler ile doğum yapmış ancak yaşayan çocuğu olmayan riskli gebeler bizim için doğum öncesi bakım hizmetlerinde en ayrıcalıklı grubu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda doğumu gerçekleştirenler içinde sezaryen ile doğum yapanların oranı %61.7' dir. Çalışmamızda, normal vajinal doğum ile doğumu gerçekleştirmiş annelerin ölümleri daha önlenabilir çıkmıştır. Bu durum, doğru zamanda doğru endikasyonla sezaryen yapılmasının detaylı gözden geçirilmesini gerektirir.

Ölen annelerin %71' i bir veya birin üzerinde risk taşımaktadır. Üç yıllık süreçte meydana gelen ölümlerin %46' sında gecikme yaşanmıştır ve bu ölümler önlenebilir. Ölümün doğrudan anne ölümü olması nerede ise 2 kat, evde ve sevk sırasında ölümün gerçekleşmesi 3.1 kat, annenin doğum öncesi bakım almamış olması 2.2 kat, bir ve üzeri sayıda risk taşıması 1.9 kat önlenebilirliği arttırmaktadır.

Ülkemizde son otuz yıldır artan aile planlaması çalışmaları, yürütülen Güvenli Annelik Programları' ı, 2002 yılından bu yana kararlılıkla gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki ana-çocuk sağlığı çalışmaları ana-çocuk sağlığı göstergelerinde son onbeş yılda ciddi iyileşmeye neden olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında tüm ülkede uygulanmaya başlayan birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde fırsat olduğu düşünülerek, malzeme lojistiği ve hizmet planlamasının çok iyi yapılması gerekmektedir.

Anne ölümünün meydana geldiği süreçte, tüm gecikme modellerinin yaşanmasını engellemek için yapılacaklar, diğer ülke modellerinde de görüldüğü gibi aslında çok nettir. Kadınların hem temel okul eğitimleri hem de üreme çağı süresince verilen sağlık eğitimlerinin özellikle riskli gruplar için güçlendirilmesi, riskli gebeliklerin engellenmesi, evde doğumun tamamen engellenmesi gerekmektedir. Sağlık personelinin mesleki lisans eğitimleri, uzmanlık eğitimleri ve göreve başladıktan sonraki hizmet içi eğitimleri sırasındaki müfredatlarının hem acil obstetrik hastaya yaklaşım açısından hem de pratik uygulamalar açısından güçlendirilmelidir. Yine şu anda planlama çalışmaları devam eden perinatal merkezlerin, riskli ve gereksiz sevklerin önlenmesi için son derece dikkatli bir şekilde düzenlenmesi, anne ölümlerinin önlenebilirliğinde gündemdeki en kritik noktayı oluşturmaktadır.

BÖLÜM 8

SUMMARY

RISK FACTORS EFFECTING THE PREVENTABILITY OF MATERNAL MORTALITY BETWEEN 2007-2009 IN TURKEY

As a multidimensional finding of development, maternal mortality (MM) level has a close correlation with reproductive health policy and quality of service. Many research has shown that maternal death occurring during the pregnancy, delivery and postpartum period could be preventable.

The aim of our study is to evaluate the preventability of these reported maternal deaths and to investigate the leading risk factors in that three-year period.

In this cross-sectional research, we investigated 780 maternal death that was reported to Ministry of Health in the years of 2007, 2008 and 2009 and analyzed the preventable risk factors of maternal death.

The results showed that MM rate was the highest (30.5%) in mothers aged 35 and more. However the fertility rate in adolescence is still high in our country, in the meantime, MM rate in adolescence (ages, 15-19 yrs) was decreasing. We should strengthen our policies to prevent pregnancy in women under 19 and over 34 year-old.

One in four of the maternal deaths occurred in the first pregnancy and one in three maternal deaths was in the first delivery. Risk groups are women with four or more pregnancy, nullipars with compromised

pregnancy and those who delivered but had no live child. These should be the most privileged groups in prenatal care services.

In this cohort, the ratio of Casearian Section was 61.7% in women who delivered. Maternal deaths were more preventable in women who had a vaginal delivery. This result showed that indications and timing of Casearian Section needs to be reviewed in detail.

71% of the mothers who died, had at least one risk. In three years, 46% of the MM had delay and those were preventable. Preventability of the deaths were higher in direct MM by 2-fold, MM at home or during transfer by 3.1-fold, absence of prenatal care by 2.2-fold and presence of at least one risk by 1.9-fold.

Mother and Child Health actions within the Programs of Family Planning and Safe Motherhood in the last three decades, and Health Transformation Program since 2002 improved the mother and child health determinants in the last 15 years. In the content of Health Transformation Program, Family Medicine Implementation established across the country, should be considered as an opportunity for family planning and mother and child health and logistics of supplies and services should be planned properly.

What we have to do in avoiding all delay models for MM is actually very clear as we see in other countries' models. We should reinforce both basic school education and health education during the reproductive age especially for women in risk groups, avoid high risk pregnancy and eliminate home delivery totally. The curriculum of academic training, residency and in-service training for health professionals should be strengthen in the aspects of obstetric emergency and practice. Arrangement of the perinatal care centers - an ongoing plan at present - should be the most critical point in the preventability of MM.

BÖLÜM 9

KAYNAKLAR

1. Maternal Mortality 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA 2005; page 4
2. Beyond The Numbers-Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer, World Health Organization; 2004
3. Trends in maternal mortality 1990 to 2008; estimates developed by WHO UNICEF UNFPA and The World Bank 2010; pages 3-43
4. Maternal Mortality In 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA
5. Koc I, Schumacher R, Campell O, et al. Turkey National Maternal Mortality Study, 2005. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, ICON/INSTITUT Public Sector GmbH, BNB Consulting, Ministry of Health and Family Planning and Delegation of European Commission to Turkey; 2006
6. Gwyneth Lewis, Beyond the Numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. British Medical Bulletin 2003; 67: 27-37
7. The World Health Report 2005 – Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization; 2005
8. The Millennium Development Goals Report 2009, United Nations New York; 2009

9. Verbal autopsy. Maternal mortality measurement resource. Available from: http://www.maternal-mortality-measurement.org/MMMResource_Tool_VerbalAutopsy.html [accessed on 7 May 2009]
10. Maternal deaths worldwide drop by third
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal_mortality_20100915/en; 31.10.2010
11. Langer A, Espinoza H. [Unwanted pregnancy: impact on society and health in Latin America and the Caribbean]. In: [New challenges of political responsibility. Notebook of the Civil Society Forum of the Americas]. Buenos Aires 2002; Cedes-Flacso-Cels
12. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities. WHO/UNICEF; 2003
13. Department of Making Pregnancy Safer Department of Child and Adolescent Health and Development Department of Gender, Women and Health Department of Reproductive Health and Research, Maternal Mortality, fact sheet, WHO; 2008
14. Proportion of births attended by a skilled health worker – 2008 updates. Geneva, World Health Organization, 2008
15. WHO-Millennium Development Goals: progress towards the health-related Millennium Development Goals
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/print.html>, 21.11.2010
16. World Health Statistics 2010, WHO; 2010
17. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1983,
<http://www.saglik.gov.tr/extras/aileplanreh/bolum1a.pdf>, 09.01.2010

- 18.Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015, TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara; 2005
19. Cem Turaman, Sibel Bilgin, Exploring the enigma: the research component. Entre Nous-UNFPA, WHO -The European Magazine For Sexual And Reproductive Health 2008; No.67
- 20.Türkiye’de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması [Causes of maternal mortality in Turkey based on health facility records], Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, Hacettepe University Faculty of Medicine Public Health, World Health Organization and UNFPA; 2000
21. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social science and medicine 1994; 38: 1091-1110
22. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı-Güvenli Annelik, Eğitici Rehberi, T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara; 2006: sayfa 28
- 23.Ulusal Perinataloji Kongresi-Anne Ölümlerinde Hedefe Doğru (Bildiri), Antalya; 2009
24. Türkyılmaz AS, Koc I, Schumacher R, Campell O, The Turkey National Maternal Mortality Study. Eu J Cont Repr Health Care 2009;14(1):75-82
25. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, USAID, UNFPA; 1999
26. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile

Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği; Ekim 2004

27. Hacettepe University Institute of Population Studies. Turkey Demographic and Health Survey, 2008. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, State Planning Organisation and TÜBİTAK; Ekim 2009

28. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant A joint statement by WHO, ICM and FIGO, Making Pregnancy Safer Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization Geneva; 2004

29. Joao Paulo Souza et al, Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88:113-119

30. Dr Babu Patel, M.D, Where is the 'M' in MCH? Regional Health Forum WHO South-East Asia Region (Volume 4), http://www.searo.who.int/en/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1352_5262.htm; 31.10.2010

31. Poole JH, Long J., Maternal mortality- a review of current trends. Crit Care Nurs Clin North Am. 2004 Jun;16(2):227-30

32. The Health Care Professional Association Writing Group, Delivering services and influencing policy: Health care professionals join forces to improve maternal, newborn, and child health. International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009); 271–274

33. Lewis G., Reviewing maternal deaths to make pregnancy safer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008 Jun; 22(3):447-63

34. Drife J, Maternal mortality in well-resourced countries: is there still a need for confidential enquiries?. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008 Jun; 22(3):501-15
35. Oxley W, Phillips M, Young J. Maternal mortality in Rochdale. *BMJ* 1995; 304: 304–7
36. Donna E. Stewart, Analysis-A broader context for maternal mortality. *Ont.-CMAJ* January 31, 2006; 174(3)
37. Rosenstein MG, Romero M, Ramos S., Maternal mortality in Argentina: a closer look at women who die outside of the health system. *Matern Child Health J.* 2008 Jul; 12(4):519-24
38. Silvina Ramos, Ariel Karolinski, Mariana Romero , Raul Mercer 'A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bulletin of the World Health Organization* August 2007; Volume 85, Number 8, 569-648
39. C Ronsmans, WJ Graham. Lancet Maternal Survival Series steering group, Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; 368: 1189-200
40. Fernandez MA, Cavanillas AB, Dramaix-Wilmet M, Soria FS, de Mata Donado Campos J, Guibert DH, Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996-2005. *J Epidemiol Community Health.* 2009 Jun;63(6):433-8
41. Ana P Betran, Daniel Wojdyla, Samuel F Posner and A Metin Gülmezoglu, National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health* 2005; 5:131

42. Oona Campbell, Reginald Gipson, Adel Hakim Issa, Nahed Matta, Bothina El Deeb, Ayman El Mohandes, Anna Alwen, and Esmat Mansour, National maternal mortality ratio in Egypt halved between 1992-93 and 2000. *Bull World Health Organ* 2005 June; 83(6): 462–471
43. Beathe Andersgaard A, Langhoff-Roos J, Øian P. Direct maternal deaths in Norway 1976-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008; 87(8):856-61
44. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A, The "Three delays" as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med*. 1998 Apr; 46(8):981-93
45. Ziraba AK, Mills S, Madise N, Saliku T, Fotso JC., The state of emergency obstetric care services in Nairobi informal settlements and environs: results from a maternity health facility survey. *BMC Health Serv Res*. 2009 Mar; 12:9-46
46. B.R. Ganatra,¹ K.J. Coyaji,² & V.N. Rao, Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *WHO Bulletin OMS*. 1998;Vol 76
47. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, Bell EA, Brown HL, Hage ML, Mitra AG, Moise KJ Jr, Callaghan WM., Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. *Obstet Gynecol*. 2005 Dec; 106(6):1228-34
48. Hyam Bashour, Asmaa Abdulsalam, Aisha Jabr, Salah Cheikha, Mohammed Tabbaa, Moataz Lahham, Reem Dihman, Mazen Khadra and Oona M. R. Campbell, Maternal mortality in Syria: causes, contributing factors and preventability. *Tropical Medicine and International Health* September 2009; volume 14 no 9 pp 1122–1127

