

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

İSTANBUL SAĞLIK KAYITLARINA GÖRE
KADIN ÖLÜMLERİ İÇİNDE, ANNE ÖLÜMLERİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ: Meral ZENGİN
YÖNETEN: Doç.Dr. Ayşen BULUT

1991

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

GİRİŞ

1. GENEL BİLGİLER	1
- ANNE ÖLÜMÜ TANIMI	1
- ANNE ÖLÜM DÜZEYİNİ GÖSTEREN ÖLÇÜTLER	2
- ANNE ÖLÜM DÜZEYİNİ BELİRLEMEDE GÜÇLÜKLER	3
- ANNE ÖLÜM DÜZEYİNİ BELİRLEME YÖNTEMLERİ	4
- ANNE ÖLÜM NEDENLERİ	8
2. MATERYAL METOD	20
3. BULGULAR	22
4. TARTIŞMA VA SONUÇ	32
5. ÖNERİLER	35
ÖZET	37
KAYNAKÇA	38
EKLER	39

T. C.

**Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi**

ÖNSÖZ

Bir çocuğun doğumu tüm dünyada çiçeklerle, hediyelerle ya da kutlama şöenleri ile karşılanan mutlu bir olaydır. Ancak dünyada her gün bu mutlu olayı gerçekleştirmeye çalışan binden fazla kadın yaşamını yitirmektedir. Ve bu acı insanlar tarafından sessizce kabullenilmektedir.

Çağımızda bilim ve teknolojideki başdöndürücü ilerlemeye karşın gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri sessiz bir trajedi olmaya devam etmektedir. Bu durumun ulusal ve uluslararası sağlık hizmetlerini yönetmekle görevli kişilerce bilinmeden ihmal edildiği varsayılmaktadır. Geleneklerden dolayı mutlu bir olayı gerçekleştirirken çoğu önlenabilir riskleri, normal ve önlenemez olarak görme kaderciliği bu ihmalin temel nedenlerinden biridir.

Anne ölümlerinin düzeyini belirlemedeki güçlük yakın zamana kadar sorunun boyutunu gündeme getirmeyi geciktirmiştir. Uluslararası düzeyde sorunun boyutunun belirlenmesi ve özellikle de çocuk sağlığı ile anne sağlığı arasındaki ilişkinin ortaya konması sonucu Birleşmiş Milletler ve diğer kuruluşların gözetiminde çalışmalar başlatılmış ve geliştirilen anne sağlığını iyileştirme programları önemli ilerlemeler kaydetmiştir.

Bu genel sağlık problemi konusunda bilgilerin ışığında, sorunun boyutunun değerlendirilmesinde varolan istatistiklerin önemini belirlemeye ve kayıtlarla ilgili sorunlara çözüm için öneriler getirmeye yönelik olan çalışmamızda her türlü yardım ve desteğini gördüm kişilere, kuruluşlara ve özellikle sayın Hocam Doç. Dr. Aysen BULUT'a sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Meral Zengin

GİRİŞ

Anne ölümlerinin önemi, kaybedilenin yalnızca en üretken çağda yetişkin bir birey olması değil tüm ailenin en sorumlu kişisini, "herşeyini" kaybetmesindedir. Anne ölümü tüm aileyi etkileyen, istenmeyen ve beklenmeyen bir olaydır.

Eldeki varolan bilgilere dayanarak yapılan tahminler; dünyada her yıl gebelik ve doğum nedeniyle ölen kadın sayısının en az yarım milyon olduğunu belirlemektedir. Özellikle pek çok gelişmekte olan ülkede, üretken çağda ölen tüm kadınların 1/3'üne yakınının gebeliğe ilişkin nedenlerle ölmesi sorunun ciddiyetini gösteren bir diğer boyuttur.

Oysa gelişmekte olan ülkelere varolan kaynakların hizmette kullanımında ve uygulamada basit birtakım düzenlemelerle anne ölümlerinin önemli bir kısmının önlenebileceği gösterilmiştir. Bu durum anne ölümü ile ilgili bir başka düşündürücü özelliktir.

Gelişmiş ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasında ya da aynı ülkede, farklı sosyoekonomik ve kültürel yapıdaki bölgeler arasındaki oranlarda görülen farklılıkların başka hiçbir sağlık göstergesinde görülmeyecek kadar büyük olması, sorunun diğer boyutudur. Örneğin anne ölümünün çok olduğu ülke Gana ile düşük olduğu ülke, Norveç arasında 330 kat fark vardır.

Anne ölümlerinin boyutunu belirleme ise gelişmiş ülkelerde bile kolay olmamaktadır. Bu ülkelerdeki kayıt sistemleri durumu tam olarak göstermemektedir. Gelişmekte olan ülkelere yayınlanan resmi rakamlarda ise gerçek değerlerin yarısının bile gösterilmediği savunulmaktadır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Anne Ölümü Tanımı

Doğum önemli bir olaydır ama doğumda ölüm daha da önemlidir. Pratikte doğum ölümleri, anne ölümü olarak düşünülse de anne ölümleri; gebelikle ilgili doğum öncesi dönem, doğum sırası ve sonrasında görülebilen bütün ölümler olarak tanımlanır. (1) Günümüzde anne ölümleri tanımı ile ilgili iki önemli tartışma konusu vardır. Bunlardan biri, doğum sonrası dönemin ne zaman bittiğine ilişkindir. Çeşitli kaynaklar doğum sonrası dönemi 42, 60, 90 ve 365 gün olarak belirler. İkinci sorun ise bu dönemlerde olan gebelikle ilgili olmayan nedenleri de anne ölümü olarak değerlendirmenin doğruluğudur. (2)

Anne ölümlerinin tanımını yapmanın amacı, uluslararası karşılaştırmalar yapabilmektir. Ölüm verilerinin kalitesi, her ülkede değiştiği için tanımda kullanılan değişkenlerin bu kaliteden en az etkilenmesi gerekir. Annelikle ilgili ölümlerin bir kısmı yalnız gebelikle ilgilidir. Doğumda kanama, lohusalık humması gibi. Oysa gebelikte görülen bazı hastalıklar gebe olmayanlarda da görülür. Emboli, serebrovasküler olay gibi. Gebelikle hiç ilgisi olmadığını düşündüğümüz bazı olaylar da, gebelikte daha sık görülebilir. Örneğin intihar, cinayet, motorlu taşıt kazaları gibi. Çünkü doğuma hızlı gidiş bir kaza nedeni olabilir. İstenmeyen bir gebelik intihar nedeni olabilir ya da çocuk aldırma istemeyen bir kadın öldürülebilir. (3) Ancak bu olaylar, ölüm sertifikalarında kadınların gebe olup olmadığı belirtilmediğinden, anne ölümü olarak bilinmez. Dünyanın çeşitli ülkelerinde yukarıdaki genel kabullerin ayrıntılarına ilişkin farklı anne ölümü tanımları yapılabilmektedir. Farklılığın temelinde verilerin gerçeği daha iyi yansıtması amacı yatmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, (DSÖ) anne ölümünü 1984 yılında, gebelik ya da gebeliği izleyen belli bir dönemde herhangi bir nedenle bir kadının ölümü olarak tanımlamıştır. Bu tanımda, gebelik yerinin önemi yoktur. (2,3) Ayrıca anne ölümlerinin büyük bir yüzdesinin doğum sonrası 42 güne kadar ortaya çıktığından DSÖ ve Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Derneği (FIGO) bu süreyi 42 gün olarak belirlemiştir. (2)

Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Derneği ise, anne ölümünü, gebelik ya da gebeliğin arttırdığı hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisi sırasında olan ölümler olarak tanımlar. Kaza ve tesadüfe bağlı nedenleri, anne ölümü olarak kabul etmez. (1985) (1,3)

1.2. Anne Ölüm Düzeyini Gösteren Ölçütler

Anne ölüm düzeyini belirleme; ilgili programlar ve planlamalar için ihtiyaç belirlemeyi, ayrıca bir ülkeyi değişik zamanlarında, değişik bölgeleri arasında ve farklı ülkelerle karşılaştırma olanağı sağlar. (2,4)

1.2.1. Anne Ölüm Hızı

Anne ölüm hızı belli bir zamanda, her yüzbin canlı doğuma karşı görülen anne ölüm sayısı olarak tanımlanır. (3) Anne ölüm hızı teorik olarak, ana sağlığı düzeyini yansıtan en iyi ölçütlerden biridir. Gerçek anne ölüm hızı, annelik nedeniyle olan ölümlerin sayısıdır. Toplam gebelikler içinde bu oranlamada verilen zaman aralığındaki bütün anne ölümleri pay olarak; gebeliğin sonuçları gözönünde bulundurulmaksızın aynı zaman aralığında meydana gelen bütün gebelikler ise payda olarak alınmalıdır. (1,3) Fakat, yeterli kayıt sistemleri olan gelişmiş ülkelerde bile düşük yapan kadınların ilk 28 hafta boyunca kaydedilmeleri hemen hemen olanaksızdır. Yine benzer şekilde, ölü doğumla sonuçlanan gebeliklerin kayıtları da tam olmaktan uzaktır. (1) Yani; hız için gerekli olan paydayı belirlemek oldukça zordur. Bu nedenle anne ölüm oranında iyi bir yardımcı değişken olan, canlı doğum yapan kadın sayısı alınır. (3) Bu durumda belirlenen ölçüt, gerçekte bir orandır. Hesaplama için farklı ülkelerde anne ölüm seviyelerine bağlı olarak 1000, 10.000 ya da 100.000 gibi değişik katsayılar kullanılmaktadır. Anne ölüm oranı düzeyinin düşük olduğu ülkelerde oranın tamsayı ile gösterilmesini sağlamak için genellikle katsayı olarak 100.000 kullanılmaktadır. (3,4)

1.2.2. Yaşam Boyu Risk

Anne ölümü ile karşılaşmada iki durumun varlığı gerekir. Birincisi, kadının gebe olması, diğeri ise gebe iken bir komplikasyonla karşılaşmasıdır. Anne ölüm hızı ikinci durumun göstergesidir. Oysa bir kadın, yaşam boyu olan gebeliklerin her seferinde ölüm riski ile karşılaşabilir. Gelişmiş ülkelerde 1,2 olan toplam doğum sayısı, gelişmekte olan pek çok ülkede 5.0 civarındadır. (5) Daha iyi bir gösterge olarak anne ölüm hızının toplam doğum hızına kadar katlanmasını gösteren bir kadının yaşam boyunca annelik nedeni ile ölme riski olan "yaşam boyu risk" in kullanılması önerilmektedir. (W. Graham) Bu oran alındığında, ülkeler arasındaki farklılık çok daha büyük olmaktadır. Afrika ülkelerinde 17'de 1 olan bu oran, gelişmiş ülkelerde 50.000' de 1'e düşmektedir. Ancak bu oranın belirlenmesi için anne ölüm hızı yanında toplam doğum hızının da varlığı gerekir. (5)

1.2.3. Ölümde Cins Oranı

Yukarıdaki değerlerin hesaplanmadığı durumlarda ölümlerde cins oranı kaba bir gösterge olarak kullanılabilir. Düzey belirlemeyen bu gösterge, ancak problemin boyutlarını ortaya koyabilir. Ölümün cinsiyete oranı (erkek/kadın ölüm oranı) 1'den az ise, kadın erkek sayısının orantılı olduğu ülkelerde anne ölümlerinin yüksek olduğunu gösterir. (1)

1.3. Anne Ölüm Düzeyini Belirlemede Güçlükler

1.3.1 Tanımın Farklılığı

Güçlüklerin başında, anne ölümü tanımının farklılığı gelmektedir. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemindeki gebelikle ilgisi olsun olmasın bütün ölümler anne ölümü olarak kabul edilmesine karşın örneğin ABD'de bu dönemlerdeki kaza ve tesadüfe bağlı ölümler anne ölümü olarak kabul edilmemektedir. (3) Bu nedenle anne ölümleri incelenirken, verilerin karşılaştırılması aşamasında tanımlamaya dikkat edilmelidir.

1.3.2. Seyreklik

Anne ölüm düzeyini belirlemede karşımıza çıkan bir diğer sorun ise, anne ölümünün belli bir nüfus bazında, bebek ölümleri ile karşılaştırıldığında çok daha seyrek rastlanan bir olay olmasıdır. Anne ölüm hızına güvenebilmek için hızın hesaplanmasında kullanılan ölüm sayısının en az 20-30 olması gerekir. (4) Anne ölümlerine ilişkin doğrudan veri toplamak için surveyler yapmak, gerekli örnek sayısının büyüklüğü nedeniyle çok pahalıdır. Türkiye'de anne ölüm hızını doğrudan hesaplamak için yapılacak bir surveyde, güven sınırını kabul edilebilir değerlerde tutmak için 750.000 hane ile görüşmek gereklidir. (6)

1.3.3. Kayıt Sistemlerinin Yetersizliği

Yukarıda açıklanmaya çalışılan güçlükler nedeniyle resmi olarak yayınlanan anne ölüm oranları, güvenilir olmaktan uzaktır. (1) Kaldı ki bunların dışında güvenilir kayıt sistemlerinin olmaması ya da varolan sistemlerin karmaşıklığı ve çoğunluğu yansıtmaktan uzak olması, bu istatistiklerin güvenilirliğini daha da düşürmektedir. DSÖ'nün 164 merkezinin 69'unda varolan tüm ölümlerin kayıtları, Birleşmiş Milletlerin ölçümlerine göre dünya nüfusunun % 38'i, bir başka deyişle 1.452 milyar insanı kapsadığı bilinmektedir. (1) Yeterli kayıtların tutulduğu ülkelerde bile ölümlerin sınıflanmasındaki hatalar sosyal, dinsel, duygusal ya da uygarlık farklılıkları ile daha da

karmaşıklaşır. Yeterli kayıt sistemleri olan ülkelerde, ölüm kayıtlarının tam olmasına rağmen ölüm nedenlerinin yazılması yetersizdir. Böyle sistemlerden alınan verilerle anne ölüm oranı hesaplandığında oldukça yanlış sonuçlar elde edilebilir. Tayland'da 1981'de kaydedilen 15-44 yaş arası 18.985 kadın ölümünün % 5'i anne ölümü olarak belirlenmiştir. Ve bu 100.000'de 81.2 oranını vermektedir. Bununla beraber 6061 kadın da semptom ve hastalığı belli olmayan nedenlerden ölmüştür. Eğer aynı oranın (% 5) bu ölümlerde de geçerli olduğunu kabul edersek, anne ölüm oranı yüzde 109'a yükselebilir. Eğer 6061 ölümün tümünün de anne ölümü olduğunu varsayarsak, anne ölüm oranı 651'e çıkmaktadır. (5)

Bundan başka, gelişmiş ülkelerin hastanelerinde yalnızca doğum bölümlerinde yer alan anne ölümü, diğer kliniklerde olan gebe ölümleri ile birleştirilmemiş olabilir. Ölüm kayıtlarında, gebelik olup olmadığı ayrıca yer olmadığından doldurulan kayıtlarda kadını ölüme götüren obstetrik durumların iyi ifade edilmemiş olması verilerin sağlıklılığını etkiler. Pek çok ülkede, tıbbi kayıtlarda anne ölüm oranları gerçek ölüm değerlerinin çok altında açıklanmaktadır. ABD'nin New Jersey sağlık biriminde yürütülen bir çalışmada 1975 yılı hastane istatistiklerinde 26 anne ölümü tanımlandığı halde, yaşamsal istatistiklerde bu sayı 30 olarak belirlenmiştir. (3) Yine ABD'de Hastalık Kontrol Merkezi'nin yaptığı çalışmada anne ölüm insidansı 1974 - 78'de yüzbin canlı doğumda 12.1 iken, bu oran resmi rakamlarda 9.6 olarak gözükmektedir. (3)

Porto Riko'da 1978-79'da ölüm belgeleri ve tıbbi kayıtların incelenmesi gebelik ile ilgili ölümlerin yalnızca %27'sinin kaydının tutulduğunu göstermiştir. Georgia'da araştırmacılar, doğurganlık çağındaki kadınların ölüm belgeleri ile çocukların doğum belgelerini birleştirerek nüfus kayıtlarında görülen anne ölüm sayısının % 50 oranında arttığını belirlemişlerdir. (3)

1.4. Anne Ölüm Düzeyini Belirleme Seçenekleri

Dünya nüfusunun ancak 1/3'ünün yaşadığı ülkelerde doğum ve ölüm kayıtları tam ve ölüm nedenleri de güvenilir olarak belirtilmiştir. (3) Ancak kayıtların ve diğer belirlemelerin kullanıldığı yöntemlerde bilgilerin asıl kaynakları bulunamaz ya da tam değildir. Bu durumda düzeyin belirlenmesi amacıyla değişik kaynaklar kullanılmaktadır. Kaynakların seçimi ise verilerin hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır. Geçmiş zamanın gözlenmesi, sağlık hizmetlerinin ve alt yapının planlanması, hizmette öncelikleri belirlemek ve karşılaştırmalar yapmak için farklı yöntemler kullanılabilir. Kullanılacak yöntem, insan ve para kaynaklarına göre de dengelenmelidir. (3,5)

1.4.1. Doğrudan Belirleme Yöntemleri

a) Hastane Verileri

Hastane verileri en çok bilinen ve çok geniş bir bölgedeki anne ölüm oranını tahmin etmede kullanılan verilerdir. Bununla beraber riskli gebelik ve doğumların hastaneye daha fazla gelmesi ile oranın çok yüksek olduğu gerekçesiyle hastane verilerinin hesaplanması ve yaklaşımına kısıtlamalar getirmektedir. Doğum oranının düşük olduğu bölgelerde belirlenen hastane istatistikleri ile ulusal oranlar arasında Ana Çocuk Sağlığı Enstitüsü'ndeki doğumların, Bogota'daki tüm doğumların % 35'i olduğu hesaplanmıştır. Enstitüdeki anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 306 iken, aynı zaman aralığında Coloumbia'nın tümü için bu oran 100 olarak belirlenmiştir. (5) Toplumdaki ölüm oranları ile hastane verileri arasındaki farklılıkların nedeni, değişik kaynaklara bağlı olan pay ve payda ya da her ikisinde yer alan kadınların bütün anne ölümleri için örnek oluşturmamasıdır. Anne ölümlerine ilişkin hastane oranlarının genellikle fazla olması iki nedene dayanmaktadır. Birincisi, hastanede doğum yapan kadınların büyük bir oranı evde doğum yapmak isteyip, daha sonra güçlük olduğunda hastaneye başvuran kadınlardır. Genellikle de hastaneye çok geç gelirler ve bu durumda hastane ölümlerinin sayısı artar. Gebeliğin başlangıcından beri hastanede izlenen vakaların doğum komplikasyonlarının, son anda doğuma gelen hiç izlenmemiş vakalarla karşılaştırılması, bu durumu belirgin olarak göstermektedir. Etiyopya, Adisababa'da Black Lion Hastanesinde anne ölüm oranı 1980-81'de 960 olarak bulunmuştur. Hastanede izlenmiş vakalarda anne ölüm oranı 210 iken, izlenmemiş vakalar için bulunan oran 5 kez daha fazladır. (1050) (5) İkincisi ise, yüksek risk oranına sahip (örneğin paritesi fazla ya da komplikasyonlu gebeler) kadınların doğum için hastaneyi tercih etmeleri ve obstetrik komplikasyonlarla karşılaşma olasılıklarının fazla olması, hastanede anne ölüm oranlarının daha yüksek olmasına neden olan bir diğer etkidir. Ancak bu bilgiler, hastane çalışmalarının değerini düşürmek için değil, aksine ayrıcalıklarla birlikte hastanelerin ölüm nedeni verilerinin elde edilebileceği önemli bir kaynak olduğunu göstermektedir. (3,5)

b) Diğer Veri Kaynaklarıyla Hastane Verilerini Birleştirme

Tüm kadınların, doğum nerede başlarsa başlasın, doğumda ciddi sorunları olduğunda ya da düşüğü takiben ve gebelikler herhangi bir nedenle ölmek üzereyken hastaneye ulaştırıldığı, kültürel ve ulaşım kaynaklarının iyi olduğu bölgelerde tüm anne ölümlerinin hastanelerde olduğunu

varsaymak mümkündür. Bu ölümlerin sayısı, toplumdaki anne ölüm oranı için ihmal edilebilir yaklaşıklıkla pay olarak alınabilir. Bilinen hastane ölümlerine, tahmin edilen ev ölümlerini eklemek daha iyi bir hesaplama için yararlı olabilir. Ancak oranı hesaplamak için nerede olursa olsun tüm doğumların sayısının belirlenmesi gerekmektedir. Madra City'deki 1974-75'de 4 büyük hastanedeki 87.438 toplam doğumda 393 tane ölüm, anne ölüm oranını 449 olarak belirler. Hastane doğumları yerine, şehirdeki tüm doğumlar payda olarak alınırsa şehir için hesaplanan ölüm oranı, bu durumda 204 olur. Bunu tüm Hindistan'ın 100.000'de 340 olan anne ölüm ortalama değeri ile karşılaştırabiliriz. (3,5)

c) Diğer Sağlık Kayıtları

Pek çok toplum araştırması birinci basamak Temel Sağlık Hizmeti (TSH) düzeyinde iyi tutulan kayıtların çocuk ölüm oranlarının hesaplanması için gerekli bütün bilgiyi sağladığı gerçeğini kanıtlamaktadır.(6) Teorik olarak anne ölüm oranları da aynı şekilde hesaplanır. Ancak tek sorun anne ölümünün yüksek oranlarda görüldüğü ülkelerde bile anne ölümünün pek sık rastlanmayan bir olay olmasıdır. Anne ölümlerinin en fazla olduğu ülkelerde bile % 20 yaklaşıklıkla 300 tane anne ölümü incelemek için 50.000 doğumun ele alınması gerekmektedir. (5) Yalnızca anne ölümlerini ölçmeye yönelik kayıtlar tutmak, zaten yüklü olan sağlık çalışanlarına kabul edilemez yükümlülükler getirecektir. Fakat kayıtların tutulmadığı ülkelerde bile anne ölümü hatırlanacak kadar önemli bir olay olduğundan kabaca bir fikir edinebilmek için sağlık çalışanları ve veri kaynakları olarak kullanılabilir. (1) Bir çok ülkede kiliselerin kayıtlarından 15-44 yaş arası kadın ölümleri sayısını ölçmede yararlanılmıştır. Gazeteler ise ölüm kayıtlarında gebeliğe ilişkin intiharları ortaya çıkarmakta yararlı olmuştur. Hastane kayıtları ve sağlık çalışanları, anne ölümlerinin teşhisi ve ölümlerin doğru sınıflandırılmasında kullanılmaktadır.(1)

d) Özel Araştırmalar

Mısır, Endonezya, Bangladeş, Hindistan ve Jamaica'da doğurganlık çağındaki kadınların ölüm nedenlerini araştıran saha çalışmaları yapılmıştır. Veri toplayanlar, ülke koşullarına göre değişik olmaktadır. Bangladeş'teki araştırma tıbbi eğitim görmemiş kişiler tarafından yapılırken, Endonezya'daki aile planlaması çalışanları bu araştırma için eğitilmişlerdir. Mısır'da yapılan özel araştırmada nedenler yanında, anne ölümlerinde 100.000 doğumda 263'lük bir oran bulunurken, ulusal istatistiklerde ise 79 olarak yayınlanmaktadır. Kayıtlardan fazla anne ölümü sayısı belirlenmiş ise de nedenlerin güvenilirliği hep tartışma konusu olmuştur. (5)

e) Ev Halkı Araştırması

Ölüm nedenlerini de belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada prospektif izleme yöntemleri de kullanılmaktadır. Araştırmada gebeler, gebeliğin başında ve doğumdan belli bir süre sonra olmak üzere toplam 2 kez izlenerek daha sağlıklı veri toplanabilir. Ayrıca, retrospektif olarak da veri toplanabilir. Adisababa'da son 2 yıldaki doğum, düşük ve ölümleri belirlemek için örneklemeli ev halkı soruşturması yapılmıştır. Kadınların ve ev halkının sosyal, kültürel ve diğer karakteristikleri ile ölüm nedenleri kaydedilmiştir. Bunun sonucunda 100.000'de 480'lik bir oran elde edilmiştir. Bu örneklemenin % 30'luk hata payı ile olduğu kabul edilmiş ve gerçek oran 370 ile 660 arasında belirlenmiştir. (5) Ancak, anne ölümünden sonra, ev halkının dağılması, ev halkını temel alan görüşme birimlerini, anne ölümlerini belirlemek için daha iyi bir kaynak olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca görüşülecek kişilerin duyarlılığı da önemlidir. İskenderiye çevresinde 30.000 kocayı kapsayan benzer çalışmada, geriye dönük sorular sorulmuş ve eşlerin araştırmaya katılmak için pek istekli olmadıkları belirlenmiştir.(5)

1.4.2. Dolaylı Belirleme Yöntemleri

Anne ölümlerinin belirlenmesinde dolaylı yöntemlerin kullanılmasının önemli bir yeri vardır. Kayıt sistemlerinin yeterli ya da hiç olmadığı bölgelerde demografik tahmin tekniklerinin gelişmesi ile, yaş, cins özellikli ölüm oranlarının hesaplanmasında büyük gelişmeler görülmüştür. Bu bilgiler kullanılarak dolaylı yollarla anne ölüm düzeyine ilişkin bilgi edinilebilmektedir.