49. Betina Ristorp Andersen, Hanne Brix Westergaard, Birgit Bodker, Tom Weber, Margrete Moller , Jette Led Sorensen, Maternal mortality in Denmark, 1985–1994. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 142 (2009); 124–128
50. Birgit Bodker, Lone Hvidmen, Tom Weber, Margrethe Moller, Annette Aarre, Karen Marie Nielsen & Jette Led Sorensen, Maternal deaths in Denmark 2002-2006. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2009; 88:556-562
51. A Metin Gülmezoglu, Lale Say, Ana P Betran, Jose Villar and Gilda Piaggio, WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: methodological issues and challenges. *BMC Medical Research Methodology* 2004; 4:16
52. G.Walraven, M.Telfer, J.Rowley, C.Ronsmans, Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (5)
53. Natalia A Gurina, Siri Vangen, Lisa Forsen & Johanne Sundby, Maternal mortality in St. Petersburg, Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization* April 2006; 84 (4)
54. Buyanjargal Yadamsuren, Mario Meriaudi et al., Tracking maternal mortality declines in Mongolia between 1992 and 2007: the importance of collaboration. *Bull World Health Organ* 2010;88:192–198
55. Howard Minkoff MD, Clinical Applications Maternal Mortality in America: Lessons from the Developing World. *JAMWA* 2002; Vol. 57 No. 3
56. Prof Khalid S Khan MRCOG, Daniel Wojdyla MS, Lale Say MD, Dr A Metin Gülmezoglu MD, Paul FA Van Look MD, WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet* April 2006; Volume 367, Issue 9516, pages 1066 – 1074

57. McCaw-Binns A, Alexander SF, Lindo JL, Escoffery C, Spence K, Lewis-Bell K, et al., Epidemiologic transition in maternal mortality and morbidity: new challenges for Jamaica. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 96: 226-32
58. Qomariyah SN, Bell JS, Pambudi ES, Anggondowati T, Latief K, Achadi EL, et al., A practical approach to identifying maternal deaths missed from routine hospital reports: lessons from Indonesia. *Global Health Action* 2009
59. Suzanne Cross , Jacqueline S Bell & Wendy J Graham, What you count is what you target: the implications of maternal death classification for tracking progress towards reducing maternal mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:147-153
60. Abou Zahr C., Global burden of maternal death and disability. *BMJ* 2003; 67: 1-11
61. Munire Erman Akar, Elif Gul Yapar Eyi, Esra Saygili Yilmaz, Banu Yuksel and Zarif Yilmaz, Maternal Deaths and Their Causes in Ankara Turkey, 1982-2001. *J Health Popul Nutr* 2004 Dec; 22(4):420-428
62. Lurie S, Feinstein M, Mamet Y. Disseminated intravascular coagulopathy in pregnancy: thorough comprehension of etiology and management reduces obstetricians' stress. *Arch Gynecol Obstet* 2000;263:126-30
63. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, Gulmezoglu M, Wojdyla D, Zavaleta N, Donner A, Velazco A, Bataglia V, Valladares E, Kublickas M, Acosta A; Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group, Maternal near miss and maternal death

in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Bull World Health Organ. 2010 Feb;88(2):113-9

64. Ölüm İstatistikleri,

http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11; 31.10.2010

65. Kadın Ölümleri İstatistikleri,

<http://www.tuik.gov.tr/demografiapp/olum.zul>; 31.10.2010

66. Anne Ölümleri Veri Sistemi- 2007/27 Sayılı Genelge, TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara; 2007

67. Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu, TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü, Türkiye; 2010

68. Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Yönetim Rehberi - 2008/13 Sayılı Genelge, TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü -2008, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB>, 27.07.2010

69. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi - 2009 / 5 Sayılı Genelge, TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü -2009, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB>, 27.07.2010

70. Doğum Eylemi Yönetim Rehberi - 2007/ 90 Sayılı Genelge, TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü -2007, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB>, 27.07.2010

71. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi - 2008 / 80 Sayılı Genelge, TC.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü -2008, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB>, 27.07.2010

BÖLÜM X**EKLER**

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANNE ÖLÜMÜ DEFİN BİLDİRİM FORMU



Sadece 12-50 yaş "Anne Ölümü Defin Listesi"ndeki anne ölümleri için doldurulacaktır .

İl :

İlçe :

Bucak :

Köy :

1 Ölen annenin kodu.....

Ölen annenin adı / soyadı

2 Öldüğündeki yaşı (bitirilmiş yaş)

Baba Adı

3 Doğum Tarihi (gün/ay/yıl)

4 Ölüm Tarihi (gün/ay/yıl)

5 Defin Tarihi (gün/ay/yıl)

6 Ölümün meydana geldiği yer

1. Sağlık Kurumu
2. Ev
3. Diğer (yol, diğer bir kurum)
4. Bilinmiyor

7 Sağlık kurumunda ölmüş ise sağlık kurumunun tam adı

(SAĞLIK KURUMUNDA ÖLMEMİŞ İSE BU KISMI BOŞ BIRAKIN)

8 Defnedilen annenin ailesinden veya yakınlarından bilgi verebilecek bir kişinin adı-soyadı, tam adresi ve telefon numaraları

Ev:

Cep:

9 Kadın öldüğünde;

	Evet	Hayır	Sorulmadı	Bilmiyor
1. Gebeydi				
2. Doğum yapıyordu				
3. İsteyerek düşük (kürtaj) yapıyordu				
4. Kendiliğinden düşük yapıyordu				
5. Doğumdan, isteyerek ya da kendiliğinden düşüktten sonraki 42 gün içindeydi				

10 Ölüm Nedeni (Ölüm Nedeni Listesine Göre)

.....

Belediye Tabibi

İlçe Veri Sistemi Sorumlusu

TC. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANNE ÖLÜMÜ DEFİN LİSTESİ



İl :
İlçe :
Bucak :
Köy :

12-50 Yaş Arası Toplam Kadın Defin Sayısı:
*12-50 Yaş Arası Anne Defin Sayısı:

12-50 Yaş Anne Ölümü Kodu*	Ölüm Tarihi	Defnedilen Kadının Veya Yakınlarının Adresi	Defnedilen Kadının Veya Yakınlarının Telefon Numarası
1			
2			
3			
4			
5			

* Gebelik sırasında, doğumda veya doğum sonrası 42 gün içerisinde vefat edenler.

...../..... 200... tarihleri arasında yerleşim birimimizdeadet anne ölümü meydana gelmiştir / hiç anne ölümü meydana gelmemiştir. Bu tutanak tarafımızdan imza altına alınmıştır.

.....
Belediye Tabibi
(Köy Muhtarı)

.....
İlçe Veri Sistemi Sorumlusu
(Sağlık Ocağı Veri Sistemi Sorumlusu)

Tarih

.....// 200.....

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANNE ÖLÜMÜ
SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME FORMU



KADININ ÖLDÜĞÜ YERLEŞİM YERİ İl : İlçe : Bucak : Köy :	
TANITIM BİLGİLERİ	
1. Ölen annenin yerleşim yeri İl/ ilçe/ bucak/ köy.....	
2. Ölen annenin kodu..... Ölen annenin adı / soyadı	
3. Baba adı	
4. Öldüğündeki yaşı (bitirilmiş yaş)	
5. Doğum tarihi (gün/ay/yıl)	
6. Ölüm tarihi (gün/ay/yıl)	
7. Defin tarihi (gün/ay/yıl)	
SAĞLIK KURUMUNU ZİYARET / GÖRÜŞME BİLGİLERİ	
8. Sağlık Kurumun Tam Adı – Adresi:.....	
9. Hastane Dosya No:.....	
10. Ziyaret Tarihi (Gün-Ay)	
11. Sonuç Kodları: 1.Kayıt İnceleme Tamamlandı 2.Kadına Ait Dosya/Kayıt Bulunamadı 3.Sağlık Kurumu Yetkilileri İşbirliğini Reddetti 4.Diğer. Belirtiniz.....	

İlçe Veri Sistemi Sorumlusu

İl Veri Sistemi Sorumlusu

ANNEYE İLİŞKİN TEMEL ÖZELLİKLER					
12. Hiç okula gitmiş miydi? 1. Evet 2. Hayır EVET ise tamamladığı eğitim seviyesi neydi? 1. Eğitimi yok/ ilkokulu bitirmemiş 2. İlköğretim birinci kademe 3. İlköğretim ikinci kademe 4. Lise ve üzeri 5. Bilmiyor	13. Öldüğünde medeni durumu neydi? 1. Evli 2. Eşi ölmüş 3. Boşanmış 4. Ayri yaşıyor 5. Hiç evlenmemiş 6. Bilinmiyor				
14. Ölmeden önce son 12 ay içinde kendi ev işlerinin dışında, gelir getirsin veya getirmesin, herhangi bir işte çalıştı mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor					
ÖLÜM YERİNE İLİŞKİN BİLGİLER					
15. Sağlık kurumuna geldiği zaman ölü müydü? 1. Evet..... 18.soruya geçiniz 2. Hayır..... devam ediniz	16. Hangi bölümde/serviste öldü? Belirtiniz.....				
17. Ölüm anında hangi sağlık personeli kadının yanında idi? (GÖREVİ, ADI SOYADI) 1..... 2..... 3.....					
KADININ SAĞLIK KURUMUNA GETİRİLMEDEN ÖNCEKİ ÖYKÜSÜ					
18. Sağlık kurumuna kabul edildiğinde nereden geliyordu? 1. Evden..... 20.soruya geçiniz 2. Sağlık Eviden Sevk..... devam ediniz 3. Sağlık Ocağı/Açsıp..... devam ediniz 4. Kamu Hastanesinden..... devam ediniz 5. Özel Hastaneden..... devam ediniz 6. Başka Bir Sağlık Kurumundan..... devam ediniz 7. Sokakta Meydana Gelen Bir Olay Sonucu..... 20.soruya geçiniz 8. Bilinmiyor..... 20.soruya geçiniz Eğer bir sağlık kurumu / hastaneden gönderilmişse geldiği yerin adını yazınız..... (Sağlık Kurumu/Hastanenin Adı)	19. Sevk nedeni neydi? Belirtiniz.....				
20. Sağlık kurumuna geldiği zaman gebe miydi, veya lohusalık döneminde miydi (gebelik sona erdikten sonra 42 gün içerisinde)? 1. Gebeydi Ama Doğum Yapmıyordu..... 28.soruya geçiniz 2. Doğum Yapıyordu..... devam ediniz 3. Kendiliğinden Düşük Yapıyordu..... 28.soruya geçiniz 4. Kendisi Düşük Yapmaya Çalışıyordu..... 28.soruya geçiniz 5. İsteyerek Düşük/Kürtaj Olmuştu..... 25.soruya geçiniz 6. Doğumdan Sonra 42 Gün İçerisindeydi..... 22.soruya geçiniz 7. Kendiliğinden Düşükten Sonra 42 Gün İçerisindeydi..... 28.soruya geçiniz 8. Kendi Yaptığı Düşükten Sonra 42 Gün İçerisindeydi..... 28.soruya geçiniz 9. İsteyerek Düşük/Kürtajdan Sonra 42 Gün İçerisindeydi..... 25.soruya geçiniz 10. Bilinmiyor	21. Doğum sancıları kaç dakika/saat sürmüştü? 1. Dakika/saat <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 2. Doğum sancısı yoktu 3. Bilinmiyor				