1.4.2.1. Başkasından Soruşturma (Networking)

Bu yöntemde bir surveyde görüşülen herkese belli bir zaman sürecinde sıklıkla da son 5 yılda gebelik, doğum ve doğum sonu 6 hafta içinde ölen kadın olduğunu bilip-bilmediği sorulmaktadır. Biliyorsa, ölen kişinin adı, yaşadığı yer, ölüm yeri ve yılı ile nedenine ilişkin ayrıntılı bilgi toplanmaktadır. Cevaplayanların önemli bir kısmı başkalarının ölümleri ile ilgilenmediklerini söylemekte, belirtilen ölümlerin bir kısmı ile survey yapılan yöre dışında ya da çok önceki yıllara ait olmaktadır. Çoklu raporlardan, aynı bölgede istenen zamanda olduğu belirlenen annelerin ailesi bulunmaya çalışılarak daha ayrıntılı bilgi de toplanabilmektedir. Ancak ailelerin dağılması nedeniyle yakınlarından ayrıntılı bilgi almak kolay olmamaktadır. Anne ölüm hızı hesaplanırken payda olarak görüşülen örnekte belirlenen son beş yıllık canlı doğum sayısı kullanılmaktadır. Örnek sayısı istenen güven

sınırlarına ve beklenen anne ölüm düzeyi ile toplam doğum hızına (TDH) göre değişmekle birlikte doğrudan hesaplama yönteminden daha azdır.(6)

1.4.2.2. Kızkardeş Yöntemi (Sisterhood)

Surveylerde 15 yaşından büyük erişkinlere yaşları ile birlikte aynı anneden evli kaç kızkardeşi ve ablası olduğu sorulmaktadır. Daha sonra bunlardan ölenler ve bu ölümlerin gebelik, doğum ya da doğumu izleyen ilk 6 hafta içinde olup olmadığı öğrenilmektedir. Cevaplayanların yaşına göre yapılan analiz annelik nedeniyle ölen kızkardeşlerin oranının aynı yaştaki anne ölümü olasılığı ile bağlantısına dayanmaktadır.(6) Bu ilgi üreme çağı boyunca anne ölüm riski derecesi, cevaplayanın yaşı ve kardeşlerinin yaşına göre değişmektedir. Analizde evli kızkardeş sayısı, standart yaşam tablolarından elde edilen bir katsayı ile çarpılarak, her yaş grubunda belirlenen anne ölüm sayısı, yaşam boyu anne ölüm riskinde olan kızkardeş birimine bölünerek yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm olasılığı hesaplanmaktadır. Yaşam boyu annelik nedeniyle ölüm olasılığı ise, anne ölüm hızının toplam doğum sayısı kadar tekrarlanmasıdır. Hesaplanan bu hızdan, aşağıdaki formül aracılığı ile anne ölüm hızı (AÖH) belirlenmektedir.

$$\text{Yaşam Boyu Annelik Ölüm Riski} = \text{TDH} \times \text{AÖH} \times \frac{1}{\text{TDH}}$$
$$\text{Anne Ölüm Hızı} = 1 - [(\text{Yaşam Şansı})]$$

Örnek sayısı beklenen AÖH ve TDH'na göre hesaplanmaktadır. Bu yöntemle Türkiye'de anne ölümlerini, bulunan hızın 0.1 güven sınırında belirlemek için 34 bin erişkinin bulunabileceği yaklaşık 17 bin hane ile görüşmek yeterli olmaktadır. Cevaplayanların yaşı, bulgunun kaç yıl önceyi gösterdiğini belirlemektedir. Bu belirleme yine standart yaşam tablolarından elde edilen katsayılar kullanılarak hesaplanmaktadır. Tüm cevaplayanlar 15-19 yaş grubunda ise 5.7 yıl, 65-69 yaş grubunda ise 35.2 yıl önceki anne ölüm hızı belirlenmektedir. Ancak örnek 15-49 yaş grubu kadınların toplamından oluşmuş ise 11.7 yıl önceki durumu yansıtmaktadır.

1.5. Anne Ölüm Nedenleri

1.5.1.) Obstetrik:

Obstetrik açıdan anne ölüm nedenleri üç ana gruba ayrılır.

a) Doğrudan gebelik, doğum ve doğum sonu nedenlere bağlı ölümler. Bunlar, çoğunlukla uygun müdahalenin tam olarak yapılmayışı ya da hatalı olarak yapılmasına ya da hiç

yapılmamasına bağlı olarak görülürler. Gebelik, doğum yada lohusalık döneminde obstetrik komplikasyonlar sonucu meydana gelen anne lmleridir.

b) Dolaylı olarak gebelik, doğum ve doğum sonu nedenlere bağlı lmler. Gebelik ,doğum ya da lohusalık nedeniyle daha önceden varolan hastalıkların olumsuz olarak etkilenmesi sonucunda görülürler. Hastalık için yapılacak uygun müdahaleler gebelik durumuna göre belirlenmelidir.

c) Diğer nedenlere bağlı lmler. Bunlar, gebelik ya da gebelik dışı tesadüfi neden kazalardan oluşan anne lmleridir.

1.5.2. Klinik:

Genel olarak anne ölümlerinin başlıca son klinik nedenleri kanama, toksemi ve enfeksiyonlardır. Uluslararası hastalık sınıflamasına (630-670) göre anne ölümlerinin klinik nedenleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir.

- a) Düşük:
- Molye Hydatiform
 - Dış gebelik
 - İsteyerek düşük
- b) Gebeliğe Bağlı Komplikasyonlar:
- Antepartum kanama, ablasyo plasenta ve plasenta previa
 - Hipertansiyon, preeklamsi, eklamsi
 - Malarya, hepatit gibi infektif ve parazitik komplikasyonlar
 - Diğer komplike gebelikler (diabet, anemi, kardio vasküler hast. vs.)
- c) Doğun ve Doğum Ağrılarına Bağlı Komplikasyonlar:
- G doğum, doğum travması, uterus rüptürü
 - Postpartum kanama, anestetik ve diğer sedatiflerin eklenmesi ile oluşan komplikasyonlar
- d) Lohusalık Komplikasyonları:
- Major puerperal enfeksiyon
 - Obstetrik pulmoner embolizm

Bir çok durumda birden fazla etken ölüme neden olabilir. Temel nedene karar vermek bu nedenle zordur. Örneğin anemik bir doğumda postpartum kanama gelişebilir ve ayrıca bu iki neden tek tek ya da birlikte lohusalık sepsisine zemin hazırlayabilir. Böyle bir vakada ölüm nedenine karar vermek güçtür. Anne ölümüne neden olan değişik klinik etkenlerin bağlı katkıları; gelişmi ve gelişmekte olan ülkelerde farklı olduğu gibi aynı ülkenin

farklı kesimlerinde de değişkenlik gösterebilmektedir. Bu değişimlerin daha iyi anlaşılabilmesi için düşük olayını örnek verebiliriz. Düşüğün ölüme etkisi ülkenin sağlık politikasıyla yakından ilgilidir. Kürtajin yasal olmadığı yerlerde (Latin Amerika Ülkesi gibi) oluştururken, kürtajin yasal olduğu yerlerden bu oran çok daha düşüktür.(4) Yine gelişmekte olan ülkelerde gebelikteki enfeksiyon ve parazitik hastalıklar ve çok büyük bir oranı kapsarken, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve uygunluğu ile kanama ve sepsis nedeniyle ölüm toksemiden daha az görülen nedenler olmaktadır.(7)

1.5.3. Sosyal

Anne Ölüm nedenlerinin temelinde sosyal değişkenler vardır. Bu sosyal değişkenlerin başında kadının toplumdaki yeri, eğitimi, ekonomik durum ulaşım olanakları gibi etmenleri içerir. Bu sosyal değişkenlerin etkileri anne ölümlerinin dünyadaki ve ülkedeki görüntüsünü önemli ölçüde değiştirmektedir.(2.8)

a) Dünyada,

Ülkeler arasındaki sosya ekonomik farklılıklar anne ölüm nedenlerinde de farklılıklara yol açar. Kişi başına düşen milli gelir ile ölüm oranları arasında kuvvetli korelasyon olduğu bilinmektedir. Ancak bu korelasyon tek başına bir gösterge değildir. Tüm canlı doğumların % 14'ünün olduğu gelişmiş ülkelerde dünyadaki anne ölümlerindeki payı yalnızca % 1'dir.(2)

Sosyoekonomik büyümenin yapısı ve sosyal hakların dağılımı ölüm oranlarını daha yakından etkilemektedir.

b) Ülke içinde,

Sosyal nedenler ülke seviyesinde de anne ölümlerini etkiler. Mazelzya'da bölgeler arasındaki en yüksek ölüm oranı ile en düşük ölüm oranı arasındaki fark 18 kattır. Yine Endonezya'da kırsal kesimdeki anne ölümleri, kentsel kesimden 3 kat daha fazladır.(2) Gelişmiş ülkelerde ise bölgesel farklılıklar, sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, kullanımı ve iyi sağlık politikaları ile en aza indirgenmiştir.(7)

c) Aile Düzeyinde,

Sağlıklı bir doğumun gerçekleşebilmesi aile bireylerinin kişiliği ile yakından ilgilidir. Kadının doğum yaşı, gebelikler arası sürenin düzenlenmesi ve ailenin içinde bulunduğu koşulların optimal zamanını belirleme ile bir çok anne ölümü önlenabilir.

1.5.4. Sağlık Hizmetleri Yönünden:

Sağlık hizmetleri yöneticileri anne ölümlerini kendi açılarından değerlendirirler. Trajik bir ölüm olayı olduğu zaman, kliniklerde ölümün temel nedeni ile hastayı ölüme götüren sosyal geçmişleriyle genellikle ilgilenilmez. Kurum için önemli olan eldeki kaynaklarla alınabilecek önlemler ve bu önlemlerle ölümün ne kadar önlenbilir olduğudur.(2)

Yönetmelik açıdan anne ölüm nedenleri aşağıdaki gibidir.

a) Önlenebilenler:

- Obstetrik birim tarafından yapılan hatalı tedavi
- Birime kabulden önce doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanılmaması ya da niteliksiz hizmet verilmiş olması.
- Ulaşım zorluğu gibi altyapıdaki sorunlar.
- Öneri ve müdahaleleri kabul etmeme.

b) Açıklanamaz Ölümler:

Anne ölümlerinin önlenemez olduğu pek çok değerlendirme ile belgelenmiştir. Hindistan'da 1851 hastane ölümünün incelendiği bir araştırmada ölümlerin % 69.1'i önlenemez, % 25.2'sinin önlenemez olduğu belirlenmiştir. Önlenebilenlerin % 37.1'inin hastanın gecikmesi, % 17.9'unun tıp hatası, % 14.20'sinde ise ikisi birden belirlenmiştir. Tüm bu nedenlerde ise % 10 ulaşım, % 5 idari sorun % 1.5 kan bankası sorununun, altta yatan neden olduğu bulunmuştur.(2)

Anne ölümlerinin bu şekilde sınıflandırılmasındaki ana amaç, hizmetlerin nasıl geliştireceği ve kaynakların nasıl kullanılacağına yardımcı olmaktır.

1.5.5. Sağlık Politikası Yönünden:

Sağlık Politikası yönünden anne ölüm nedenleri üç grupta toplanır.

- Kadınların toplumdaki yerinin düşük olması
- Toplumda anne sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin nitelikli ve yaygın olmayışı
- Uygun teknoloji eksikliği.

a) Kadının Toplumdaki Yeri:

Kadının stütüsü geçmişte de günümüzde de hemen her toplumda dezavantajlıdır. Eğitimleri, erkeklerle aynı haklara sahip olmaları, kendi başlarına sağlık kurumlarına

ulaşabilmeleri, çevreyi tanımaları, tüm sağlık davranışlarının değişmesine neden olmaktadır. Kadının stütüsü; beslenmelerini, üretim davranışlarını, sağlık hizmetlerine katılım ve kullanımlarını özellikle etkilemektedir.(2)

Anne ölümlerine neden olan önemli bir etkende beslenme bozukluğudur. Aile arasında yiyeceğin dağılımı ya da sağlık bakımı, onu sadece çocuk iken değil, genç kızlık ve annelik dönemlerine kadar etkiler. Eğer kadınlar geçmişte az beslenmişlerse gebelik ve laktasyonda da bundan etkileneceklerdir. Bu nedenle sağlıklı ve dengeli beslenmelerinin önemi daha da fazladır.(2.8) Kadınların doğurganlık davranışları, toplumdaki konumları ile yakından ilgilidir. Pek çok toplumda kadının değeri, doğurduğu çocuk sayısına bağlıdır. Daha sonraki yıllarda kendisine ne olacağı ve konumunun geleceğini ahlaki açıdan oğulları belirler. Aynı zamanda kadının doğurganlığı toplumdaki yerinin iyileştirilmesini güçleştirir. Erken ve sık doğumlar eğitimlerini, iş gücünü, sosyal yaşamını etkiler.

Pek çok ülkede kadınlar, sağlık hizmetlerinden erkeklerden daha az yararlanırlar. Hindistan'da kadınların erkeklere göre sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı beş misli azdır.(2) Genelde kadınlar çok zorunlu olmadıkça doktora gitmezler. Bunun düzeltilmesi ise aile bireylerinin tutumuna bağlıdır.

b) Anne Sağlığı Hizmetleri:

Anne Sağlığının iyileştirilmesi için sağlık politikasında savunulması gereken dört önemli öge vardır. Bunlar bir masanın dört ayağına benzetilmektedir. Herhangi birinin olmayışı diğerlerinden yararlanmasının anlamsız olmasına neden olmaktadır.

- Kadın sağlığı için kız bebeklerden başlayarak adölesanda, evlilik öncesi dönemi de içine alarak kadınlar için yaygın temel sağlık hizmetlerinin verilmesi gereklidir. Gebelikte aile planlaması ile riskli gebeliklerin önlenmesi bu çerçeve içinde mümkündür.

- Nitelikli doğum öncesi bakım. Her gebe için en az iki doğum öncesi bakım, bu bakımlarda risklerin ve doğumun yapılacağı yerin belirlenmesi, özel eğitim ve bakımın yapılması temeldir.

- Doğumda eğitilmiş kişilerce yardım yapılması şarttır. Bu, ülke koşullarına göre ebenineler olabileceği gibi, uzman doktor da olabilir.