22. Doğum nerede gerçekleşti? (ÖRN. EVDE, SOKAKTA MEYDANA GELEN BİR OLAY SONUCU, BİR SAĞLIK KURUMUNDA, DİĞER VS.) 1.Belirtiniz..... 2.Bilinmiyor	23. Doğuma kim yardımcı oldu? (ÖRN. AİLE FERTLERİNDEN BİRİSİ, EĞİTİLMİŞ SAĞLIK PERSONELİ, EBE, DİĞER SAĞLIK PERSONELİ VS.) 1.Belirtiniz..... 2.Bilinmiyor
24. Çocuk sağlık kurumuna ulaştığında canlı mı yoksa ölü müydü? 1.Ölü doğum 2.Canlı doğum (çocuk yaşıyor) 3.Canlı doğum (çocuk öldü) 4.Bilinmiyor	25. İsteyerek düşük / kürtaj işlemi nerede gerçekleşti? 1.Özel muayenehane 2. Hastane 3. Poliklinik 4. Diğer.Belirtiniz..... 5. Bilinmiyor
28.SORUYA GEÇİNİZ	
26. İsteyerek düşük/kürtaj işlemini kim gerçekleştirdi? Düşüğü kim yaptırdı? (ÖRN. KENDİSİ, AİLE FERTLERİNDEN BİRİ, EĞİTİLMİŞ SAĞLIK PERSONELİ, DİĞER SAĞLIK PERSONELİ VS.) 1. Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor	27. İsteyerek düşük yapmak için hangi yöntem kullanıldı? 1. Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor
28. Gebeliğinin kaçınıcı ayındaydı / haftasındaydı? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, HAFTA VEYA AY OLARAK YAZIN. 1. Hafta 2. Ay 3. Bilinmiyor	29. Ölen kadının toplam kaç gebeliği olmuştu? 1.Toplam gebelik 2. Gebelik yok 3. Bilinmiyor
30. Ölen kadın kaç tane canlı doğum yapmıştı? 1. Canlı doğum sayısı 2. Canlı doğum yok 3. Bilinmiyor	31. Ölen kadının kaç dış gebeliği, kendiliğinden düşüğü, isteyerek düşüğü / kürtajı ve ölü doğumu oldu? 1. Dış gebelikler 2. Kendiliğinden düşükler 3. İsteyerek düşükler/ küretajlar 4. Toplam düşükler 5. Ölü doğumlar
32. Son gebeliği sırasında herhangi bir sağlık görevlisinden doğum öncesi bakım alıyor muydu? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....36.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....36.soruya geçiniz	33. Doğum öncesi bakımı kimden aldı? 1. Sağlık personeli 1.1.Doktor 1.2.Hemşire/ebe 2. Diğer. Belirtiniz..... 3. Bilinmiyor
34. Bu gebeliği sırasında ilk defa doğum öncesi bakıma başvurduğunda kaç aylık gebeydi? 1.Ay 2.Bilinmiyor	35. Bu gebeliği sırasında doğum öncesi bakım için kaç kez izlendi? 1. Kaç kez 2.Bilinmiyor

36. Gebeliği sırasında herhangi bir komplikasyon meydana geldi mi? 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 38.soruya geçiniz 3. Bilmiyor..... 38.soruya geçiniz	37. Ne tür komplikasyon(lar) meydana geldi? 1.Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor
38. Mevcut kronik/sistemik bir hastalığı var mıydı? (ÖRN. HİPERTANSİYON, DİYABET, TİROİD BEZLERİNDE BOZUKLUK, VS.) 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 40.soruya geçiniz 3. Bilmiyor 40.soruya geçiniz	39. Mevcut ne tür bir kronik/sistemik hastalığı vardı? 1.Belirtiniz..... 2.Bilinmiyor

40. Sağlık kurumuna kabulünde ilk tanı neydi? 1.Belirtiniz..... 2.Bilinmiyor	
KADININ SAĞLIK KURUMUNA GETİRİLMESİNDEN SONRAKİ SAĞLIK DURUMU	
20/2 . SORU İÇİN 41. SORUYU SORUNUZ. DİĞER DURUMLAR İÇİN 42.SORUYA GEÇİNİZ	
41. Doğum olayı gerçekleşmeden ne kadar süre önce kadın sağlık kurumunda müşahade altına alınmıştı? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, SAAT, GÜN VEYA HAFTA OLARAK YAZIN. 1.Saat 2.Gün 3.Hafta 4.Bilinmiyor	42. Ölüm olayı gerçekleşmeden önce kadın ne kadar süre sağlık kurumunda müşahade altında kaldı? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, SAAT, GÜN VEYA HAFTA OLARAK YAZIN. 1.Saat 2.Gün 3.Hafta 4.Bilinmiyor
43. Başka hangi bölümlerle konsültasyon yapıldı? Belirtiniz.....	44. Gebelik nasıl sonuçlandı/sona erdi? SÖYLENENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN. 1. Normal / vajinal devam ediniz 2. Vakum..... devam ediniz 3. Forseps..... devam ediniz 4. Sezaryen..... devam ediniz 5. İsteyerek düşük/küretaj..... 59.soruya geçiniz 6.Kendiliğinden düşük..... 59.soruya geçiniz 7.Dış gebelik..... 59.soruya geçiniz 8.Tekil doğum..... devam ediniz 9.Çoğul doğum..... devam ediniz
45. Çocuğun durumu/APGAR skoru neydi? 1.Ölü doğum 2.APGAR skoru 3.Bilinmiyor EĞER APGAR SKORU HESAPLANMIŞSA BUNU YAZIN. HESAPLANMAMIŞSA ÇOCUĞUN DURUMUNU YAZIN.	46. Sancıları başladıktan ne kadar süre sonra doğum gerçekleşti? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, DAKİKA VEYA SAAT OLARAK YAZIN. 1.Dakika 2.Saat 3.Bilinmiyor

47. Sancıları başlatmak veya güçlendirmek için herhangi bir ilaç kullanıldı mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	48. Ölen kadın doğumdan önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra herhangi bir problem / komplikasyon yaşadı mı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....56.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....56.soruya geçiniz
49. Ne tür bir problemdi / komplikasyondur? Belirtiniz.....	50. Doğum öncesi kanama oldu mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)
51. Doğum sonrası kanama oldu mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)	52. Eklampsi belirtileri var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)
53. Üçüncü veya dördüncü derece vajinal yırtılması var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)	54. Plesanta retansiyonu var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)
55. Puerperal sepsis belirtileri var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)	
DOĞUM SEZARYEN İLE GERÇEKLEŞTİ İSE 56.SORU, SEZARYEN İLE GERÇEKLEŞMEDİ İSE 59.SORU İLE DEVAM EDİNİZ	
56. Sezaryen için endikasyon neydi? 1.Belirtiniz..... 2.Bilmiyor	57. Sezaryen sırasında herhangi bir komplikasyon (anestezi dahil olmak üzere) meydana geldi mi? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....59.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....59.soruya geçiniz
58. Ne tür bir komplikasyondur? 1.Belirtiniz..... 2.Bilmiyor	59. Ne kadar kan verildi? LÜTFEN ÜNİTE OLARAK YAZIN. 1.Kan nakli 2.Verilmedi 3.Bilinmiyor
60. Ölümünden önce başka bir komplikasyon yaşanmış mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....63.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....63.soruya geçiniz	61. Ne tür bir komplikasyon yaşanmıştı? 1. Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor
20/2 VE 20/6. SORULAR İÇİN 62. VE 63. SORULARI SORUNUZ. DİĞER DURUMLAR İÇİN 64.SORUYA GEÇİNİZ	
62. Gerçekleşen komplikasyonlara müdahale etmek için başka neler yapıldı? (ÖRN. PLASENTANIN MÜDAHALEYİLE ÇIKARILMASI, KASILMA ÖNLEYİCİ İLAÇLAR, ANTİBİYOTİKLER VS.) 1. Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor	63. Doğumdan ne kadar süre sonra ölüm olayı gerçekleşti? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, DAKİKA, SAAT VEYA GÜN OLARAK YAZIN. 1.Dakika 3.Gün 2.Saat 4.Bilinmiyor

68. Bu tartışmaya göre ölümle ilgili ne tür değerlendirmeler yapıldı/kararlar verildi? 1. Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor.....	69. Sizce bu ölüm önlenebilir miydi? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....71.soruya geçiniz 3. Bilmiyor71.soruya geçiniz
70. Önlenabilir faktörler nelerdi? Belirtiniz..... 	71. Sizce kadının ölümüne yol açan esas sorun neydi? (Doğrudan tıbbi nedenler, örn. dış gebelik; dolaylı/ dolaysız nedenler, örn. hipertansif böbrek hastalığı; tesadüfi nedenler, örn. araba kazası; katkıda bulunan/risk faktörleri, örn. kaynak ve personel kalitesi eksikliği, sağlık kurumunun uzak olması gibi sağlık hizmetleriyle ilgili konular.) 1. Belirtiniz..... 2. Bilinmiyor.....
72. Ölüm belgesini kim verdi / hazırladı / çıkardı? Görevi/ adı/soyadı..... 1. Ölümle Eşlik Eden Doktor (Müdavi Hekim)..... 2. Başka bir doktor..... 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Bilinmiyor.....	73. İncelediğiniz sağlık kayıtları ölüm nedenini belirlemek için yeterli miydi? 1. Evet 2. Hayır
BU BİLGİ DOSYADA YOKSA SAĞLIK KURUMUNUN İLGİLİ KAYITLARINA BAKIN.	

LÜTFEN KADININ DOSYASININ FOTOKOPİSİNİ VE EPİKRİZİN FOTOKOPİSİNİ FORMA EKLEYİN. DOSYADA VEYA EPİKRİZDE ÖNEMLİ BULDUĞUNUZ KONULARI AŞAĞIDAKİ BÖLÜME AYRINTILI OLARAK YAZIN

[illegible]

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANNE ÖLÜMÜ SORU KAĞIDI



(İkamet Ettiği Yer İçin) İl : İlçe : Bucak : Köy :			
TANITIM BİLGİLERİ			
1. Ölen annenin kodu: Ölen annenin adı / soyadı :			
2. Baba adı :			
3. Hane halkı reisinin/ölümü bildiren akrabanın adı:			
4. Mahalle : Sokak: No:			
5. Telefon:			
ZİYARET / GÖRÜŞME BİLGİLERİ			
	1. Ziyaret	2. Ziyaret	3. Ziyaret
6. Tarih (gün-ay)			
7. Sonuç : 1. Soru kağıdı dolduruldu 2. Ziyaret sırasında evde hane halkı yok veya görüşülebilecek nitelikte kimse yok 3. Adres yanlış 4. Sonraya bırakıldı 5. Görüşülecek kişi reddetti 6. Konutta, Adreste Yaşayan Yok/ Adres Konut Değil 7. Konut Bulunamadı 8. Görüşme Yarıda Kaldı 9. Görüşme Yapılacak Kişi Belirlenemedi 10. Diğer _____ (Belirtin)			

.....
İlçe Veri Sistemi Sorumlusu

.....
İl Veri Sistemi Sorumlusu

TANITIM VE GÖRÜŞME YAPILACAK KİŞİNİN BELİRLENMESİ

8. Saati Yazın

Saat – Dakika.....

--	--	--	--

İyi günler! Benim adım _____, Sağlık Müdürlüğü'nden geliyorum. Anne ölümlerinin nedenleri ile ilgili bir çalışma yapıyoruz. Başınız sağolsun,'nin (ölen kişi) vefat ettiğini öğrendik. Rahmetli hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Rahmetliyle ilgili sorularımızı en doğru biçimde cevaplayabilecek bir kişiye ihtiyacımız var. Lütfen bize bu kişinin/kişilerin kim/kimler olduğunu söyler misiniz?

GÖRÜŞME YAPTIĞINIZ KİŞİYİ İLK SIRAYA YAZIN. ÖLEN KADIN HAKKINDA BİLGİ VEREBİLECEK KİŞİLERİ LİSTELEYİN.

	9	10	11	12	13	14
	Kişinin Adı	Ölen anne ile akrabalık durumu	Ölen annenin son hastalığı sırasında yanında mıydı?	Annenin ölümü sırasında yanında mıydı?	Ölüm Nedeni Ve Son Hastalığı Hakkında Bilgi Sahibi Olanlar İçin Bu Kolona Bilgi Düzeyleri İçin 1,2,3. Yazınız. Aynı Numara Aynı Bilgi Düzeyine Sahip İki Kişi İçin Kullanılabilir. 1:Çok İyi 2:Orta Düzeyde 3: Bilgisi Az	Ölen annenin hanesinde mi yaşıyor?
SIRA NO	Ad	Akrabalık KOD LİSTESİNİ KULLANIN				
01			1.Evet 2.Hayır 3.Hastalığı yoktu 4.Bilinmiyor	1.Evet 2.Hayır	1 2 3	1.Evet 2.Hayır
02			1.Evet 2.Hayır 3.Hastalığı yoktu 4.Bilinmiyor	1.Evet 2.Hayır	1 2 3	1.Evet 2.Hayır
03			1.Evet 2.Hayır 3.Hastalığı yoktu 4.Bilinmiyor	1.Evet 2.Hayır	1 2 3	1.Evet 2.Hayır
04			1.Evet 2.Hayır 3.Hastalığı yoktu 4.Bilinmiyor	1.Evet 2.Hayır	1 2 3	1.Evet 2.Hayır
05			1.Evet 2.Hayır 3.Hastalığı yoktu 4.Bilinmiyor	1.Evet 2.Hayır	1 2 3	1.Evet 2.Hayır
06			1.Evet 2.Hayır 3.Hastalığı yoktu 4.Bilinmiyor	1.Evet 2.Hayır	1 2 3	1.Evet 2.Hayır

10. İÇİN ÖLEN ANNEYE AKRABALIK DÜZEYİ KODLARI

01 KOCASI	04 KAYINVALİDESİ	07 ELTİ	10 KIZI	13 BÜYÜKBABASI
02 ANNESİ	05 GÖRÜMCESİ	08 ERKEK KARDEŞİ	11 OĞLU	14 DİĞER
03 KIZKARDEŞİ	06 BABASI	09 YENGESİ	12 BÜYÜKANNESİ	

ÖLEN ANNE VE HASTALIĞI HAKKINDA EN İYİ BİLGİYİ VEREBİLECEĞİNE İNANDIĞINIZ KİŞİYİ SEÇİN VE GÖRÜŞMEYİ BU KİŞİ İLE SÜRDÜRÜN

15.	Görüşme İçin Seçilen Kişi Satır No:		Yaşı:		Cinsiyeti:	1. Erkek 2. Kadın
-----	-------------------------------------	----------------------	-------	----------------------	------------	----------------------

Görüşme İçin Seçilen Kişi Ölen Annenin Hanesinde Yaşamıyor İse, Görüşme Yapmak İçin Açık Adres Ve Telefon Bilgisini Yazın:
Adres Ve Telefon:

İZİN ALMA

İyi günler! Benim adım Sağlık Müdürlüğü'nden geliyorum. Anne ölümlerinin nedenleri ile ilgili bir çalışma yapıyoruz. Başınız sağolsun,'nin (ölen kişi) vefat ettiğini öğrendik. Sizinle konuşmak ve size rahmetli hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Görüşme yaklaşık 45 dakika sürecektir. Görüşmeye katılmak zorunda değilsiniz ancak çalışmamıza katılmanız ve sorularımıza cevap vermeniz ülkemizde meydana gelen anne ölümlerini önlemede bize yardımcı olacaktır. Bize vereceğiniz her cevap gizli kalacak ve sadece bilimsel çalışmalarda ve sağlık hizmetlerini iyileştirmede kullanılacaktır. Bize'nin kişisel özellikleri ve ölümü hakkında en iyi bilginin sizin tarafınızdan verileceği söylendi. Bu nedenle sizinle konuşmak istiyoruz.

16. Görüşme için izin:
1. Görüşmeyi kabul ediyorum
 2. Görüşmeyi kabul etmiyorum

Görüşmecinin İmzası:

ÖLÜME NEDEN OLAN HASTALIK VE OLAYLARIN TANIMLANMASI

GÖRÜŞÜLEN KİŞİDEN ÖLEN ANNENİN ÖLÜMÜNE YOL AÇAN HASTALIK VEYA OLAYLARI EN BAŞINDAN İTİBAREN DETAYLI BİR ŞEKİLDE ANLATMASINI İSTEYİNİZ. GÖRÜŞÜLEN KİŞİ KONUŞMASINI BİTİRDİKTEN SONRA HATIRLADIĞI BAŞKA BİR ŞEY OLUP OLMADIĞINI SORUN.

Bana'in ölümünü, ölmeden önce bir hastalığı olup olmadığını, gördüğü tedavileri anlatır mısınız?
(Ölmeden önce herhangi bir hastalık geçirdi mi? Ölmeden ne kadar önce hastalandı? Bu hastalığa ilişkin herhangi bir tedavi gördü mü? Nerede ve ne zaman tedavi gördü? Tedaviyle ilgili herhangi bir sorun yaşadı mı?)

AŞAĞIDAKİ KISMI SİZE AKTARILARILAN BİLGİLERİ DETAYLI BİR ŞEKİLDE YAZMAK İÇİN KULLANIN. HASTALIK BELİRTİLERİNİN ALTINI ÇİZİN.

ÖLÜMLE İLGİLİ AYRINTILAR

[illegible]

17. Rahmetlinin ölüm tarihi nedir? (GÜN/AY/YIL)

18. Rahmetli öldüğünde tam olarak kaç yaşındaydı? Kaç yaşını

19. Ölümüne neden olan herhangi bir hastalığı/ sağlık problemi var mıydı?
 1. Evet.....**devam ediniz.**
 2. Hayır.....**26.soruya geçiniz.**

20. Ne zamandır hastaydı ?
 EĞER VERİLEN CEVAP 30 GÜN VE DAHA AZ İSE
 GÜN OLARAK, 24 AYDAN FAZLA İSE YIL OLARAK YAZIN.

Gün Ay Yıl

21. Ölümüne neden olan hastalık yüzünden hiç hastaneye yatırıldı mı?
 1. Evet.....**devam ediniz.**
 2. Hayır.....**26.soruya geçiniz.**
 3. Bilmiyor.....**26.soruya geçiniz.**

22. Yatırıldı ise kaç kez?

23. Ölümüne neden olan hastalık yüzünden mi ameliyat oldu mu?
 1. Evet.....**devam ediniz**
 2. Hayır.....**26.soruya geçiniz**
 3. Bilmiyor.....**26.soruya geçiniz**

24. Son olduğu ameliyat ne ameliyatıydı?

25. Son ameliyatını ölmeden ne kadar önce olmuştu?
 EĞER VERİLEN CEVAP 30 GÜN VE DAHA AZ İSE
 GÜN OLARAK, 24 AYDAN FAZLA İSE YIL OLARAK YAZIN.

Gün Ay Yıl

26. Ölüm yeri neresidir? Hangi ilde ve ilçede öldü?
 İl adı ve il kodu.....
 İlçe adı ve ilçe kodu.....

27. Nerede öldü?
 1. Hastane veya diğer sağlık kuruluşu..... **devam ediniz**
 2. Evde.....**29.soruya geçiniz**
 3. Diğer . Belirtiniz.....**29.soruya geçiniz**

28. Öldüğü hastanenin/sağlık kuruluşunun adı nedir?

29. Herhangi bir yetkili / sağlık personeli size veya bir yakınına annenin hangi nedenden / hastalıktan öldüğünü anlattı mı?
 1. Evet
 2. Hayır
 3. Bilmiyor

30. Annenin ölüm nedenini / ölümüne neden olan hastalığı biliyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır

31. Annenin ölüm nedeni neydi?
 BİRDEN FAZLA ÖLÜM NEDENİ BELİRTİLDİYSE, HEPSİNİ SIRASIYLA YAZIN.

32. Şimdi size rahmetlinin genel sağlık durumuyla ilgili sorular sormak istiyorum. Daha önce bir doktor veya hemşire tarafından rahmetlinin kendisine ya da size sayacağım hastalıklardan herhangi birine sahip olduğu söylendi mi?

	1. Evet	2. Hayır	3. Bilmiyor
A Yüksek Tansiyon.....			
B Şeker Hastalığı (Diyabet).....			
C Sara (Epilepsi).....			
D Verem(Tüberküloz).....			
E Kalp Hastalığı.....			
F Astım			
	1. Evet	2. Hayır	3. Bilmiyor
G Anemi.....			

H Sarılık (Hepatit).....			
I Kanser. Belirtiniz.....			
J Diğer sürekli (süreğen -kronik) hastalıklar Belirtiniz.....			

GEBELİĞİN BELİRLENMESİ

33. Anne öldüğünde gebe miydi?
 1.Evet.....**devam ediniz.**
 2.Hayır.....**39.soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor.....**39.soruya geçiniz**

34. Öldüğünde kaç aylık gebeydi?

Ay

*DİKKAT: EĞER 6 AYDAN DAHA AZ OLAN BİR AY SÖYLENİRSE KENDİLİĞİNDEN
DÜŞÜK OLUP OLMADIĞINI İRDELEYİN. EĞER 6 AYDAN SONRA MEYDANA
GELDİ İSE DOĞUM OLARAK DEĞERLENDİRİN VE GEREKLİ
DÜZELTMELERİ YAPIN.*

35. Anne isteyerek düşük / küretaj yaparken mi öldü?
 1.Evet.....**50.soruya geçiniz**
 2.Hayır.....**devam ediniz**
 3.Bilmiyor.....**devam ediniz**

36. Anne kendiliğinden düşük yaparken mi öldü?
 1.Evet.....**55.soruya geçiniz**
 2.Hayır.....**devam ediniz**
 3.Bilmiyor.....**devam ediniz**

37. Anne isteyerek düşük / küretaj sonrasında 42 gün içinde mi öldü?
 1.Evet.....**50.soruya geçiniz**
 2.Hayır.....**devam ediniz**
 3.Bilmiyor.....**devam ediniz**

38. Anne kendiliğinden düşüktten sonraki 42 gün içinde mi öldü?
 1.Evet.....**55.soruya geçiniz**
 2.Hayır.....**devam ediniz**
 3.Bilmiyor.....**devam ediniz**

39. Gebeliğin sona ermesinden kaç gün sonra öldü?

Gün

40. Anne doğum sancısı sırasında, doğum sırasında ya da doğumu izleyen 24 saat içinde mi öldü?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**43.soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor.....**43.soruya geçiniz**

41. Doğum sancıları başlamadan önce mi yoksa sonra mı öldü?
 1. Önce
 2. Sonra
 3. Bilmiyor

42. Doğum gebeliğin kaçınıcı ayında oldu?

Ay

43. Anne doğum sonrasındaki 42 gün içinde mi öldü?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**anketi burada sonlandırınız**
 3.Bilmiyor.....**anketi burada sonlandırınız**

44. Öldüğünde lohusalığın kaçınıcı günündeydi ?

Gün

**ANNE ÖLDÜĞÜNDE GEBELİK 6AY VE DAHA FAZLA İSE 45. SORUYA GEÇİNİZ.
ANNE ÖLDÜĞÜNDE GEBELİK 6 AYDAN AZ İSE 55. SORUYA GEÇİNİZ**

45. Doğumda çocuk başla mı, makatla mı veya başka şekilde mi gelmişti?
 1.Doğum gerçekleşmedi
 2.Sezaryen
 3.Başla geldi
 4.Makatla geldi
 5.Önce kolu geldi
 6.Diğer. Belirtiniz.....
 7.Bilmiyor

46. Tekil doğum mu yoksa çoğul doğum muydu?

1.Doğum gerçekleşmedi 2.Tekil 3.Çoğul 4.Bilmiyor		
HER BİR BEBEK İÇİN SORULARI AYRI AYRI SORUNUZ. BEBEKLERİN DOĞUM SIRASI ÖNEMLİ DEĞİLDİR. TEKİL DOĞUM İSE SADECE 1. BEBEK SÜTÜNÜNÜ DOLDURUNUZ. EĞER BEBEK SAYISI 2'DEN FAZLA İSE İKİNCİ SÜTÜNÜ DA DOLDURUNUZ.		
	1. Bebek	2. Bebek
47. Doğduğunda bebek canlı mıydı?	1.Canlı doğdu, halen yaşıyor 2.Canlı doğdu fakat sonra öldü 3.Ölü doğum 4.Bilmiyor	1.Canlı doğdu, halen yaşıyor 2.Canlı doğdu fakat sonra öldü 3.Ölü doğum 4.Bilmiyor
48. Bebek öldüğü sırada kaç günlüktü/kaç aylıktı? (GÜN VEYA AY OLARAK YAZIN)	Gün Ay	Gün Ay
49. Bebeğin cinsiyeti	1.Erkek 2.Kadın 3.Bilmiyor	1.Erkek 2.Kadın 3.Bilmiyor
55.SORUYA GEÇİNİZ		
50. Gebeliği sonlandırmak için nasıl bir yol izlenmişti? 1.Küretaj yaptırmıştı 2.İlaç alarak/ iğne yaptırarak 3.Karnına bastırarak 4.Rahim içine bir şey sokarak 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor		
51. Küretaj (isteyerek düşük) nerede yapıldı? Yerin adı..... 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispanser 1.5 Diğer . Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz..... 3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz.....		
52.Düşüğü kim yaptırdı? 1.Doktor 2.Hemşire / Ebe 3.Kendisi 4.Diğer. Belirtiniz..... 5.Bilmiyor.		
53. Düşükten sonra haznesinden kötü kokulu akıntı gelmiş miydi? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor		
54. Düşükten sonra karında şişlik olmuş muydu? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor		
GEBELİK SÖZEL OTOPSİ SORULARI		
ÖLDÜĞÜ SIRADA GEBEYDİ/ İSTEYEREK VEYA KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK YAPIYORDU / DOĞUM YAPIYORDU VEYA LOHUSAYDI AŞAĞIDAKİ SORULARI SIRASIYLA SORUNUZ.		
55. Ayak bileğinde şişlik var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	56. Ellerin de şişlik var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	
57. Yüzünde şişlik var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	58. Görmesinde bulanıklık var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	
59. Vücudunun tamamında veya herhangi bir yerinde kasilma olmuş muydu? 1.Evet 2.Hayır	60. Tansiyonu ölçüldü mü? 1.Evet..... devam ediniz 2.Hayır..... 62.soruya geçiniz	