- Gerek vakalar için tam donanımlı cerrahi ve tıbbi bakımın yapılabileceği merkezlerin varlığı gereklidir. İlk üç önemli desteklemek için bunlar şarttır. Anestezi verilmesi kan bankası koşulları, şok tedavisi, cerrahi girişimler acil olarak geretiğinde devreye sokulabilmektedir. (9)

Gelişmiş ülkelerde doğumların hemen tümü eğitimli sağlık personeli tarafından yaptırılmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde bu oran % 20'lerin altına inmektedir.(2) Bunun yanı sıra, aynı ülke içersinde bile sağlık hizmetlerindeki insan gücünde farklılıklar vardır. gelişmekte olan ülkelerin çoğunda kentsel-kırsal kesim arasında en az 5 kat daha fazla sağlık personeli vardır. Hindistan'da nüfusun 1/5'i kentte olmasına rağmen, doktorların 4/5'i kentlerde yaşamaktadır.(2) Bir çok Afrika ülkesinde de doktorların % 50-75'i, nüfusun ancak % 10'unun yaşadığı başşehirlerdedir.(2)

Her bin doğum için yatak sayısı, gelişmekte olan ülkelerde 2-5 iken, bu sayı ABD'DE 28'dir.(10)

Profesyonel sağlık hizmetlisi dağılımı da kentsel ve kırsal kesim için yatak durumuyla ayın paralellik gösterir.(11)

20 yıl önce bile 1971'de Taylor ve Berelson tarafından yatak ve hizmetliler açısından yapılan değerlendirmelerde; doğumdan önce 2 görüşme, doğumda eğitilmiş personel, doğum sonrası bir yılda en az 3 görüşmenin annelere yapılacak temel bakımın gereği olduğu saptanmıştır.

Sağlık bakım sisteminin değişik düzeyindeki kaynakların kullanımı ihtiyaçlarla uyumlayabilir. Bir bölgesel hastanede doğumlar çoğunlukla normal olabilir. Fazla sayıda uzman istihdamı, kaynak israfı olabilir. Bunun yanı sıra eğitilmiş uzmanların gözetiminde daha zor vakaların ele alınması programları, daha ekonomiktir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde, "daha çok ihtiyacı olana daha çok bakım" riskli yaklaşım sistemi görüşü de yerine getirilebilir.(12) Bir diğer sorun ise gelişmekte olan ülkelerde, varolan sağlık hizmetleri kullanımının az olmasıdır. Bangladeş'de bir yıl içinde 12 bin gebeden sadece 18 tanesi ana sağlığı ünitesine kabul edilmiştir.(13) Bunun önemli bir sebebi kültür değerleri ile olan uyumsuzluktur. Bu durumda insanlar kendilerine daha yakın buldukları, inandıkları kaynaklara örneğin, ebeninelere başvurumaktadırlar.(2) Sağlık politikasında hizmetlerin yöredeki sosyal ve kültürel koşullara uygun olarak planlanması ve uygulanması bu sorunun çözümü için gereklidir.

Özellikle aile planlaması hizmetlerini de etkileyen yapısal, nitelik ve sosyal sorunların çözümü için dikkatle değerlendirilmesi önerilmektedir.

c) Uygun Teknolojinin Eksikliği:

Teknolojik gelişmenin ülke koşullarına uygun olarak hizmetlere uyarlanması ile uygun teknoloji eksikliğinin giderilmesi her sağlık hizmetindeki önemli etkisi gibi anne ölümlerinin önlenmesinde de yararlı olacaktır.(2)

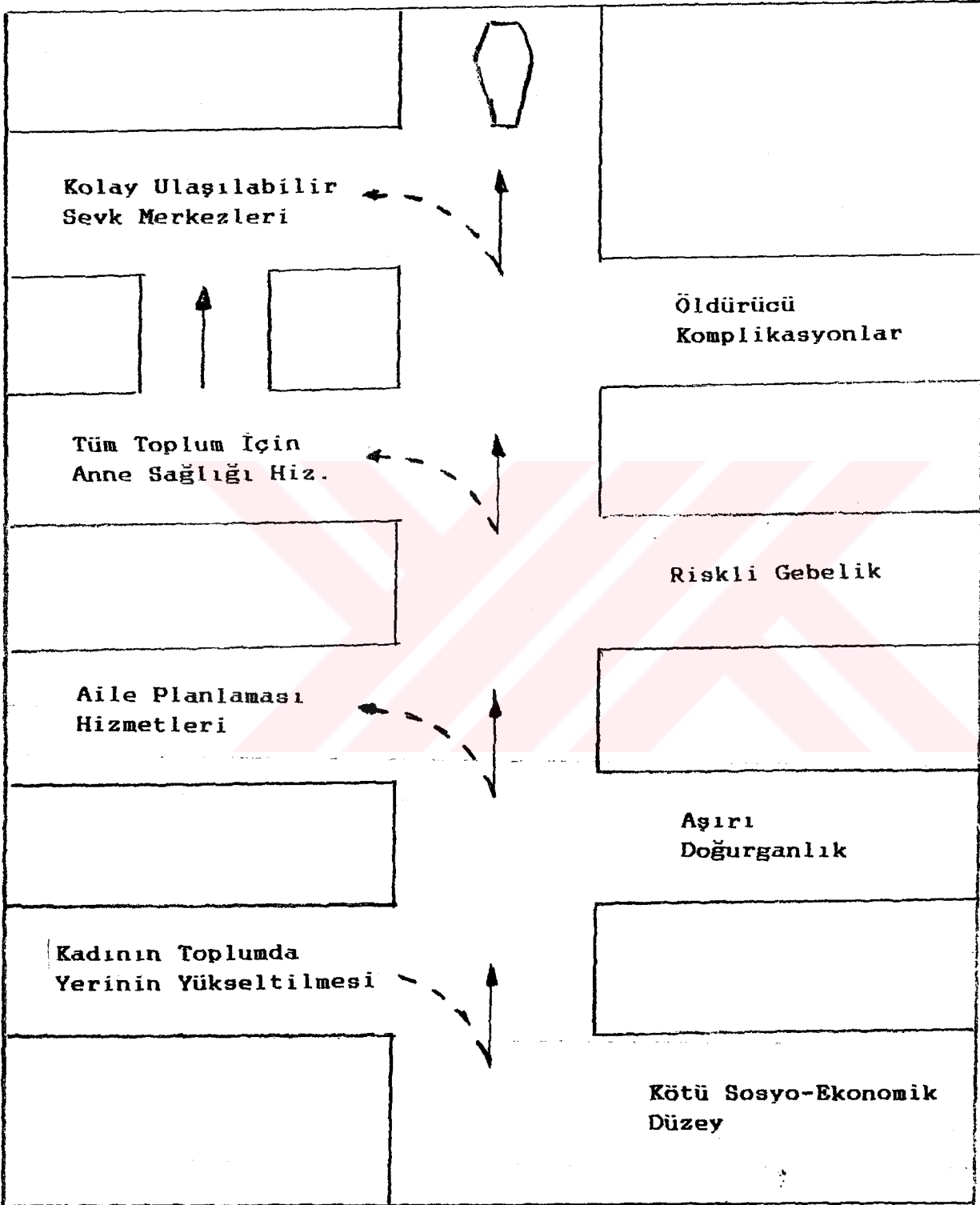
Sonuç olarak, DSÖ'nün "Safer Motherhood" (Daha Güven İçinde Annelik) programında çözümlerle birlikte yorumlanan anne ölüm nedenleri Tablo 1'de anlamlı bir şekilde görülmektedir.(14)

1.5.6. Türkiye'de Anne Ölümleri

Tablo 2'de görüldüğü gibi Türkiye'de doğurganlık ve anne ölümlerinin düzeyi, gelişmiş ülkelere göre fazladır.(14) Ülkemizde pek çoğu önlenemez ölümler olan anne ölümlerinin düzeyini düşürmek ve anne sağlığı düzeyini yükseltebilmek için alınması gereken pek çok önlem vardır. Türkiye düzeyinde anne ölüm hızının belirlendiği ilk araştırma 1974 yılında yapılmıştır.(15) Öncelikli olarak anne ölüm düzeyini son yıllardaki durumunu gösterecek şekilde yeniden belirlenmesi gerekir.

1974 yılında anne ölüm hızının da hesaplandığı Türkiye nüfus araştırmasında 17327 haneye ilişkin veri toplanmış, biri anket diğeri ise sürekli olarak tutulan bağımsız kayıt sistemi ile veriler eşleştirilerek demografik hızlar hesaplanmıştır. Ancak örnek sayısı nedeniyle belirlenen yüzbin canlı doğumda 207.8 olarak belirlenen anne ölüm düzeyi güven sınırları %95 olasılıkla, 37 ile 175 arasında değişen tartışmaya açık bir değerdir.(6) Türkiye'de yapılan nüfus araştırmaları doğurganlıkla ilgili çelişkili uygulamalar olduğunu belirlemektedir. Ailelerin çoğu 2-3 çocuk isterken, üreme döneminin sonuna, 50 yaşına gelen bir kadının sahip olduğu ortalama çocuk sayısı 6'dan fazladır. Son doğumların %40'ı planlanmamış gebelikler sonunda olan doğumlardır.(15) İstenilmeyen gebelikler bir yandan ailedeki çocuk sayısını arttırırken bir yandan da anne sağlığı yönünden risk taşıyan isteyerek yapılan düşüklerin sayısını her yıl arttırmaktadır. Her yüz canlı doğuma karşılık 35 gebelik isteyerek sonlandırılmaktadır. Ülkemizde doğurgan dönemdeki ailelerin %77'si gebeliği önleyici yöntemler kullanmaktadırlar. Ancak korunanların %38 kadarı etkili yöntem kullanmakta, %31'i ise etkisi az geleneksel bir yöntem olan geri çekme yöntemini uygulamaktadırlar.(16)

TABLO 1 : Anneler İçin Ölüme Giden Yol



Tehlikeler Sağda, Hayat Kurtaran Kaçışlar Solda Yer Alıyor.

Tüm gebeliklerin %50'den fazlasında anemi belirlenen ülkemizde, gebelerin ancak %42.6'sı en az bir kaç kez doğum öncesi bakım almakta, doğum öncesi dönemde annenin tetanoza karşı bağışıklanması ise %11.2 oranında yapılmaktadır. Doğumların yalnız %60.9'u bir sağlık kurumunda olmakta, %15.5'i evde ebe yardımı ile, %23.6'sı ise evde sağlık personeli yardımı olmadan yapılmaktadır.(16)

Anne ölümlerinde en başta gelen sorun eksik bildirim nedeniyle bu ölümlerin gerçek boyut ve nedenlerinin bilinmemesidir. Türkiye'de ölümler ile ilgili istatistikler Devlet İstatistik Enstitüsünce (DİE) yalnız il ve ilçe merkezlerinde olup, gömülenlere ilişkin veriler toplanmaktadır. Oysa sağlık hizmetleri ve koşulların olumsuzluğu nedeniyle kırsal kesimde olan ölümlerin boyutunun ne olduğunu belirlemek, bu istatistiklerden mümkün değildir. Bu istatistiklerde yaş, cins dağılımı ve ölüm nedenleri bilgileri vardır. Ancak ölenin gebe olup olmadığı kaydı yoktur. DİE'ce toplanan verilerden kesinlikle doğum ve düşükle ilgili olduğu kodlanmış olanlar değerlendirildiğinde Tablo 3'teki veriler elde edilmektedir. Bilinen ve tahmin edilen anne ölümleri düzeyine göre ölüm sayıları inandırıcı olmaktan uzaktır. Kaldı ki, SB'nin hemen tümü kentlerde olan hastane ölümlerini yayınladığı istatistik yıllığında aynı nedenlerle 1982-86 yılları arasında 3151 anne ölümü olduğu belirlenmektedir. Bu sayı DİE verilerinde aynı dönem için 418 olarak belirtilmektedir. 1986 yılı verileri her iki kaynak için SB'nin aynı yayınında birbirinden çok farklı olarak (624 ve 96) başka sayfalarda yayınlanmıştır.(17,18)

1987 yılı içinde Sağlık Bakanlığı tarafından tüm yataklı kurumlardaki canlı doğumlar hakkında bilgi toplanmıştır. 403 kurumdan 514330 doğum ve 367 anne ölümü bildirilmiştir. Ancak bu ölümlerin tüm hastanede değil, doğum bölümlerinde olan ölümler olduğu belirtilmiştir. Lohusalık ya da gebelikteki ölümlerin bu ölümlere eklenmesi gerekir. Belirtilen doğum ve ölümlere göre anne ölüm hızı yüzde 71 olarak belirlenmiştir. Diğer ölümler de eklendiği zaman en az 100'ün üstünde olduğu tahmin edilebilir. Hastane dışı ölümler için ise herhangi bir düzey yansıtmamaktadır.(19)

Hastane ölümleri düzeyi bölgeler arasında da farklılık gösterir. Ege ve Marmara da yüzde 50'den az olan anne ölüm hızı Doğu Anadolu ve Karadeniz Bölgelerinde 100'den fazladır.