3.Bilmiyor	3.Bilmiyor62.soruya geçiniz
61. Tansiyonu yüksek miydi? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	62. Gebeliğin sonlanmasından önce vajinasında kanama var mıydı? 1.Evet..... devam ediniz 2.Hayır..... 66.soruya geçiniz 3.Bilmiyor 66.soruya geçiniz
63. Kanaması ne kadar sürdü? 1. 1 gün ve daha fazla 2. 1 haftadan fazla 3. 1 aydan fazla 4. Bilmiyor	64. Kanaması ne kadardı? Çok mu fazlaydı? Adet kanaması kadar mıydı; daha mı azdı? 1. Çok fazla 2. Adet kanaması kadar 3. Adet kanamasından az 4. Bilmiyor
65. Kanaması sırasında ağrı var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	66. Gebelik sırasında karında kuvvetli ağrılar olmuş muydu? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
67. Çiüm gebeyken aniden mi gerçekleşti? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	
ÖLDÜĞÜNDE DOĞUM YAPIYOR VEYA LOHUSA İSE 68. SORU İLE DEVAM EDİNİZ. GEBELİK DÖNEMİNDE İSE 84. SORU İLE DEVAM EDİNİZ.	
68. Doğum sırasında kanaması var mıydı? 1.Evet..... devam ediniz 2.Hayır..... 71.soruya geçiniz 3.Bilmiyor 71.soruya geçiniz	69. Kanaması ağır mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
70. Kanaması doğumdan önce mi başlamıştı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	71. Doğum sancılarını başlatmak için ilaç alınmış mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
72. Doğum sancıları ne kadar sürdü? 1. Saat 2. Diğer..... 3. Bilmiyor	73. Doğum sancılarını kuvvetlendirmek için ilaç verilmiş miydi? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
74. Doğumda zorluk yaşandı mı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	75. Bebeğin eşi (Plasenta) gelmiş miydi? 1.Evet..... devam ediniz 2.Hayır..... 78.soruya geçiniz 3.Bilmiyor 78.soruya geçiniz
76. Bebeğin eşinin (Plasentanın) tümü mü yoksa bir kısmı mı gelmişti? 1. Tümü 2. Bir kısmı 3. Bilmiyor	77. Bebeğin eşi (Plasenta) doğumdan ne kadar süre sonra gelmişti? 1. Hemen sonra 2. İlk 30 dakika içinde 3. 30 dakika-1 saat arası 4. Daha geç 5. Bilmiyor
78. Doğumdan sonraki 42 gün içinde ağır kanaması olmuş muydu? 0.Doğum sırasında öldü..... 84.soruya geçiniz 1.Evet..... devam ediniz 2.Hayır..... devam ediniz 3.Bilmiyor devam ediniz	79. Doğumdan sonraki 42 gün içinde kötü kokulu vajinal akıntı gelmiş miydi? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
80. Doğumdan sonraki 42 gün içinde yüksek ateşi var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor	81. Doğumdan sonraki 42 gün içinde alt karın bölgesinde kuvvetli ağrılar var mıydı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
82. Doğumdan sonra bacaklarda ağrı var mıydı? 1.Evet..... devam ediniz 2.Hayır..... 84.soruya geçiniz 3.Bilmiyor 84.soruya geçiniz	83. Bahsettiğiniz ağır rahmetlinin şişmiş olan bir bacağından mı kaynaklanıyordu? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyor
	HER İKİ BACAĞI BİRDEN ŞİŞMİŞ İSE "HAYIR" SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN.

YETİŞKİN SÖZEL OTOPSİ

84. Rahmetlinin başından ölümüne sebep olabilecek saldırı/cinayet, trafik kazası, düşme, yangın, soba/şofben zehirlenmesi veya diğer bir olay geçti mi?
 1. Hayır.....**85.soruya geçiniz**
 2. Evet**163.soruya geçiniz**
 3. Diğer. Belirtiniz.....
 4. Bilmiyor.....**85.soruya geçiniz**

Evet ise: a. Saldırı/cinayet
 b. Trafik kazası
 c. Düşme
 d. Yangın
 e. Soba/şofben zehirlenmesi

85. Anne sizce intihar etmiş olabilir mi?
 1.Evet.....**163.soruya geçiniz**
 2.Hayır.....**devam ediniz**
 3.Bilmiyor**devam ediniz**

86. Ölümünden önceki son hastalığı sırasında yüksek ateşi var mıydı?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**88. soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor**88.soruya geçiniz**

87. Yüksek ateş ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti?
CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN

Başlangıç Bitiş

88. Son hastalığı sırasında öksürüğü var mıydı?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**91.soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor**91.soruya geçiniz**

89. Öksürük ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti?
CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN

Başlangıç Bitiş

90. Öksürüğünde kan var mıydı?
 1.Evet
 2.Hayır
 3.Bilmiyor

91. Son hastalığı sırasında nefes darlığı veya nefes almada problemi var mıydı?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**97.soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor.....**97 soruya geçiniz**

92. Nefes darlığı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti?
CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN

Başlangıç Bitiş

93. Nefes problemi sürekli miydi yoksa bitip tekrar mı başlıyordu?
 1. Sürekli
 2. 1-2 günde bir
 3. Sadece geceleri
 4. Diğer. Belirtiniz.....
 5. Bilmiyor

94. Nefes alırken hırıltısı var mıydı?
 1.Evet
 2.Hayır
 3.Bilmiyor

95. Hafif iş yaparken bile nefessiz kalıyor muydu?
 1.Evet
 2.Hayır
 3.Bilmiyor

96. Nefes alırken göğsünde ağrı var mıydı?
 1.Evet
 2.Hayır
 3.Bilmiyor

97.Nefes alıp verme dışında göğüs ağrısı var mıydı?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**100.soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor**100.soruya geçiniz**

98. Göğüs ağrısı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti?
CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN

Başlangıç Bitiş

99. Ağrı hafif miydi, orta şiddette miydi yoksa şiddetli miydi?
 1.Hafif
 2.Orta şiddetli
 3.Şiddetli
 4.Bilmiyor

100. Karın ağrısı var mıydı?
 1.Evet.....**devam ediniz**
 2.Hayır.....**105.soruya geçiniz**
 3.Bilmiyor**105. soruya geçiniz**

101. Karın ağrısı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti ?
CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN

Başlangıç Bitiş

102. Ağrı tam olarak neresindeydi?
 1. Alt karın
 2. Üst karın

103. Ağrı sürekli mi, yoksa gelip giden kramplar şeklinde miydi?
 1. Gelip giden kramplar
 2. Sürekli karın ağrısı

3. Karnının her tarafında 4. Diğer . Belirtiniz..... 5. Bilmiyor	3. Diğer . Belirtiniz..... 4. Bilmiyor
104. Ağrı hafif miydi, orta şiddette miydi yoksa şiddetli miydi? Ağrının şiddeti neydi? 1. Hafif 2. Orta şiddetli 3. Şiddetli 4. Bilmiyor	105. Karın ve göğüs ağrısının dışında vücudunun başka bir yerinde başka bir ağrısı var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....108.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....108.soruya geçiniz
106. Ağrı neresindeydi? 1. İman tahtasında 2. Başında 3. Kalbinde 4. Sağ kol 5. Sol kol 6. Sağ bacak 7. Sol bacak 8. Diğer . Belirtiniz..... 9. Bilmiyor	107. Ağrısı şiddetli olduğunda ne kadar sürüyordu? 1. 30 dakikadan daha az 2. 30 dakika ile 24 saat arası 3. 24 saatten fazla 4. Bilmiyor
108. Baş ağrısı var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....110.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....110.soruya geçiniz	109. Baş ağrısı şiddetli miydi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
110. Karnında şişkinlik var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....112.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....112.soruya geçiniz	111. Karnında şişkinlik ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN Başlangıç Bitiş
112. Karnında kitle var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....114.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....114.soruya geçiniz	113. Karnında kitle ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN. Başlangıç Bitiş
114. Ayak bileklerinde şişlikler var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....116.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....116.soruya geçiniz	115. Ayak bileklerinde şişlikler ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN. Başlangıç Bitiş
116. Yüzünde şişlikler var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....118.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....118.soruya geçiniz	117. Yüzünde şişlikler ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN. Başlangıç Bitiş
118. Boyunda şişlikler var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....120.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....120.soruya geçiniz	119. Boyunda şişlikler ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN Başlangıç Bitiş
120. Vücudunun diğer yerlerinde şişlikler var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....122.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....122.soruya geçiniz	
121. Şişlikler neresindeydi?	122. Vücudunda yara var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz

BELİRTİLENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN. Baş.....A Kalça.....K Ağız.....B Cinsel organlar.....L Üst kol.....C Sol bacak.....M Alt kol.....D Sağ bacak.....N Koltuk altı.....E Ayaklar.....O Eller.....F Memeler.....P Göğüs.....G Diğer.....R Kasık.....H Üst sırt.....I Alt sırt.....J	2.Hayır.....124.soruya geçiniz 3.Bilmiyor124.soruya geçiniz
123. Yarası neresindeydi? Başka neresinde? BELİRTİLENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN. Baş.....A Kalça.....K Ağız.....B Cinsel organlar.....L Üst kol.....C Sol bacak.....M Alt kol.....D Sağ bacak.....N Koltuk altı.....E Ayaklar.....O Eller.....F Memeler.....P Göğüs.....G Diğer.....R Kasık.....H Üst sırt.....I Alt sırt.....J	124. İshalı var mıydı? 1.Evet.....devam ediniz 2.Hayır.....129.soruya geçiniz 3.Bilmiyor.....129.soruya geçiniz
125. İshal ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN. Başlangıç Bitiş	126. İshal sürekli miydi yoksa bitip tekrar mı başlıyordu? 1.Sürekli 2.Bitip başlıyor 3.Bilmiyor
127. İshalin şiddetli olduğu zamanlarda günde kaç kere büyük abdestini yapıyordu? 1. Günlük Tuvalete Çıkma Sayısı 2. Bilmiyor	128. Büyük abdestinin görünümü nasıldı? 1. Sulu 2. Yumuşak ama sulu değil 3. Bilmiyor
129. Büyük abdestinde kan var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	130. Ölümünden önce büyük abdestini yapabiliyor muydu? 1. Yapabiliyordu 2. Yapamıyordu 3. Bilmiyor
131. İdrar hangi renkteydi? 1. Açık sarı 2. Koyu sarı 3. Kahverengi 4. Pıhtılaşmış kan 5. Bilmiyor	132. Bir günde çıktığı idrar sayısında herhangi bir değişiklik olmuş muydu? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....135.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....135.soruya geçiniz
133. İdrara çıkma sayısındaki değişiklik ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN. Başlangıç Bitiş	134. Günde idrara çıkma sayısı normale göre fazla mıydı az mıydı yoksa idrara hiç mi çıkmıyordu? 1. Fazla 2. Az 3. Hiç çıkmıyordu 4. Bilmiyor
135. İdrarını yapmada güçlük çekiyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	136. İdrarını yaparken yanma hissi oluyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
137. Düzensiz kanama (vajinal kanama) var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....139.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....139.soruya geçiniz	138. Düzensiz kanama ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? CEVABI VERİLEN TÜRDEN KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN. Başlangıç Bitiş
139. Bulantısı var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz	140. Bulantı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti?