**TABLO 2 Türkiye'de Değişik Veri Kaynaklarına Göre
Yayınlanan Anne Ölümleri**

**İl ve İlçe Merkezlerinde Yıllara ve Nedenlere Göre Anne
Ölümleri**

ÖLÜM NEDENLERİ	1960-66	1967-74	1975-81	1982-86
Enfeksiyon	104	132	162	36
Toxemi	30	189	31	74
Kanama	286	342	-	1318
Düşük	285	157	5	-
Diğer Komp.	2594	1363	485	308
TOPLAM	3299	2183	683	1736

TABLO 3

İl ve İlçe Merkezleri Ölüm İstatistikleri (DİE) ÖLÜM NEDENLERİ	1960-81	1982-86	Hastane İstatistikleri (SB) 1982-86
Enfeksiyon (A116)	398	36	272
Toxemi (A112)	250	74	793
Kanama (A113)	628	1318	362
Düşük (A114-115)	442	-	406
D.Komp. (A117-118)	4442	308	1318
TOPLAM	6160	1736	3151

Kaynak : (15), (17), (18)

Kırsal bölgeyle ilgili olarak ise Etimesgut ve Çubuk Araştırma bölgelerinde anne ölümleri ile ilgili yayınlanan verilere göre 1975-83 yılları arasında her iki bölgede 37 anne ölümü olduğu, bunların 13'ünün dolaylı nedenlerle olduğu, en sık görülen nedenin kanama olduğu, 23 ölümün hastanede olduğu belirtilmiştir. 37 ölümün 19'unun yörede varolan sağlık koşulları ile önlenebileceği belirtilmiştir. (16)

1989 yılı sonbaharında DİE tarafından yapılan 17319 haneli bir nüfus araştırmasında kızkardeş yöntemi için uygun olan sorular sorulmuştur. Yapılan hesaplamalara göre Türkiye'de 33557 erişkinin kızkardeş sorularını cevaplamasıyla yeterli örnek büyüklüğüne erişileceği belirlenmiştir. Surveyde 15-39 yaş grubu cevaplayanların sayısı 34221 dir. Bu gruptan hesaplanan anne ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 134 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu

1981 yılına (8.7 yıl önceye) ilişkin anne ölüm hızını yansıtmaktadır. Yaşam boyu annelik nedeniyle ölme olasılığı ise 185 kadında 1'dir.(20)

Anne sağlığını gösteren dolaylı veriler arasında doğurgan yaşta ölenlerin cins dağılımı 1986 yılı DiE il ve ilçe merkezleri ölüm istatistiklerine göre 15-44 yaş grubu için E/K ölüm oranı 1.8'dir. Bu durumda kadın ölümleri, erkek ölümlerinin yarısı kadardır. (8632/4703) (21) 1987 yılında İstanbul'da İ.Ü.Ç.S.E. tarafından yapılan bir araştırmada Büyükşehir Belediye sınırları içindeki mezarlıklarda gömülenlere ilişkin gömme izin kağıtlarının tümü 25'te 1 örnek alınarak incelenmiş ölümlerin yaş, cins ve oluş yeri değerlendirilmiştir. 15-49 yaş kadın ölümü olarak belirlenen 52 ölümden 17'sinin ev, 35'inin hastanede olduğu belirlenmiştir. Bu ölümlerin mezarlık bölgelerine dağılımı ve aynı yaş grubu erkeklerle karşılaştırmalı olarak oluş yeri dağılımları Tablo 4 ve 5'te görülmektedir. Tablo 5'te ev ölümlerinde E/K oranı 4.05 iken, hastane ölümlerinde kadınlar lehine artış olduğu ve bu oranın 1.65 olduğu belirlenmiştir. Eğer bu oran 1'den küçük olsaydı kabaca kadın ölümlerinin yüksek bir düzeyde olduğunu söyleyebilirdik. Ayrıca buradan kadın ölümlerinin %67'sinin hastanede, %33'ünün ise evde olduğu belirlenmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerde uygun bir sağlık bakımı ile anne ölümlerinin %88-98'inin önlenebileceği gösterilmiştir. Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkede anne ölümlerinin ne oranda önlenebileceği konusunda bir sonuca varmak, bu konudaki araştırmaların eksikliği nedeniyle güçtür. Jamaica'da, sağlık hizmetlerinin kullanımı, yönetimi gibi konularda, anne ölümlerinin gerçek nedenlerinin belirlenmesi ve önleyici yöntemlerin geliştirilmesi amaçlanan 3 yıllık bir araştırma yapılmış ve ortaya çıkan ölüm nedenleri, hekimler kurulunca vakaların tek tek incelenmesi sonucunda gerçek ölüm nedenine karar verilebilmiştir.(23)

TABLO 4: Mezarlık Bölgelerine Göre 15-49 Yaş Kadın Ölümleri*

Mezarlık Bölgesi	Ev Ölümü	Hastane Ölümü
TOPKAPI	125	275
BEYOĞLU	100	375
KADIKÖY	200	225
TOPLAM	425	875

*Örnek Sayıları 25 ile çarpılmıştır.

TABLO 5: 15-49 Yaş Grubu Kadın ve Erkeklerin Karşılaştırmalı Olarak Ölümlerinin Oluş Yeri Dağılım Tablosu

Yaşlar	Evde			Hastanede			Toplam	
	E	K	E/K	E	K	E/K	E	K
15-24	12	3	4.00	7	4	1.75	19	7
25-34	21	4	5.25	9	10	0.90	30	14
35-44	18	5	3.60	24	12	2.00	42	17
45-49	18	5	3.60	18	9	2.00	36	14
TOPLAM	69	17		58	35		127	52

2. MATERYAL METOD

Bu çalışmada anne ölümleri düzeyini belirlemede kullanılabilir varolan hastane ölüm kayıtları ve mezarlık kayıtları kullanılarak 15-49 yaş arası kadın ölümleri belirlenmiş, bu ölümler içinde anne ölümleri değerlendirilmiştir. Ülkemizde ölümler için diğer kaynaklara göre sağlıklı bilgi alınabilen bu iki önemli resmi kaynak, en güvenilir olanlardır.

Hastane verilerini elde edebilmek için İstanbul ili sınırları içindeki bütün yataklı kurumların adları 1986 yılı İstanbul Sağlık İstatistik Yıllığı'nda alındı. 81 adet yataklı sağlık kurumunun başhekimliklerine araştırmanın amacını belirten ve veri toplama için izinlerini isteyen yazı (Ek 1) İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yüksek Lisans İstatistik dersi uygulaması olarak öğrenciler aracılığı ile gönderildi. Her hastaneye Aralık 1989 ve Ocak 1990 tarihlerinde dilekçelerle birlikte giden öğrenciler, 1988 yılı içinde olan ölümlerin ölü gömme izin belgesi koçan formlarından 15-49 yaş grubundaki bütün kadınların ad, soyad, yaş, ölüm tarihi bilgilerini hazır bir bilgi formuna geçirdiler. (Ek 2) Ve bu formları araştırmacıya iletiler.

Ev ölümlerine ilişkin bilgi ise Beyoğlu Bölgesi mezarlıklar Müdürlüğündeki 1988 yılı ölü gömme izin belgeleri arşivi Şubat 1990 tarihlerinde taranarak elde edilmiştir. İstanbul'da bulunan 3 mezarlık bölgesi içinde, Beyoğlu Bölgesi'nin İ.Ü.Ç.S.E tarafından yapılan bir araştırmada 1987 yılında İstanbul'daki tüm definlerin %36.7'sini, ev ölümlerinin % 23.5'ini içerdiği belirlenmiştir. Araştırmacıya yardımcı olacak kaynak bir kişinin varlığı nedeniyle örnek olarak bu bölge seçilmiştir. Araştırmacının kendisi bu ölümler arasından 15-49 yaş grubu bütün evde ölen kadınların ad, soyad, yaş, ölüm nedeni ve ölüm tarihi bilgilerini kaydetmiştir.

İstanbul'daki hastane ölümlerinin tümü ve ev ölümlerinin 1/3'ünü yansıtan nedenler DSÖ'nün 999 başlıklı hastalık sınıflamasına göre gruplanmış, bu nedenler ise kesin anne ölümleri, anne ölümü olabilecek nedenler ve anne ölümü olması hemen imkansız nedenler olarak ayrıca 3 ana gruba ayrılmıştır. Bu gruplardan hastane ölümleri arasında en sık görülen farklı nedenlerden ve adresi belli olanlardan 30, ev ölümlerinden ise 22 örnek seçilerek ev ziyaretleri ile ölüm hakkında, araştırmacının kendisi ile daha önce bu konuda deneyimli bir psikolog tarafından Mart-Nisan 1990 tarihlerinde bilgi toplanmıştır. Ev ziyaretlerinde belirtilen adreste ölenin bir yakını aranmış, bulunamaması halinde ise komşularıyla görüşülmüş, ölene ilişkin genel bilgilerle, ölüm nedeni, ailenin ve çocukların durumu

hakkında bilgi toplanmıştır. Yaş ve ölüm nedenleri, gebelik ve doğumla ilgili bir sorun bulunup bulunmadığı ve aileye ilişkin gözlemler ise kayıtlardan elde edilen bilgilerle birlikte karşılaştırılmalı olarak bir forma geçirilmiştir.

Ev ziyaretlerinde en büyük sorun olarak adreslerin eksik ya da yanlış olmaları belirlenmiştir. Bir aile dışında görüşmeye katılmak istemeyen olmayıştır. Genelde yardımcı olmaya çalışan, bu görüşmeden hoşlanan ve bu arada diğer sağlık sorunlarını aktarmaya çalışan, bilgi vermeye istekli olan insanlar bu veri toplama aşamasını kolaylaştırmışlardır.

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından tablolandırılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Hastane Verileri:

Hastane verilerini elde etmek amacıyla İstanbul İli sınırları içindeki bütün yataklı kurumların ölü gömme izin belgesi koçanlarından 15-49 yaş grubu 674 kadın ölümü bilgisi toplanmıştır. Toplam 81 adet yataklı sağlık kurumunun 76'sında veri alınabilmiş, yalnızca 1 hastaneden izin alınamamış ve 4'üne (Heybeliada Göğüs hastanesi, Adalar devlet Hastanesi, Yalova Devlet Hastanesi ve Rehabilitasyon merkezi) ise gidilememiştir.

TABLO 6: Üreme Çağında Kadın Ölümünün Hastanelere Dağılımı

Hastaneler	Kadın Ölüm Sayısı	Ölüm Olan Hastane	Ölüm Olmayan Hastane	Toplam
SB	221	16	6	22
SSK	175	9	-	9
ÜNİVERSİTE	231	4	-	4
DİĞER KAMU	7	3	3	6
ÖZEL HAST.	28	9	16	25
AZINLIK	12	6	4	10
TOPLAM	674	47	29	76

Tabloda hastaneler içinde kadın ölümlerinin en fazla Üniversite Hastanelerinde olduğu görülmektedir. (% 34) SB ve SSK hastaneleri ise % 32 ve % 25 ile üniversite Hastanelerini izlemektedir. Diğer hastanelerin payı toplam olarak % 6'yı oluşturmaktadır. Hastanelerde toplam yatak sayısı 20.783'tür. Veri toplanamayan 5 hastanede ise 995 yatak vardır. Bu da toplam hastane yatak sayısının % 4.8'ini oluşturmaktadır. Bu yatakların çoğu (566) ise Heybeliada Sanatoryum yatağıdır. Veri toplanamayan yatak sayısı oranının düşüklüğü ve ayrıca da sanatoryumlarda yalnızca gebe olmayan göğüs hastalarının yatırıldığı bildirilmesi dikkate alınır, ihmal edilecek bir hata ile tüm hastane ölümlerine ilişkin bilgi toplandığı kabul edilebilir.

TABLO 7: Hastane Gruplarına Göre Kadın Ölümü Olan Hastanelerde Ölüm ve Yatak Sayısı

Hastaneler	Kadın Ölümü Olan Hastanelerde Ölüm Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Sayısı/ Kadın Ölümü
SB	221	7146	32.3
SSK	175	5986	34.2
ÜNİVERSİTE	231	3379	14.6
DİĞER KAMU	7	882	126.0
ÖZEL HAST.	28	671	23.9
AZINLIK	12	911	75.9
TOPLAM	674	18975	28.1

Hastane grupları için 1 ölen kadın başına yatak sayısı değerlendirildiğinde Üniversite Hastanelerinde kadın ölümlerinin, SB ve SSK kurumlarına göre en az 2 kat daha fazla olduğu belirlenmektedir.

Hastane kayıtlarında elde edilen 674 kadın ölümünü içeren veriler; kesin anne ölümleri, anne ölümü olabileceği düşünülen nedenler ve anne ölümü olması hemen imkansız nedenler olarak üç gruba ayrılmış ve 14 anne ölümü, 475 anne ölümü olabilecek ve 185 anne ölümü olmadığı varsayılan neden olarak belirlenmiştir.

a) Anne Ölümleri:

Hastane ölümlerinde kesin olarak anne ölümü olduğu belirtilen 14 ölüm vardır. Anne ölümleri içinde en sık görülen neden kanamadır(5). Daha sonra toksemi(4) ve emboli(3) kanamayı izlemektedir.

b) Anne Ölümü Olabilecek ve Olamayacak Nedenler:

Hastane kayıtlarında anne ölümü olabilecek nedenler kaydedildiği gibi yaş gruplarına dağılımı Ek 3'de, olmayacak nedenlerin dağılımı ise Ek 4'de görülmektedir.

Anne ölümü olabilecek nedenler arasında en sık yazılan neden bir ölüm nedeni tanısı olarak kabul edilmeyen "Kalp Yetmezliği"dir. Yine bir hastalık olmayan "Kardiak Arrest" benzer orandadır. İki bulgu bu grup ölümlerin yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. "Beyin Kanaması" ise bunların dışında yazılan en sık nedendir. Bu gruptaki kadın ölümlerinin % 23'ü 45-49 yaş grubunda olmaktadır. 40-44 yaş grubu ise % 17 oranı ile ikinci sıklıktadır.

Anne ölümü olamayacak nedenler arasında ise en sık belirtilen neden "Göğüs Hastalıkları" (% 20), daha sonra ise lösemi sık rastlanan nedendir. (% 11). Yaşı belli olmayan grubun tümü Süreyyapaşa sanatoryumundan alınan ve hiçbirinin anne ölümü olmadığı bildirilen ölümlerdir. Bu grup çıkarılınca yine kadın ölümlerinde bu grupta da en sık ölüm yaşı 45-49 olarak bulunmuştur. (% 23)

3.2. Ev Ölümleri:

1988 yılı Beyoğlu Bölgesi Mezarlık Kayıtları taranarak 15-49 yaş grubunda 87 ev kadın ölümü olduğu belirlenmiştir. Bu ölüm nedenleri de hastane ölümlerinde olduğu gibi üç gruba ayrılmıştır. Bunun sonucunda 3 anne ölümü, 53 anne ölümü olabilecek ve 31 anne ölümü olmadığı varsayılan neden olarak belirlenmiştir.

a) Anne Ölümü

1988 yılı Beyoğlu Bölgesi kayıtlarına göre belirlenen 3 anne ölümü de kanama nedeniyle olmuştur. 2'si "Plasenta Previa", diğeri ise doğum sonu kanamasıdır.

b) Anne Ölümü Olabilecek ve Olamayacak Nedenler:

Mezarlık Kayıtlarında kaydedildiği şekilde anne ölümü olabilecek nedenlerin yaş gruplarına dağılım Ek 5'de, olamayacak nedenlerin dağılımı ise Ek 6'da görülmektedir.

Anne ölümü olabilecek nedenler arasında en sık neden "Adli tıp vakaları" (8), ikinci neden ise "Akciğer Embolisi"dir.(7) Kazalar ise üçüncü sıklıktadır. Yaş gruplarına göre ise en fazla ölüm 40-44 yaş grubunda (% 24), ikinci sıklık ise 25-29 yaş grubundadır. (% 15)

Ev ölümlerinde anne ölümü olmayan ölüm nedenlerinde en sık gözlenen neden "Akciğer Kanseri"dir. (% 19) Daha sonra "Meme kanseri" gelmektedir. (% 16) Yaş gruplarına göre en sık ölüm 45-49 yaş grubunda (% 38), ikinci sıklıkta 40-44 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. (% 25)

3.3. Ölüm Nedenlerinin Sınıflandırılarak Ev ve Hastane Ölümü Olarak Karşılaştırılması:

Ev ölümleri için toplanan mezarlık kayıtlarından ve hastane kayıtlarından 200'den fazla değişik şekilde ifade edilmiş ölüm nedeni bilgisi toplanmıştır. Ev ve hastane ölümlerinde karşılaştırmalı tablolar yapabilmek için nedenler ana başlıklar halinde sınıflandırılmıştır. Fakat ölüm nedenlerini açık ve net bir biçimde yazılmaması ve nedenlerin çeşitliliğinden dolayı bu sınıflamayı yapmak çok güç olmuştur. Beyoğlu Bölgesinde görülen ev ölümleri 1987

yılı bulgularına göre istanbul'da olan kadın ev ölümlerinin %23.5'ini oluşturması nedeniyle 1988 yılı içinde da oranın değişmediği varsayılarak 4'ile çarpılmıştır. Hastane verileri ise veri toplanamayan hastane yatağının ihmal edilebilir oranda olması nedeniyle tümüyle alınmış, bu veriler aşağıdaki bulgularda, bu varsayımla tüm istanbul verisi olarak kullanılmıştır.

TABLO 8: Sınıflandırılmış Ölüm Nedenlerine Göre, Anne Ölümü Olan Ev ve Hastane Ölümleri

ÖLÜM NEDENİ	EV ÖLÜMÜ (*4)	HASTANE ÖLÜMÜ	TOPLAM
TOKSEMİ	-	4	4
KANAMA	12	5	17
ENFEKSİYON	-	2	2
P.P.EMBOLİ	-	3	3
TOPLAM	12	14	26

Tablodan da görüldüğü gibi en sık görülen ölüm nedeni kanamadır. Daha sonra toksemi ve post partum emboli gelmektedir. Anne ölümlerinin yarıya yakını ev ölümü olarak görülmektedir.

TABLO 9: Sınıflandırılmış Ölüm Nedenlerine Göre Anne Ölümü Olabilecek Ev ve Hastane Ölümleri

ÖLÜM NEDENİ	EVDE	%	HASTANEDE	%	TOPLAM	%
ARREST, ŞOK	52	24.5	209	44.0	261	38.0
SEREBROVAS.	28	13.2	80	16.8	108	15.8
ORGAN YETM.	24	11.3	61	12.8	85	12.4
İNTİHAR, KAZA	68	32.2	26	5.5	94	13.7
KALP YETM.	8	3.8	23	4.8	31	4.5
AKC.ÖD., EMBOLİ	12	5.6	21	4.4	33	4.8
ENFEKS., SEPSİS	-	-	20	4.3	20	2.9
DİABET	8	3.8	12	2.5	20	2.9
AKUT KARIN	-	-	8	1.7	8	1.1
KANAMA	12	5.6	8	1.7	20	2.9
EPİLEPSİ	-	-	7	1.5	7	1.0
TOPLAM	212	100.0	475	100.0	687	100.0

Anne ölümü olabilecek hastalıklar olarak düşünülen bu grupta hastane ölümlerinde en sık arrest, şok olarak toplanan nedenler (% 44) ve daha sonra serebro vasküler olay(% 16.8) ve organ yetmezlikleri (% 13) görüldüğü belirlenmiştir. Ev ölümlerinde ise intihar ve kazalar (% 32.2) en yüksek oranda görülürken ikinci sırada arrest ve şoklar (% 24.5) olduğu görülmektedir. Bu ölümlerin % 30.8'i ev ölümüdür.(212/687)

TABLO 10: Sınıflandırılmış Ölüm Nedenlerine Göre Anne Ölümü Olmadığı Varsayılan Ev ve Hastane Ölümleri

ÖLÜM NEDENİ	EVDE	%	HASTANEDE	%	TOPLAM	%
KANSERLER	112	90.3	104	56.0	216	69.9
-HEMOPOETİK SİS.	8	6.5	35	18.9	43	13.9
-GIS	32	25.8	23	12.4	55	17.8
-MEME	20	16.1	12	6.5	32	10.3
-GENİTAL ORGAN	20	16.1	8	4.3	28	9.0
-AKCİĞER	24	19.3	11	5.9	35	11.3
-DİĞER	8	6.5	8	4.3	16	5.2
SOLUNUM SİS. HAS.	4	3.2	39	21.0	43	13.9
MENENJİT, KUDUZ	-	-	20	10.8	20	6.4
DİĞER	8	6.5	12	6.5	20	6.4
BELLİ DEĞİL	-	-	10	5.4	10	3.2
TOPLAM	124	100.0	185	100.0	309	100.0

Tabloda, bu grupta en sık rastlanan nedenin kanser olduğu, hastane ölümlerinde kanserler grubu içinde en sık hemopoetik sistem kanserleri, daha sonra GIS Kanseri görüldüğü belirlenirken, ev ölümlerinde GIS Kanseri ve Akciğer Kanseri en sık görülen kanserlerdir. Kanserlerden sonra en sık görülen ölüm nedeni hastanede, solunum sistemi hastalıklarıdır. Ev ölümlerinde ise diğer nedenler ihmal edilebilecek boyuttadır. bu grupta ev ölümlerinin % 90'ı, hastane ölümlerinin ise % 56'sı kanserler nedeniyle olmuştur.

Ev ve hastane ölümleri arasında ölüm nedenlerine göre önemli farklılık olduğu belirlenmiştir. Kanserler, kaza ve intiharlar ev ölümleri arasında hastanelerde olan ölümlere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. (X²:138.9 p<0.001)

Hastane ölümleri arasında anne ölümü olabilecek ölümlerin toplamı ev ölümlerinden anlamlı olarak fazladır. (X²:9.91 p<0.01)

3.4. İstanbul'da 15-49 Yaş Kadın Ölümünün Ölüm Yeriine Göre Dağılımı

TABLO 11:İstanbul'da 15-49 Yaş Kadın Ölümünün Ölüm Yeriine Göre Dağılımı

ÖLÜM NEDENİ	EVDE	%	HASTANEDE	%	TOPLAM	%
DOĞUMA BAĞLI ÖLÜM	12	3.5	14	2.0	26	2.5
ARREST, ŞOK	52	24.5	209	44.0	261	38.0
SEREBROVAS.	28	13.2	80	16.8	108	15.8
ORGAN YETM.	24	11.3	61	12.8	85	12.4
İNTİHAR, KAZA	68	32.2	26	5.5	94	13.7
KALP YETM.	8	3.8	23	4.8	31	4.5
AKC.ÖD., EMBOLİ	12	5.6	21	4.4	33	4.8
ENFEKS., SEPSİS	-	-	20	4.3	20	2.9
DİABET	8	3.8	12	2.5	20	2.9
AKUT KARIN	-	-	8	1.7	8	1.1
KANAMA	12	5.6	8	1.7	20	2.9
EPİLEPSİ	-	-	7	1.5	7	1.0
TOPLAM A.Ö.OLABI.	212	100.0	475	100.0	687	100.0
KANSERLER	112	90.3	104	56.0	216	69.9
SOLUNUM SİS. HAS.	4	3.2	39	21.0	43	13.9
MENENJİT, KUDUZ	-	-	20	10.8	20	6.4
DİĞER	8	6.5	12	6.5	20	6.4
BELLİ DEĞİL	-	-	10	5.4	10	3.2
TOPLAM A.Ö.OLMAY.	124	100.0	185	100.0	309	100.0
TOPLAM	348	34.0	674	66.0	1022	100.0

3.5. Kadın Ölümünün Oluş Yeriine Göre Yaş Gruplarına Dağılım Tabloları

TABLO 12:Evde Kadın Ölümünün Yaş Gruplarına Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	A.Ö.	%	A.Ö. OLB.	%	A.Ö.OLM.	%	TOPLAM	%*
15-24	-	-	20	71.4	8	28.6	28	8.0
25-34	8	10.5	56	73.6	12	15.9	76	22.0
35-44	4	3.0	84	63.6	44	33.4	132	38.0
45-49	-	-	32	40.0	48	60.0	80	23.0
BELLİ DEĞİL	-	-	20	62.5	12	37.5	32	9.0
TOPLAM	12	3.5	212	61.0	124	35.5	348	100.0

*Satır yüzdesi

TABLO 13: Hastanede Kadın Ölümünün Yaş Gruplarına Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	A.Ö.	%	A.Ö. OLB. %	A.Ö.OLM. %	TOPLAM %			
15-24	6	5.6	74	69.2	27	25.2	107	15.8
25-34	2	1.1	130	77.5	36	21.4	168	24.9
35-44	4	1.9	155	74.2	50	23.9	209	31.0
45-49	-	-	112	76.7	34	23.3	146	21.6
BELLİ DEĞİL	2	4.5	4	9.1	38	86.4	44	6.7
TOPLAM	14	2.0	475	70.5	185	27.5	674	100.0

TABLO 14: Evde ve Hastanede ki Kadın Ölümünün Yaş Gruplarına Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	A.Ö.	%	A.Ö. OLB. %	A.Ö.OLM. %	TOPLAM %			
15-24	6	4.4	94	69.6	35	26.0	135	13.2
25-34	10	4.1	186	76.3	48	19.6	244	23.9
35-44	8	2.3	239	70.2	94	27.5	341	33.3
45-49	-	-	144	63.7	82	36.3	226	22.1
BELLİ DEĞİL	2	2.6	24	31.6	50	65.8	76	7.5
TOPLAM	26	2.5	687	67.2	309	30.3	1022	100.0

25-34 yaş grubunda ev ölümlerinde anne ölüm oranı 10.5 iken hastane ölümlerinde bu oran 1.1'dir. Yine 45-49 yaş grubunda ev ölümlerinde anne ölümü olabilecek ölüm oranı 40 ve anne ölümü olmayan ölüm oranı 60 iken, hastane ölümlerinde bu oranlar sırasıyla 76.7 ve 23.3'tür. Diğer yaş grupları ve nedenlerde hastane ve ev ölümleri uyumlu oranlardadır. Yaşı belli olmayanların oluşturduğu grupta hastane ölümlerinde anne ölümü olabilecek ölümlerde oran 9.1 ve anne ölümü olmayan ölümlerde 86.4 iken, ev ölümlerinde bu oranlar sırasıyla 62.5 ve 37.5 olduğu görülmektedir.

TABLO 15: İstanbul'da 15-49 Yaş Kadın Nüfusu ve Araştırmada Belirlenen Kadın Ölümünün Yaş Gruplarına Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	İST.KADIN NÜFUSU	%	KADIN ÖLÜMLERİ	%
15-24	556.180	37.1	135	13.2
25-34	504.647	33.6	244	23.9
35-44	319.960	21.3	341	33.3
45-49	119.780	8.0	266	22.1
BELLİ DEĞİL	-	-	76	7.5
TOPLAM	1.500.567	100.0	1022	100.0

TABLO 16:15-49 Yaş Kadınlarda Yaşa Özel Ölüm Hızı (Onbinde)

YAŞ GRUPLARI	EV ÖLÜMÜ	HASTANE ÖLÜMÜ	TOPLAM
15-24	5	19	2.4
25-34	15	33	4.8
35-44	41	65	10.6
45-49	66	122	18.8
BELLİ DEĞİL	-	-	-
TOPLAM	23	45	6.8

3.5. Ev Ziyaretleri

Anne ölümlerinin tümünün, ev ziyaretleri ile değerlendirilmesi planlanmıştı. Ancak, adresi kesin olarak belli olmayanlar değerlendirmeye alınamadı. Anne ölümlerinden evde olan tümü 3 vaka ile, hastane ölümlerinin 7'si ziyaret programına alındı. Anne ölümü olabilecek gruptan ise ev ölümlerinden 19 ve hastane ölümlerinden ise 23 vaka en sık görülen değişik nedenlerden, adresi belli olanlar arasından seçildi. Planlanan toplam 52 ev ziyaretinden, adreslerin bulunamaması ya da yer değiştirmeler nedeniyle 2'si anne ölümü olan, 10 ziyaret yapılamadı. Gerçekleşen ev ziyaretlerinden belirlenen tanı değişiklikleri tablo 17'de görülmektedir.