2. Hayır.....143.soruya geçiniz 3. Bilmiyor143.soruya geçiniz	<i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i> Başlangıç Bitiş
141. Bulantısı şiddetli olduğu zamanlarda günde kaç kere kusuyordu? 1. Günlük kusma sayısı 2. Bilmiyor	142. Kusmuğunun görünümü nasıl dı? 1. Sulu sıvı 2. Sarı sıvı 3. Kahverengi sıvı 4. Kanlı 5. Diğer . Belirtiniz..... 6. Bilmiyor
143. Ölümünden önceki gün ve haftalarda herhangi bir kilo kaybı yaşamış mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....145.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....145.soruya geçiniz	144. Bu ciddi bir kilo kaybı mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
145. Ölümünden hemen önce ağzını açmada güçlük yaşıyor muydu? 1.Evet güçlük yaşıyordu 2.Hayır güçlük yaşamıyordu 3.Bilmiyor	146. Yutkunmada güçlük yaşıyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
147. Ölümünden hemen önce boynu tutulmuş muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	148. Ölmeden hemen önce .havale/kriz geçiriyor muydu? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....151.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....151.soruya geçiniz
149. Havaletleri/krizleri nasıldı? 1.Tüm vücudun tekrar tekrar şiddetli sarsılması 2. Diğer. Belirtiniz..... 3. Bilmiyor	150. Bu tür havaletleri/krizleri daha önceden de geçiriyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
151. Ölümünden önce zihinsel olarak normal miydi, zihni bulanık mıydı yoksa şüursuz muydu? 1. Normal.....153.soruya geçiniz 2. Zihni bulanık.....devam ediniz 3. Şüursuz.....devam ediniz 4. Diğer. Belirtiniz..... 5. Bilmiyor153.soruya geçiniz	152. Şuurunda azalma birdenbire mi, birkaç gün içerisinde mi yoksa yavaşça mı başladı? 1. Birdenbire 2. bir gün içerisinde hızlıca 3. Birkaç günden fazla yavaşça 4. Bilmiyor
153. Bütün vücudu kaskatı mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....155.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....155.soruya geçiniz	154. Bütün vücudunun kaskatı olması ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i> Başlangıç Bitiş
155. İnme inmiş miydi? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....157.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....157.soruya geçiniz	156. İnme ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce felçten kurtuldu? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i> Başlangıç Bitiş
157. Konuşmasında bozulma var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....159.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....159.soruya geçiniz	158. Konuşmasında bozulma, ölümünden ne kadar önce başlamış, ölümünden ne kadar süre önce bitmişti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i> Başlangıç Bitiş
159. Gözlerinde kızarıklık var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	160. Göz akları sarı mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor

161. Yüzu solgun veya kansız görünüyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	162. Avcı içi solgun görünüyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
HASTALIK VE TEDAVİ	
163. Ölümü öncesinde bir sağlık sorunu veya sağlık sorunu olduğunu gösteren herhangi bir belirti var mıydı? <i>GÖRÜŞMENİN BAŞINDA ALDIĞINIZ HASTALIK VE ÖLÜM ÖYKÜSÜNÜ DÜŞÜNEREK GEREKİRSE İRDELEYİN.</i> 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 191.soruya geçiniz 3. Bilmiyor..... 191.soruya geçiniz	164. Bir sağlık sorunu olduğunu gösteren belirtiler ölümünden ne kadar önce başlamıştı? <i>1 GÜNDEN AZ İSE SAAT, 1 AYDAN AZ İSE GÜN, 1 AYDAN FAZLA İSE AY OLARAK YAZIN.</i> 1. Saat 2. Gün 3. Ay
165. Ailesi veya kendisi bu belirtilerin ölümcül olduğunu düşünüyor muydu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	166. Tedavi için herhangi bir girişimde bulunulmuş muydu? 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 190.soruya geçiniz 3. Bilmiyor 190.soruya geçiniz
167. Tedavi görmesi gerektiğine kim karar vermişti? 1. Kendisi 2. Kocası 3. Ailesi 4. Diğer. Belirtiniz..... 5. Bilmiyor	168. Tedavi olmaya karar verinceye kadar ne kadar zaman geçmişti? <i>1 GÜNDEN AZ İSE SAAT, 1 AYDAN AZ İSE GÜN, 1 AYDAN FAZLA İSE AY OLARAK YAZIN.</i> 1. Saat 2. Gün 3. Ay
169. Karar verdikten ne kadar sonra tedavi oldu? 1. Hemen..... 171.soruya geçiniz 2. O gün içinde..... devam ediniz 3. O hafta içinde..... devam ediniz 4. O ay içinde..... devam ediniz 5. Tedavi olmadı..... devam ediniz 6. Bilmiyor..... 171. soruya geçiniz	170. Neden hemen gitmedi? (Neden tedavi olmadı) <i>SÖYLENEN NEDENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN.</i> 1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11.Bilmiyor.....
171. Tedavi için kaç farklı yere gitti? 1. Yer sayısı..... devam ediniz 2. Tedavi için sağlık kuruluşuna gitmedi..... 191.soruya geçiniz 3. Bilmiyor..... 191.soruya geçiniz	
172. İlk gittiği yer neresiydi? Yerin adı..... 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispanser 1.5 Diğer . Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz..... 3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor	
173. Burada tedaviyi kimden almıştı? 1.Doktor 2.Hemşire 3.Diğer sağlık personeli 4.Tedavi almadı 5. Bilmiyor	174. Başka bir sağlık kuruluşuna gitmiş miydi? 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 177.soruya geçiniz 3. Bilmiyor..... 177.soruya geçiniz
175. Nereye sevk edilmişti/gitmişti?	

Yerin adı..... 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispanser	2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz	3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor
176. Son gittiği yer neresiydi? Yerin adı..... 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispanser		
2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz		
3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor		
DİKKAT! 177 İLE 190 ARASINDAKİ SORULARI TEDAVİ OLDUĞU SON KURUM (SORU 176'a göre) İÇİN SORUNUZ		
177. Ölümda mı gerçekleşti? 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 179.soruya geçiniz 3. Bilmiyor..... 179.soruya geçiniz	178. Oraya ulaştıktan ne kadar süre sonra öldü? 1. Dakika 2. Saat 3. Gün 4. Bilmiyor.	
179. Tedavi olduğu yer, yaşadığı yerleşim yerinde miydi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	180. Tedavi süresince kaldığı yer, tedavi gördüğü yere ne kadar uzaklıktaydı? 1.Aynı sokak veya mahallede/semte 2.Yakın başka bir semte 3.Uzak başka bir semte 4.Yakın bir yerleşim yerinde 5.Uzak bir yerleşim yerinde 6.Bilmiyor	
181.'e nasıl gitmişti? 1.Ambulans ile 2.Özel araç ile 3.Otobüs/ dolmuş ile 4.Taksi ile 5.Diğer.Belirtiniz..... 6.Bilmiyor	182.'e gitmesi ne kadar sürmüştü? 1 SAATTEN AZ İSE DAKİKA OLARAK YAZIN. 1. Dakika 2. Saat 3.Bilmiyor	
183. Araç bulmada güçlük çekti mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	184. Tedavi olduğu son yere ulaştıktan ne kadar süre sonra muayene edilmişti? 1 SAATTEN AZ İSE DAKİKA OLARAK YAZIN. 1. Dakika 2. Saat 3.Bilmiyor	
185. Burada ilk muayene kim tarafından yapılmıştı? 1.Doktor 2.Hemşire 3.Diğer sağlık personeli 4.Tedavi almadı 5. Bilmiyor	186. Tedavisi sırasında kan verildi mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	
187. Tedavisi sırasında serum verildi mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor	188. Tedavi masrafları nasıl karşılandı? 1.Para ödemedi..... 191.soruya geçiniz 2.Sağlık sigortasından karşılandı..... 191.soruya geçiniz 3.Kendisi, ailesi karşıladı..... devam ediniz 4.Borç alındı..... devam ediniz 5.Senet yapıldı..... devam ediniz 6.Diğer.Belirtiniz..... devam ediniz 7.Bilmiyor..... devam ediniz	

189. Toplam tedavi masrafı ne kadar tutmuştu? YTL OLARAK YAZIN. YTL DIŞINDAKİ YANITLAR İÇİN DİĞER SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN 1. Masraf YTL 2. Diğer 3. Bilmiyor	190. Tedavi için neden girişimde bulunulmadı? Neden tedavi olmadı? SÖYLENEN NEDENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN. 1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Nedeni yok 8. Diğer. Belirtiniz..... 9. Bilmiyor.....		
GEBELİK, DOĞUM ÖNCESİ BAKIM VE DOĞUM			
191. Öldüğü sıradaki gebeliğinden (doğumundan) önce canlı doğumu var mıydı? 1. Evet..... devam ediniz 2. Hayır..... 193.soruya geçiniz	192. Öldüğü sıradaki gebeliğinden (doğumundan) önceki son canlı doğumu hangi ay ve yılda gerçekleşti? AY/ YIL		
193 İLE 206 ARASINDAKİ SORULARI BU GRUPLAMAYA GÖRE CEVAPLAYINIZ			
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE 1.Doğum yapmamış (Kendiliğinden /isteyerek düşük) 2.Doğum yapmış (Ölü doğum/ canlı doğum) İsim..... </td> <td style="width:50%; border: none;"> BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE (OCAK 1998'TEN SONRA İŞE) İsim..... </td> </tr> </table>		ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE 1.Doğum yapmamış (Kendiliğinden /isteyerek düşük) 2.Doğum yapmış (Ölü doğum/ canlı doğum) İsim.....	BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE (OCAK 1998'TEN SONRA İŞE) İsim.....
ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE 1.Doğum yapmamış (Kendiliğinden /isteyerek düşük) 2.Doğum yapmış (Ölü doğum/ canlı doğum) İsim.....	BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE (OCAK 1998'TEN SONRA İŞE) İsim.....		
193.’e gebe iken, gebeliği süresince bilgi almak, danışmak ve kontrol amacıyla kimseye başvurdu mu? (EVET İŞE) Kime başvurdu? BU KİŞİLERİN KİM OLDUĞUNU ÖĞRENİN VE BAŞVURULAN BÜTÜN KİŞİLERİ İŞARETLEYİN.	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 1.Sağlık Personeli 1.a. Doktor 1.b. Ebe/Hemşire 2. Diğer Kişiler: Ara Ebesi/Ebe Nine 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Kimseye başvurmamış 5. Bilmiyor </td> <td style="width:50%; border: none;"> 1.Sağlık Personeli 1.a. Doktor 1.b. Ebe/Hemşire 2. Diğer Kişiler: Ara Ebesi/Ebe Nine 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Kimseye başvurmamış 5. Bilmiyor </td> </tr> </table>	1.Sağlık Personeli 1.a. Doktor 1.b. Ebe/Hemşire 2. Diğer Kişiler: Ara Ebesi/Ebe Nine 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Kimseye başvurmamış 5. Bilmiyor	1.Sağlık Personeli 1.a. Doktor 1.b. Ebe/Hemşire 2. Diğer Kişiler: Ara Ebesi/Ebe Nine 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Kimseye başvurmamış 5. Bilmiyor
1.Sağlık Personeli 1.a. Doktor 1.b. Ebe/Hemşire 2. Diğer Kişiler: Ara Ebesi/Ebe Nine 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Kimseye başvurmamış 5. Bilmiyor	1.Sağlık Personeli 1.a. Doktor 1.b. Ebe/Hemşire 2. Diğer Kişiler: Ara Ebesi/Ebe Nine 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Kimseye başvurmamış 5. Bilmiyor		
194. Nereye başvurdu? SÖYLENENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN. (YERİN ADI: ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE) (YERİN ADI: BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE)	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 Sağlık ocağı 1.5 Sağlık evi 1.6 SSK Hastanesi/ dispanser 1.7 Diğer Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 2.5 Diğer Belirtiniz..... 3. Üniversite hastanesi 4. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 5. Diğer. Belirtiniz..... 6. Bilmiyor </td> <td style="width:50%; border: none;"> 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 Sağlık ocağı 1.5 Sağlık evi 1.6 SSK Hastanesi/ dispanser 1.7 Diğer Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 2.5 Diğer Belirtiniz..... 3. Üniversite hastanesi 4. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 5. Diğer. Belirtiniz..... 6. Bilmiyor </td> </tr> </table>	1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 Sağlık ocağı 1.5 Sağlık evi 1.6 SSK Hastanesi/ dispanser 1.7 Diğer Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 2.5 Diğer Belirtiniz..... 3. Üniversite hastanesi 4. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 5. Diğer. Belirtiniz..... 6. Bilmiyor	1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 Sağlık ocağı 1.5 Sağlık evi 1.6 SSK Hastanesi/ dispanser 1.7 Diğer Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 2.5 Diğer Belirtiniz..... 3. Üniversite hastanesi 4. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 5. Diğer. Belirtiniz..... 6. Bilmiyor
1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 Sağlık ocağı 1.5 Sağlık evi 1.6 SSK Hastanesi/ dispanser 1.7 Diğer Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 2.5 Diğer Belirtiniz..... 3. Üniversite hastanesi 4. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 5. Diğer. Belirtiniz..... 6. Bilmiyor	1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 Sağlık ocağı 1.5 Sağlık evi 1.6 SSK Hastanesi/ dispanser 1.7 Diğer Belirtiniz..... 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 2.5 Diğer Belirtiniz..... 3. Üniversite hastanesi 4. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 5. Diğer. Belirtiniz..... 6. Bilmiyor		
195......’e gebeliği sırasında doğum öncesi bakım almamasının nedeni neydi? SÖYLENEN NEDENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11. Bilmiyor..... </td> <td style="width:50%; border: none;"> 1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11. Bilmiyor..... </td> </tr> </table>	1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11. Bilmiyor.....	1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11. Bilmiyor.....
1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11. Bilmiyor.....	1. Önemli Bir Sağlık Sorunu Yoktu 2. Yakında Sağlık Kuruluşu Yoktu 3. Sağlık Kuruluşuna/ Personeline Güvensizlik 4. Sağlık Kuruluşundan Yararlanmada Güçlük 5. Gelenekler/Töre 6. Maddi Olanaksızlık 7. Kötü Hizmet 8. Nereye Gideceğini Bilmiyor 9. Gidecek Zamanı Olmadan Aniden Öldü 10. Diğer. Belirtiniz..... 11. Bilmiyor.....		
196.’e gebeliği sırasında bahsettiğiniz kişilere (kişiye) ilk başvurduğunda kaç aylık gebeydi?	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> 1.Ay..... 2.Bilmiyor </td> <td style="width:50%; border: none;"> 1.Ay..... 2.Bilmiyor </td> </tr> </table>	1.Ay..... 2.Bilmiyor	1.Ay..... 2.Bilmiyor
1.Ay..... 2.Bilmiyor	1.Ay..... 2.Bilmiyor		

ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE 1.Doğum yapmamış (Kendiliğinden /isteyerek düşük) 2.Doğum yapmış (Ölü doğum/ canlı doğum) İsim.....			BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE (OCAK 1998'TEN SONRA İŞE) İsim.....																													
197.'e gebeliği sırasında ilk kez doğum öncesi bakıma gittiğinde, bir sorunu olduğu için mi yoksa sadece gebeliğinin kontrolü için mi gitti?	1.Sorun vardı 2.Olağan kontrol ve bakımı için gitti 3.Diğer. Belirtiniz..... 4.Bilmiyor	1.Sorun vardı 2.Olağan kontrol ve bakımı için gitti 3.Diğer. Belirtiniz..... 4.Bilmiyor																														
198. Sorun neydi?	Belirtiniz.....	Belirtiniz.....																														
199.'e gebeliğinde doğum öncesi bakımla ilgili olarak bu kişiye (kişilere) kaç kez görüldü?	1.Kaç kez 2.Bilmiyor	1.Kaç kez 2.Bilmiyor																														
200.'e gebeliğinde bahsettiğiniz kişilere (kişiye) son başvurduğunda kaç aylık gebeydi?	1.Ay 2.Bilmiyor	1.Ay 2.Bilmiyor																														
201. Doğum öncesi kontrollerin herhangi birinde: Tartıldı mı? Boyu ölçüldü mü? Tansiyonuna bakıldı mı? Kan tahlili yapıldı mı? İdrar tahlili yapıldı mı? Karnı ölçüldü mü? Bebeğin kalbi dinlendi mi? Ultrason çekildi mi? İçerden/alttan muayene yapıldı mı?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Evet</th> <th>Hayır</th> <th>Bilmiyor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	Evet	Hayır	Bilmiyor	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
Evet	Hayır	Bilmiyor																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
1	2	3																														
KENDİLİĞİNDEN VEYA İSTEYEREK DÜŞÜK İLE SONUÇLANDI İSE 207. SORUYA GEÇİNİZ. DEĞİL İSE DEVAM EDİNİZ.																																
202.'in doğumu nasıl gerçekleşti? Normal doğum muydu yoksa sezaryen miydi?	1.Normal doğum 2.Sezaryen	1.Normal doğum 2.Sezaryen																														
203. Doğum sırasında forseps veya vakum kullanıldı mı?	1.Kullanılmadı 2.Forseps kullanıldı 3.Vakum kullanıldı 4.Bilmiyor	1.Kullanılmadı 2.Forseps kullanıldı 3.Vakum kullanıldı 4.Bilmiyor																														
204.'in doğumunu nerede yaptı? (YERİN ADI: ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE) (YERİN ADI: BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE)	1.Kendi evi 2.Başka ev 3.Devlet sektörü 3.1 Devlet / numune hastanesi 3.2 Doğumevi 3.3 AÇSAP Merkezi 3.4 Sağlık ocağı 3.5 Sağlık evi 3.6 SSK Hastanesi/ dispanser 3.7 Diğer Belirtiniz..... 4.Özel Sektör 4.1 Özel hastane 4.2 Özel poliklinik 4.3 Özel doktor muayenesi 4.4 Özel ebe/ hemşire (sağlık kabini) 4.5 Diğer Belirtiniz..... 5. Üniversite hastanesi 6. Gönüllü kuruluş/ vakıf hastanesi 7. Diğer. Belirtiniz..... 8. Bilmiyor																															

ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİKTE 1.Doğum yapmamış (Kendiliğinden /isteyerek düşük) 2.Doğum yapmış (Ölü doğum/ canlı doğum) İsim.....			BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUMUN GEBELİĞİNDE (OCAK 1998'TEN SONRA İSE) İsim.....
205.'in doğumunu kim yaptırdı? <i>KİŞİLERİN KİM OLDUĞUNU ANLAMAK İÇİN İRDELEYİN VE YARDIMCI OLAN BÜTÜN KİŞİLERİ ALMAYA ÇALIŞIN.</i>	1.Sağlık Personeli 1.1.Doktor 1.2.Ebe/Hemşire 2.Diğer Kişiler 2.1. Ara Ebese 2.2. Akraba/Arkadaş 3.Diğer Belirtiniz..... 4. Hiç Kimse 5. Bilmiyor	1.Sağlık Personeli 1.1.Doktor 1.2.Ebe/Hemşire 2.Diğer Kişiler 2.1. Ara Ebese 2.2. Akraba/Arkadaş 3.Diğer Belirtiniz..... 4. Hiç Kimse 5. Bilmiyor	
206. Doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapmamış ise yapmamasının en önemli nedeni nedir?	1.Nedeni yok 2.Yakında sağlık kuruluşu yok 3.Sağlık kuruluşuna / personeline güvensizlik 4.Doğum anı oldu 5.Sağlık kuruluşundan yararlanmada güçlük 6.Pahalı 7.Gelenekler/ töre 8.Bir sorun yoktu 9.Diğer Belirtiniz..... 10.Bilmiyor	1.Nedeni yok 2.Yakında sağlık kuruluşu yok 3.Sağlık kuruluşuna / personeline güvensizlik 4.Doğum anı oldu 5.Sağlık kuruluşundan yararlanmada güçlük 6.Pahalı 7.Gelenekler/ töre 8.Bir sorun yoktu 9.Diğer Belirtiniz..... 10.Bilmiyor	

YETİŞKİN ÖLÜMÜ HİZMET KULLANIMI					
207. Tedavi için herhangi bir sağlık kuruluşuna gitti mi? (EVET İSE) Kaç farklı sağlık kuruluşuna gitti? 1.Evet devam ediniz 2.Hayır.....220. soruya geçiniz 3.Bilmiyor.....220. soruya geçiniz					
208. (İlk) gittiği sağlık kuruluşu neresiydi? Yerin adı..... <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispenser </td> <td style="vertical-align: top;"> 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz </td> <td style="vertical-align: top;"> 3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor </td> </tr> </table>			1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispenser	2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz	3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor
1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispenser	2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz	3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor			
209. Bu kuruluşu seçme nedeni neydi? Belirtiniz.....	210. Burada sunulan hizmetten tatmin oldu mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor				
211. Burada sunulan hizmetten neden tatmin olmadı? Belirtiniz.....	212. Buradaki tedavi nasıl sonuçlandı? Belirtiniz.....				
213. Başka bir sağlık kuruluşuna gitmiş miydi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor					
214. Son gittiği sağlık kuruluşu neresiydi? Yerin adı..... <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispenser </td> <td style="vertical-align: top;"> 2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz </td> <td style="vertical-align: top;"> 3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor </td> </tr> </table>			1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispenser	2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz	3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor
1.Devlet sektörü 1.1 Devlet / numune hastanesi 1.2 Doğumevi 1.3 AÇSAP Merkezi 1.4 SSK Hastanesi/ dispenser	2.Özel Sektör 2.1 Özel hastane 2.2 Özel poliklinik 2.3 Özel doktor muayenesi 2.4 Diğer. Belirtiniz	3.Üniversite hastanesi 4.Gönüllü kuruluş/ vakıf/ dernek 5.Diğer. Belirtiniz..... 6.Bilmiyor			
215. Bu kuruluşu seçme nedeni neydi? Belirtiniz.....	216. Burada sunulan hizmetten tatmin oldu mu? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor				

217. Burada sunulan hizmetten neden tatmin olmadı? Belirtiniz.....	218. Buradaki tedavi nasıl sonuçlandı? Belirtiniz.....
207. sorunun cevabına göre cevap veriniz. 219. (YALNIZCA BİR SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURDUYSA) Neden başka bir kurumda tedavi olmadı? (BİRDEN FAZLA SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURDUYSA) Neden başka bir kuruma tedavi olmaya gitti? Belirtiniz.....	

ÖLEN KADINA AİT TEMEL BİLGİLER	
220. hiç okula gitmiş miydi? EVET ise tamamladığı eğitim seviyesi neydi? 1. Eğitimi yok/ ilkokulu bitirmemiş 2. İlköğretim birinci kademe 3. İlköğretim ikinci kademe 4. Lise ve üzeri 5. Bilmiyor	221. 12 yaşına kadar en uzun süreyle nerede yaşadı? Yerin adı..... 1. Defin edildiği yer 2. İl merkezi 3. İlçe merkezi 4. Bucak veya köy 5. Yurt dışı 6. Bilmiyor
222. Bu yer şu anda hangi ilde? İlin adı..... İl kodu	223. Ölümünden önce nerede yaşardı? Yerin adı..... 1. Defin edildiği yer 2. İl merkezi 3. İlçe merkezi 4. Bucak veya köy 5. Yurt dışı 6. Bilmiyor
224. Bu yer şu anda hangi ilde? İlin adı..... İl kodu	
225. Son 12 ay içinde kendi ev işlerinin dışında, gelir getirsin veya getirmesin, herhangi bir işte çalıştı mı? 1. Evet.....227.soruya geçiniz 2. Hayır.....devam ediniz 3. Bilmiyor.....devam ediniz	226. Bildiğiniz gibi bazı kadınlar ufak-tefek şeyler satarlar, pazar yerinde satış yaparlar, para karşılığında ya da para almadan ailenin işyerinde ya da tarlasında çalışırlar, evde dikiş nakış yaparlar, çocuk bakıcılığı, ev temizliği gibi işler yaparlar. Son 12 ay içinde böyle bir işte çalıştı mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
227. Hiç canlı doğum yaptı mı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....231.soruya geçiniz	228. Kendisinin doğurduğu ve kendisi ile birlikte oturan oğlu ya da kızı var mıydı? 1. Evet 2. Hayır Evet ise kaç tane?
229. Kendisinin doğurduğu ve kendisi ile birlikte oturmayan, başka bir yerde yaşayan oğlu ya da kızı var mıydı? 1. Evet 2. Hayır Evet ise kaç tane?	230. Kendisinin doğurduğu ama doğumdan sonra ölen hiç erkek ya da kız çocuğu oldu mu? 1. Evet 2. Hayır Evet ise kaç çocuğu öldü?
Son üç sorudaki sayıları toplayıp kaç canlı doğum yaptığını bulunuz. Canlı doğum sayısı..... Doğrulatınız.	