TABLO 17: Kadın Ölümünde Ev Ziyaretlerinde Belirlenen Tanı Değişiklikleri

	Ziyaret Sonrası		
	ANNE ÖLÜMÜ	A.Ö. DEĞİL	TOPLAM
Ziyaret Öncesi A.Ö.	7	1	8
Ziyaret Öncesi A.Ö. Değil	4	30	34
TOPLAM	11	31	42

Ölüm nedeni olarak trafik kazası, kardiyak arrest, solunum-dolaşım yetmezliği, hemorajik şok tanıları belirtilen 4 kadının aslında gebe iken öldüğü belirlenmiştir. Ölüm nedeni olarak kardiyak arrest yazılan vakada, kadının daha önceden kalp rahatsızlıklarının olduğu ve doğumda ağırlaşarak öldüğü, solunum-dolaşım yetmezliği olarak belirtilen kadının, komşularınca gebe iken çok aşerdiği, çok zayıfladığı mide kanaması gibi bir şey olarak ifade ettikleri bir olay nedeniyle öldüğü, hemorajik şok olarak belirtilen vakanın ise, gebe iken trafik kazası sonucunda öldüğü belirlenmiştir. Ev ziyaretlerinde

belirlenen bulgulara göre anne ölümlerinin bazı özellikleri diğer kadın ölümleriyle birlikte aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

TABLO 18: Ev Ziyaretlerinde Belirlenen Kadın Ölümlerinin Öğrenim Dağılımı

ÖĞRENİM DURUMU	ANNE ÖLÜMÜ	DİĞER	TOPLAM
OKUR-YAZAR	2	5	7
O.Y.DEĞİL	1	8	9
İLKOKUL	6	12	18
ORTA ÖĞRENİM	1	3	4
ÜNİVERSİTE	-	1	1
BİLİNMEYEN	1	2	3
TOPLAM	11	31	42

Anne ölümü ve diğer kadın ölümlerinde kadınların eğitim durumları karşılaştırıldığında ölen annelerin eğitim durumlarının diğer kadınlardan düşük olmadığı görülmektedir.

TABLO 19: Ev Ziyaretlerinde Belirlenen Kadın Ölümlerinin Yaş Dağılımı

YAŞ	ANNE ÖLÜMÜ	DİĞER	TOPLAM
15-24	3	3	7
25-34	7	8	15
35-44	1	14	15
45-49	-	4	4
TOPLAM	11	30	41

Anne ölümlerinin hemen hepsi 35 yaşın altında iken, diğer kadın ölümlerinin yaklaşık yarısının 35 yaşın üzerinde olduğu görülmektedir.

TABLO 20: Ev Ziyaretlerinde Belirlenen Kadın Ölümlerinin Oluş Yeri

OLUŞ YERİ	ANNE ÖLÜMÜ	DİĞER
EVDE	5	16
HASTANEDE	6	15
TOPLAM	11	31

Anne ölümleri ile diğer ölümler arasında oluş yeri bakımından bir fark olmadığı görülmektedir.

Araştırmamızda belirlenen anne ölümlerinin önlenebilirliğinin değerlendirilmesi, bu temeldeki zorluklarının yanısıra bulgularımızın sınırlılığı nedeniyle de güçtür. Ancak verilerimiz genel bir fikir verebilmektedir.

Anne ölümü olarak belirlenen 11 vakanın 1'i hakkında bebeğin yaşadığı bilgisinden başka bilgi edinilememiştir. Diğer bir vakada ise doğum öncesi bakım (DÖB) hakkında bilgi yoktur. Bunların dışında hepsinin en az 2 kez DÖB aldığı, trafik kazası olan 2 gebenin dışında ölüm öncesi sağlık bakımından yararlandığı belirlenmiştir. Ölen 11 annenin 2'sinin ilk gebeliği, birinin 4. doğumu, diğerlerinin ise 2. ya da 3. doğumlarını yapmak için gebe oldukları görülmektedir. Vakaların hepsi yaş yönünden riskli değildir. Doğum yapanların 1'i dışında hepsi doğum için hastaneye başvurmuştur. Evde doğum yapan anne ise, beklediği doğum tarihinin geçmesi üzerine 20 gün önce bir hastaneye gitmiş ancak eve gönderildiği bildirilmiştir. İkisi de ilk gebelik ya da doğum olan eklampsi vakaları en az önlenebilecek ölüm olarak belirlenebilir. Daha önce 2 doğum yapan genç kalp hastası annenin gebe olması önlenebilseydi, ölümün önlenebileceği düşünülürse de gebeliğin çok erken döneminde ölmesi nedeniyle bu yargı tartışmaya açıktır. Trafik kazalarının önlenebilmesi ise her yaş ve cins grubu için ayrı bir önem taşımaktadır. Anlaşılamayan bir hastalıkla 40 gün hastane bakımı alan erken gebelik ölümünün de ne kadar önlenebileceği tartışmalıdır. Kesin bilgi alınamayan post partum emboli hakkında yargı yapılamamaktadır. Diğer 4 kanama ölümünün ise büyük ölçüde önlenebileceği, belirlenen başka bir risk faktörü bulunmadığından savunulabilir.

Doğum ölümlerinin yarıya yakınında bebeğin de öldüğü belirlenmiştir. Anne ölümü ile sonuçlanan 7 doğumda canlı doğan 4 bebeğin anneanne ya da babaanne tarafından bakıldığı, bu bebekelerin 3'ünün babasının ise evlendiği belirlenmiştir.

Toplam 41 kadın ölümün 5'inin dul, 33'ünün evli olduğu, kadın ölümü sonunda geride bakılması gereken çocuk olan 30 aile olduğu belirlenmiştir. bunların 10'u anne, 20'si diğer kadın ölümü olan nedenlerdir. Ancak anne ölümlerinden 4'ünün ardında yenidoğan bir bebek kaldığı, diğer çocukların daha büyük olduğu belirlenmiştir. Evli kadın ölümlerinin tümü düşünüldüğünde ölümden sonra eşlerin yarısının evlendiği, babanın evlenme durumu gözönüne alınmaksızın çocukların çoğunun baba ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Arkada kalan çocuğun yaşı küçüldükçe anneanne ya da babaannenin çocukların daha fazla bakımını üstlendiği görülmüştür.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Anne ölümleri konusunda sorunun boyutunun değerlendirilmesi ve varolan kayıtların önemini belirleme ayrıca da kayıtlarla ilgili sorunlara çözüm için öneriler getirme amacı ile yapılan çalışmamızda hastane ve mezarlık kayıtları incelenerek kayıtların yeterlilik ve güvenilirlikleri konusunda değerlendirmeler yapılmıştır.

Hastane kayıtlarında ev adreslerinin ev ölümlerine göre daha yetersiz olduğu ayrıca da ölüm nedenlerinin semptom olarak yazılsa da daha düzenli olduğu belirlenmiştir. Ev ölümlerini içeren mezarlık kayıtlarında ise adreslerin büyük oranda doğru olmasına karşın ölüm nedenlerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Kayıtlardaki yetersizliğin sonucu olarak hastane kayıtlarında elde edilen bilgilerle gidilen adreslerin birçoğu bulunamamış ya da bulmakta güçlük çekilmiştir. Ancak mezarlık kayıtlarında da "Doğal Ölüm" gibi tıp literatüründe varolmayan tanılara rastlanmıştır.

Anne ölümlerini kayıtlardan belirlemek her ülkede sorundur. Dünya nüfusunun ancak 1/3'ünün yaşadığı çoğu gelişmiş olan ülkelere doğum ve ölüm kayıtları tam ve ölüm nedenlerinin de güvenilir olduğu belirtilmektedir. Bunların dışında kayıtların tutulduğu yerlerde ise ölüm nedenlerinin yetersiz ve eksik yazılması, yanlış sınıflanması ve doğum klinikleri dışında olan anne ölümlerinin dahil edilmemiş olması bizim ülkemizde olduğu gibi, diğer ülkelere de anne ölümlerinin gerçek düzeyinin belirlenememesine yol açmaktadır. Bulgularımız da bu genellemeyi doğrulamaktadır.

TABLO 21: Dünya Ülkelerinde Anne Ölümleri ve Toplam Doğurganlık Hızları

ÜLKELER	ANNE ÖLÜM HIZI (Yüzbin Canlı Doğumda)	TOPLAM DOĞURG.HIZI
NORVEÇ	2	1.8
KANADA	3	1.7
FİNLANDİYA	6	1.7
YUNANİSTAN	9	1.6
İTALYA	10	1.3
YUGOSLAVYA	22	2.2
S.BİRLİĞİ	48	2.5
SRI LANKA	60	2.5
ARJANTİN	69	2.9
MEKSİKA	82	3.5
FİLİPİNLER	93	3.8
BREZİLYA	120	3.4
ROMANYA	150	2.1
TÜRKİYE	210	3.7
MISIR	320	4.5
ENDONEZYA	450	3.4
BANGLADEŞ	600	5.5
GANNA	1000	6.3
KONGO	1000	6.3

Tabloda görüldüğü gibi, Türkiye'de doğurganlık ve anne ölümlerinin düzeyi gelişmiş ülkelere göre daha fazladır.(24) Ancak bu konuda bu günkü durumu yansıtan kesin rakamlar yoktur. Türkiye'de ölümlerle ilgili DİE tarafından verilen istatistikler sadece kentlerde olan ölümlere ilişkin bilgiye dayanmakta ve kadın ölümlerinin gebelikle ilintili olup olmadığı belirtilmemektedir. Öncelikle kırsal kesimi de kapsayan ve gerçek rakamları ortaya çıkartan bir araştırmaya gerek vardır. DİE ve Sağlık Bakanlığı kayıtlarında Türkiye toplamı için yaş, cins ve 150 başlıklı hastalık sınıflamasıyla tanımlanan ölüm nedenleri verilmemektedir. Oysa DİE tarafından toplanan veriler buna elverişlidir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığında Hastane ölümleri yayınlanmaktadır. Yaş grupları ve cins dağılımı belirtilmese de annelikle ilgili belli kodlar 150 Başlıklı listeye göre yapılan ölüm nedemleri sınıflamasından belirlenebilmektedir. Ancak 1986 yılı SB Türkiye Sağlık İstatistik yıllığında anne ölümlerine ilişkin SB hastane verileri ile DİE verileri arasında belirgin farklılık vardır. Bu çelişki varolan kayıt kaynaklarımızın da yeterince değerlendirilemediğini düşündürmektedir.

Kadın ölümleri düzeyi hakkında gerçek oranı yansıtmasa dahi kabaca bir fikir edinmemizi sağlayan üreme yaşında E/K ölüm oranı Türkiye geneli için 1.82 iken İstanbul için bu oran 2.32'dir. Bu oranlar Türkiye genelinde anne ölümlerinin görelisi olarak fazla olmadığını ve İstanbul'da daha az olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda kadın ölümleri içinde belirtilen anne ölümlerinin oranının % 2.5 olduğu belirlenmiştir. Ev ziyaretleri için planlanan anne ölümü olarak belirtilmeyen ancak olabilecek 34 ölümün 4'ünün (% 11) anne ölümü olduğu ortaya çıkarılmıştır. İncelenen kadın ölümlerinin 687'sinin anne ölümü olabileceği, aynı oranın (4/34) korunduğunda ise bulunabilecek anne ölümleri sayısının 75'e yükseleceği bu durumda ise toplam kadın ölümleri içinde anne ölümlerinin payının % 7.3 olacağı varsayılabilir. Bu oran bazı Güney Amerika Ülkelerinde varsayılan % 30'lara göre de daha düşüktür. Ev ziyaretlerinde anne ölümü olarak kaydedilen 8 vakanın 1'inin (% 12) anne ölümü olmadığı ortaya çıkarılmıştır. Bu verilerle başta belirlenen 26 anne ölümünün (1/8) 3'ünün anne ölümü olmadığı varsayılabilir. Sonuç olarak tüm İstanbul'da bir yılda 26 anne ölümü yerine 98 anne ölümü olduğu varsayılarak, bu ölümlerin % 54'ünün evde, % 46'sının hastanede olduğu beklenebilir. Bu hesaplamalarla ulaşılan 98 anne ölümü ile kayıtlardan alınan 26 anne ölümü arasındaki 3.7 kat fark kayıtlardaki yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinin özellikle hastanelerde yetersiz ve belirsiz şeklindeki kayıtları, ölümlerin gerçek sayısının gözlenmesine neden olmaktadır. Eğer hastane verileri düzeltilirse anne ölümlerine ait pek çok önemli bulgu elde edilebilir. Ev

ölümlerinin yüksek olması ise kanımca anne ölümleri açısından önemli bir sorun değildir. Çünkü anne ölümü olabilecek nedenler hastanelerde anlamlı olarak fazladır. Ev ölümlerinin çoğunu ise kanserler ve diğer anne ölümü olmayan nedenler oluşturmaktadır.