DİKKAT! AŞAĞIDAKİ SORULARA VERİLEN YANITLARA BU GEBELİĞİ N DE DAHİL EDİLDİĞİNDEN EMİN OLUN.	
231. Hiç (kendiliğinden) düşük yaptı mı? 1. Evet 2. Hayır	232. Toplam kaç kez (kendiliğinden) düşük yaptı? Düşük sayısı
233. Hiç kürtaj oldu mu, isteyerek düşük yaptı mı ya da çocuk aldırdı mı? 1. Evet 2. Hayır	234. Toplam kaç kez kürtaj oldu (isteyerek düşük yaptı, çocuk aldırdı)? Sayısı
235. Hiç ölü doğum yaptı mı? 1. Evet 2. Hayır	236. Toplam kaç ölü doğum yaptı? Sayısı
237. Toplam sonuçlanmış kaç gebeliği olmuştu? (228/229/230/232/ 234/ 236. sorulardaki sayıları toplayarak sonucu kontrol ediniz.	
238. Hiç dış gebeliği olmuş muydu? 1. Evet 2. Hayır	239. Toplam kaç kez dış gebeliği oldu? Sayısı
240. Kendisi veya eşi ölümüne neden olan gebelik öncesinde gebeliği önlemek ya da geciktirmek için herhangi bir usul veya yol kullanıyor muydu? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır.....244.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....244.soruya geçiniz	241. Hangi usulü kullanıyorlardı? Birden fazla usul söylenirse en üstteki işaretlenecektir. 1. Tüplerin bağlanması 2. Erkeğin kanallarının bağlanması 3. Hap 4. Spiral 5. İğne/ enjeksiyon 6. Deri altı implant/ norplant 7. Kondom/ kaput 8. Kadın kondomu 9. Diyafram/jel/fital/köpük 10. Süt /emzirme ile korunma 11. Tehlikesiz günler 12. Geri çekme 13. Diğer Belirtiniz..... 14. Bilinmiyor
242. Gebe kalmadan önce usul kullanmayı bıraktı mı, yoksa usul kullanır iken mi gebe kaldı? 1. Usul kullanmayı bıraktı.....devam ediniz 2. Kullanırken gebe kaldı.....244.soruya geçiniz 3. Bilmiyor.....244.soruya geçiniz	243. Kullandıkları usulü neden bıraktılar? 1. Gebe kalmak istedi 2. Usule ilişkin sorunlar 3. Diğer. Belirtiniz..... 4. Bilinmiyor
244. Rahmetli gebe kalmak istiyor muydu, bu gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdi, yoksa bu gebeliği hiç istememiş miydi? 1. İstiyordu 2. Daha sonra istiyordu 3. Hiç istemiyordu	245. Gebe kaldığını öğrendiğinde, bu onun için büyük bir sorun mu, küçük bir sorun mu oldu, yoksa bir sorun olmadı mı? 1. Büyük bir problem 2. Küçük bir problem 3. Bir problem olmadı 4. Bilmiyor
246. Hiç evlenmiş miydi? <i>EVLİ GİBİ BİRLİKTE YAŞAYANLARI EVLİ KABUL EDİN.</i> 1. Evet 2. Hayır	247. Öldüğünde medeni durumu neydi? 1. Evli 2. Eşi ölmüş 3. Boşanmış 4. Ayrı yaşıyor
248. Kocasını kaç yaşında? Bitirilmiş yaş	249. Kocasını hiç okula gitmiş miydi? EVET ise tamamladığı eğitim seviyesi neydi? 1. Eğitimi yok/ ilkokulu bitirmemiş 2. İlköğretim birinci kademe 3. İlköğretim ikinci kademe 4. Lise ve üzeri 5. Bilmiyor

250. Kocası son bir hafta içinde, gelir getirsin veya getirmesin, herhangi bir işte çalıştı mı? 1. Evet 2. Hayır (HAYIR İSE) Normalde çalıştığı bir işi var mı? Belirtiniz..... 251. Şimdi size 'nin konutuna ilişkin bazı sorular sormak istiyorum. Yaşadığı evde şimdi sayacaklarımdan var mıydı? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YOK</th> <th style="text-align: center;">VAR</th> <th style="text-align: center;">BİLMİYOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Buzdolabı</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Gazlı/Elektrikli Fırın</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Mikrodalga Fırın</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Bulaşık Makinesi</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Mutfak Robotu/Mikser/Blender</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Dvd/Vcd Çalar</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Çamaşır Makinesi</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Video Kamera</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Ütü</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Diğitürk, Cıne5, Uydu Yayın, Vb.</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Elektrik Süpürgesi</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Televizyon</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Video</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Fotoğraf Makinesi</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Kompakt Diskli Müzik Seti</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Telefon</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Cep Telefonu</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Bilgisayar</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>İnternet Bağlantısı</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Özel Araba</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Taksi/Minibus/Otobüs</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Traktör</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Motosiklet</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Diğer ulaşım araçları</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> </tbody> </table> 253. Bu sağlık sigortası, rahmetlinin kendisine mi aitti, yoksa kocasının veya diğer aile fertlerinden birinin sağlık sigortasından mı yararlanıyordu? 1. Kendisine ait 2. Kocası üzerinden 3. Aile fertleri üzerinden 4. Bilmiyor		YOK	VAR	BİLMİYOR	Buzdolabı	1	2	3	Gazlı/Elektrikli Fırın	1	2	3	Mikrodalga Fırın	1	2	3	Bulaşık Makinesi	1	2	3	Mutfak Robotu/Mikser/Blender	1	2	3	Dvd/Vcd Çalar	1	2	3	Çamaşır Makinesi	1	2	3	Video Kamera	1	2	3	Ütü	1	2	3	Diğitürk, Cıne5, Uydu Yayın, Vb.	1	2	3	Elektrik Süpürgesi	1	2	3	Televizyon	1	2	3	Video	1	2	3	Fotoğraf Makinesi	1	2	3	Kompakt Diskli Müzik Seti	1	2	3	Telefon	1	2	3	Cep Telefonu	1	2	3	Bilgisayar	1	2	3	İnternet Bağlantısı	1	2	3	Özel Araba	1	2	3	Taksi/Minibus/Otobüs	1	2	3	Traktör	1	2	3	Motosiklet	1	2	3	Diğer ulaşım araçları	1	2	3	252. Anne herhangi bir sağlık sigortası kapsamında mıydı? Sağlık sigortası var mıydı? 1. Evet.....devam ediniz 2. Hayır254.soruya eçiniz (VAR İSE) Hangi sağlık sigortası kapsamında mıydı? 1. SSK 2. Emekli Sandığı 3. Bağkur 4. Özel sağlık sigortası 5. Yeşil kart 6. Diğer. Belirtiniz..... 7. Bilmiyor 254. Annenin nüfus cüzdanı var mıydı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor
	YOK	VAR	BİLMİYOR																																																																																																		
Buzdolabı	1	2	3																																																																																																		
Gazlı/Elektrikli Fırın	1	2	3																																																																																																		
Mikrodalga Fırın	1	2	3																																																																																																		
Bulaşık Makinesi	1	2	3																																																																																																		
Mutfak Robotu/Mikser/Blender	1	2	3																																																																																																		
Dvd/Vcd Çalar	1	2	3																																																																																																		
Çamaşır Makinesi	1	2	3																																																																																																		
Video Kamera	1	2	3																																																																																																		
Ütü	1	2	3																																																																																																		
Diğitürk, Cıne5, Uydu Yayın, Vb.	1	2	3																																																																																																		
Elektrik Süpürgesi	1	2	3																																																																																																		
Televizyon	1	2	3																																																																																																		
Video	1	2	3																																																																																																		
Fotoğraf Makinesi	1	2	3																																																																																																		
Kompakt Diskli Müzik Seti	1	2	3																																																																																																		
Telefon	1	2	3																																																																																																		
Cep Telefonu	1	2	3																																																																																																		
Bilgisayar	1	2	3																																																																																																		
İnternet Bağlantısı	1	2	3																																																																																																		
Özel Araba	1	2	3																																																																																																		
Taksi/Minibus/Otobüs	1	2	3																																																																																																		
Traktör	1	2	3																																																																																																		
Motosiklet	1	2	3																																																																																																		
Diğer ulaşım araçları	1	2	3																																																																																																		
255. Görüşme saati / dakikası Görüşme kesintiye uğradı mı? 1. Evet 2. Hayır Evet ise yaklaşık kaç dakika kesintiye uğradı? 	256. Size kaybettiğiniz yakınınızla ilgili çeşitli sorular sordum. Bu konuda konuşurken kendinizi nasıl hissettiniz? 1. İyi / daha iyi 2. Kötü/ daha kötü 3. Aynı/ fark yok GÖRÜŞTÜĞÜNÜZ KİŞİNİN SÖYLEDİKLERİNİ AYNEN YAZIN 																																																																																																				
TEŞEKKÜR EDİNİZ....																																																																																																					

TC. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANNE ÖLÜMÜ İL BİLDİRİM FORMU



İl :
Ay :
Yıl :

Kuruluş Adı :

1.

İle Bağlı İlçe Yerleşim Yeri Sayısı :	
İle Bağlı Kırsal-Köy Yerleşim Yeri Sayısı :	
Veri Bildirimini Yapan İlçe Yerleşim Yeri Sayısı :	
Veri Bildirimini Yapan Kırsal-Köy Yerleşim Yeri Sayısı :	
12-50 Yaş Grubu Kadın Ölümünün Toplam Sayısı :	
12-50 Yaş Grubu Anne Ölümü Sayısı :	

2.

12-50 Yaş Ölen Annenin Adı/Soyadı (Kodu)	İkamet Ettiği İl	İkamet Ettiği İlçe	İkamet Ettiği Köy/ Mahalle	Sokak Adı / Ev No	Annenin Doğum Tarihi	Ölüm Tarihi	Ölümün Gerçekleştiği Yer	Ölüm Nedeni (ICD-10 Sınıflamasına göre)	**Bildirimi Yapan Kuruluş

1. Sağlık Müdürlükleri tarafından doldurulacaktır.

2. Hem bildirim yapan sağlık kuruluşları hem de Sağlık Müdürlükleri tarafından doldurulacaktır.

Veri Sistemi Sorumlusu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Sayı : B100AÇS0120000-
Konu : Tez İzni Hak.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AÇSAP Yazı İşleri Ve Evr.
Müd.
04 Haziran 2010 09:04:09 /2966



GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 03.03.2010 tarih ve 850 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora programında öğrenimine devam eden Dr.Sibel BİLGİN' in yürütmekte olduğu "Türkiye' de Anne Ölümleri İzleme Programı Kapsamında Tespit Edilen Anne Ölümlerinin Önlenebilirliğini Etkileyen Risk Faktörleri Araştırması" konulu tezi kapsamında 2007 ve 2008 yıllarına ait anne ölümlerinin istatistiklerinin kullanılacağı çalışmanın Bakanlık Makamının 28.04.2010 tarih ve 2131 sayılı onayı ile uygun bulunduğunu bilgilerinize sunarım.


M. Rifat KÖSE
Bakan a.
Genel Müdür