İstanbul'da 1985 yılı sayım sonuçlarına göre KDH'nın binde 17.1 olduğu berilenmektedir. 1988 yılında da hızın aynı olduğunu varsayarsak canlı doğum sayısının tahmin edilen 6.700.000 nüfus için 114.570 olduğu hesaplanır. Bu durumda 98 anne ölüm sayısı ile anne ölüm hızı olarak yüzde 85.5 hesaplanabilir. Bu oranı bazı ülkelerle karşılaştırırsak Meksika, Peru, El Salvador ve Arjantin'e benzer değerde olduğu gözlenmektedir. Ancak Türkiye ile karşılaştıracak yeni bir veri bulunmamaktadır. En son veri 1978 yılına ait olan yüzde 134'tür. On yıl önceye ait bir veriye göre İstanbul gibi sağlık ve ulaşım koşullarının Türkiye geneline göre en iyi yerlerinden biri olan bu bölge için hiç de iyi değildir. Çubuk ve Etimesgut bölgelerinde 1975-82 yılları arasında yapılan araştırmadan elde edilen AÖH ise yüzbin canlı doğumda 119'dur. Elde ettiğimiz sonuç, İstanbul'da anne ölümlerinin Çubuk ve Etimesgut gibi kırsal alanlardan daha düşük olduğunu göstermektedir. Kadın ölümlerine ilişkin veriler de ülkemizde sınırlıdır. 1984-85 yıllarında yapılan bir araştırmada Çubuk, Etimesgut ve Nevşehir'de üreme yaşına özel kadın ölüm hızları sırasıyla onbinde 10.1, 5.1 ve 5.1 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda bu hızı 6.8 olarak bulduk. Bu değer Çubuk'tan az, Nevşehir ve Etimesgut'tan ise yüksektir.(25) Bu hızın yüzde 2.3 payını çoğu kanser olan ev ölümleri oluşturmaktadır. Kadın üreme çağında kanserden ölümleri oluşturmaktadır. Kadın üreme çağında kanserden ölümlerin % 84.2'sinin evde olduğu Tezcan'ın Çubuk, Etimesgut ve Nevşehir'deki kadın ölümlerini değerlendirdiği araştırmada da yayınlanmıştır. bizim bulgularımızla Tezcan'ın ilk 5 ölüm nedeni yayınlandığı ve bu nedenlerin sıklığı oldukça benzerdir. Tezcan'da ilk 5 neden kanserler, nörolojik hastalıklar, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları ve kazalar iken, bizde arrest, şok, serebrovasküler olaylar, organ yetmezliği, kaza ve intiharlar ve kalp hastalığı olarak belirlenmiştir. Anne ölümlerinin kadın ölümlerindeki payı ise % 5.2 bulunmuş, bizim verilerimizde bu payın % 2.5 ile % 9.5 arasında olabileceği belirlenmiştir. Düzenli veri toplanan Tezcan'ın bulguları ile kalitesi tartışılabilir olan, kısmen varsayımlar yaptığımız bizim bulgularımızın benzerliği, yaptığımız varsayımların yerinde olabileceğini düşündürmüştür.(25)

5. ÖNERİLER

Gerek ülkemizde, gerekse gelişmekte olan diğer ülkelerde kadının sosyal statüsünün düşük olması, anne sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin nitelikli ve yaygın olmayışı, kadının eğitimi ve sosyoekonomik düzeyinin düşüklüğü nedeniyle büyük oranda önlenebilir olan ölümler hala görülebilmektedir. Ancak anne ölümlerini azaltmak, diğer nedenlere bağlı ölümleri azaltmaktan çok daha zordur. Çünkü, uzun vadeli ve geniş kapsamlı çalışmaları gerektirmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerin ekonomik sorunları da problemin çözümsüzlüğüne katkıda bulunmaktadır. Kadının sosyal statüsünün iyileştirilmesi, kadına verilen değer ve ona sağlanan olanaklarla doğrudan ilişkilidir. Ancak bu sorunların çözümü bulunmaya çalışıldığında bu çalışmanın sınırlarının dışına taşınmış olacaktır. Kaldı ki bulgularımız daha çok var olan hizmet koşullarının iyileştirilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu yüzden var olan koşullar ve olanaklar çerçevesinde anne ölümlerinin önlenebilirliğine ilişkin şunlar önerilebilir:

a) Kayıtların iyileştirilmesi ve "Geri Bilgi Akışının" Sağlanması:

İnsan sağlığını, giderek insan yaşamını merkez alan sağlık çalışmalarında tutulan kayıtların sadece doğruluğu değil, aynı zamanda yeterliliği de önemle gözetilmelidir. Bu hem sağaltım sürecinde, hem de araştırma çalışmalarında sağlıklı çözümler üretebilmek için gerekli koşuldur. Araştırmalarda ve bilimsel çalışmalarda başlıca kaynaklardan biri olan kayıtlar, söz konusu çalışmalara daha güvenilir, daha hızlı ulaşılabilir ve daha geniş kapsamlı veri oluşturması amacıyla koordine edilmelidir. Bu koordinasyon kayıtların -en azından her ünite için- tek elde toplanması ve birbirleriyle ilişkilendirilmesi ile olanaklıdır. Geçmişte kırtasiye, dosyalama, depolama gibi sorunları gündeme getirebilecek olan bu öneri günümüzde bilgisayar kullanımı ile kolaylıkla gerçekleştirilebilir. Ayrıca, bu şekilde toplanmış ve gereken şekilde sınıflandırılmış olan bu bilgiler "geri bilgi akışı" (feed back) yöntemiyle yeniden oluşturulacak sağlık politikalarına ışık tutacaktır. Ve yeniden oluşturulan sağlık politikalarının doğruluğunun test edilmesi yine bu sistem aracılığı ile olanaklıdır.

b) Annelik Eğitimi:

Anne adayları, çocukluk ve gençkızlıktan başlayarak gerek aile içinde, gerekse okulda "doğru" bilgilendirilmelidirler. Ayrıca devlet kurumları ve gönüllü kuruluşlar aracılığı ile risk altında bulunduğu saptanan kesimlere bilgilendirme hizmeti götürülmelidir. Bu hizmetle en azından utandığı için doktora gitmemekten, doktora gitme

ihtiyacını belirtememekten, asgari sağlık bakımına ulaşmamaktan dolayı meydana gelen salt bilgisizlikten kaynaklanan anne ölümleri önlenabilir.

c) Hizmetlerin iyileştirilmesi:

Varolan ana-çocuk sağlığı hizmetleri her kesimce kolay ulaşabilir, başvurulabilir tarzda yaygınlaştırılmalı ve sunulan hizmetin niteliği yükseltilmelidir. Çalışmamızda belirlenen 11 anne ölümünün 1'i dışında hepsinin en az 2 kez DÖB aldığı gözönüne alınırsa hizmetlerdeki nitelik sorununun boyutu daha iyi anlaşılabilir. Nitelikli hizmetin sunulabilmesi yeterli sayıda nitelikli sağlık insan gücü ile gerçekleşebilir. Bu amaçla sağlık personelinin nicelik ve niteliği yükseltilmelidir.

d) Genel Anlamda Sağlık Politikası Oluşturulması:

Temel sağlık hizmetlerinin uygulamaya konulması, aile hekimliğinin yerleştirilmesi, genel sağlık sigortasının oluşturulması, basamaklararası sevk sisteminin işler hale getirilmesi gibi genel nitelikteki uygulamalardan her bireyin yararlanması sağlanmalıdır. Bu uygulamaların finansmanı da hükümetin bütçeden sağlık hizmetlerine ayırdığı payı mümkün olduğunca yükseltmesi, gerek yerel örgütlenmeleri, gerekse ulusal platformda tüm kişi ve kuruluşları Temel Sağlık Hizmetleri'nin finansmanına etkin katılımının sağlanması ile gerçekleşebilir.

Ayrıca çalışmamızla doğrudan ilintili olarak;

- Kadın ölümü kayıtlarında gebe olup olmadığı belirtilmeli,
- Ölümler konusunda istatistikleri yayınlayan kuruluşlar, doğruluğu ve tutarlılığı konusunda daha özenli olmalı, işbirliği yapılmalı,
- Önemli veri kaynaklarından biri olan mezarlık kayıtları bu tür araştırmalarda kullanılmalı,
- Ölüm kayıt ve istatistiklerinden sorumlu bir kurum olmalı, bu kurumun yalnızca DİE ya da SB'mi olacağı, yoksa bu iki kurumun belirli kurallara uyularak birlikte mi çalışacağına karar verilmelidir.

ÖZET

Bu çalışmada, 1988 yılı İstanbul ili sınırları içindeki bütün yataklı sağlık kurumlarını içeren hastane kayıtları ve Beyoğlu Bölgesi mezarlık kayıtlarından alınan 15-49 yaş grubu kadın ölümleri incelenerek varolan kayıt sistemlerinin önemini belirlemeğe ve kayıtlarla ilgili sorunların çözümü için öneriler getirilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre hastane ve mezarlık kayıtlarında ölüm nedenlerinin çok düzensiz ve yanlış yazıldığı, ölüm nedeni yerine daha çok semptomların yazılmış olduğu belirlenmiştir. Eğer hastane kayıtları düzeltilirse anne ölümleri hakkında çok iyi bir veri kaynağı olabileceği görülmüştür. Mezarlık kayıtlarının da aynı amaçlar doğrultusunda kullanılabilmesi belirlenmiştir.

Türkiye'de doğurganlık ve anne ölümleri düzeyinin gelişmiş ülkelere göre daha fazla olduğu, ancak bugünkü durumu yansıtan güncel araştırmalarla sorunun boyutunun daha iyi anlaşılabilmesi görülmüştür. İstatistiklerin sadece kentsel alanlar için değil, sosyoekonomik ve kültürel koşulların çok daha kötü olduğu kırsal kesim için öncelikli olarak tutulması gerektiği belirtilmiştir. İstanbul gibi sosyoekonomik, kültürel ve ulaşım koşullarının iyi olduğu bir bölgede bile evlerde anne ölümünün devam ettiği belirlenmiş olup, kesin bir hız elde edilmese de bazı varsayımlardan hareket edilerek anne ölümleri oranının yüzbin canlı doğumda 85.5 olduğu belirlenmiştir.

Kayıtların, bilimsel araştırmalara daha güvenilir, daha hızlı ulaşılabilir ve daha geniş kapsamlı veri oluşturması amacıyla koordine edilmesi gerektiği ve bu koordinasyonun bilgisayar kullanımı ile gerçekleştirilebileceği belirtilmiştir.

Kadının statüsünün yükseltilmesi, anne sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin nitelikli ve yaygın hale getirilmesi, eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik düzeyin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinde varolan kaynaklarda yapılacak birtakım düzenlemelerle anne ölümlerinin büyük oranda önlenilebileceği belirtilmiştir.

KAYNAKÇA

- 1-) WHO. "Measuring Maternal Mortality,". FHE/PMM/85.6.2 Geneva, 1985.
- 2-) Fathalla, M.F. "The Causes of Maternal Deaths a Global Review,".ed., WHO. FHE/PMM/85-7 Geneva, 1985.
- 3-) Rochat, R.W., "The Magnitude of Maternal Mortality: Definitions and Methods of Measurement,"ed., WHO, FHE/PMM/85.6.1
- 4-) Fişek, N.H., Halk Sağlığına Giriş. Ankara, Çağ Matbaası, 1985.
- 5-) Royston, E., Armstrong, S., Preventing Maternal Deaths, ed., WHO. Geneva, 1989.
- 6-) Bulut, A., Gökçay, G. ve Neyzi, O. "Anne ve Bebek Ölüm Hızlarını Dolaylı Yöntemlerle Hesaplama," Sağlık ve Toplum Dergisi. 4.18,1990.
- 7-) Rochat, R.W., Sappenfield, W. "Maternal Mortality: How Many Must Die?," West Berlin, FHE.85.6. 1985.
- 8-) World Health Forum. "Preventing Maternal Mortality,". Vol.7,1986.
- 9-) WHO. Essential Obstetric Functions at First Referral Level, Report of a Technical Working Group, 4,5-19, Geneva, 1986.
- 10-) Taylor, H.C. Berelson, B. Comprehensive Family Planning Based on Maternal and Child Health Services; a Feasibility Study For a World Program. 2:21 (İçinde: Fathalla, M.F. "The Causes of Maternal Deaths a Global Review," ed., WHO. Geneva, 1985.
- 11-) Rosenfield, A., Maine, D. Where is the M in MCH. Lancet 2:83. 1985. (İçinde: Fathalla, M.F. "The Causes of Maternal Deaths a Global Review," ed., WHO. Geneva, 1985.
- 12-) Backett, E.M., Davies, A.M., Petros-Barvasian, A. The Risk Approach in Health Care. WHO. Public Health Papers 76. Geneva. 1984.
- 13-) Bhatia, S., Traditional Child Birth Practices: Implications For a Rural MCH Program. 1981. (İçinde: Fathalla, M.F. "The Causes of Maternal Deaths a Global Review," ed., WHO. Geneva, 1985.)
- 14-) Fathalla, M.F. "The Long Road to Maternal Death," People 14,8-9, 1987.
- 15-) Akın, A. "Anne Ölüm Nedenleri," Toplum ve Hekim. 42, 6-15,1987.
- 16-) Hacettepe Üniversitesi İstatistik Enstitüsü. 1988 Turkish Population and Health Survey. Ankara, 1989.
- 17-) Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 1985 Genel Nüfus Sayımı. Yayın no:1237, Ankara, DİE Matbaası, 1988.
- 18-) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1982-1986. Yayın no: 526, Ankara, Yeniçağ Matbaası, 1989.
- 19-) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı. Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ana Sağlığı Daire Başkanlığı Yayınlanmamış Verileri. 1987.
- 20-) Bulut, A., Gökçay, G., Okman, T., Neyzi, O. "Anne ve Bebek Ölüm Hızlarını Dolaylı Yöntemlerle Hesaplama," İkinci Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde Sunulan Bildiri. İstanbul, Mayıs 1990.
- 21-) Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ölüm İstatistikleri. Yayın no:1267, Ankara, DİE Matbaası, 1988.
- 22-) Bulut, A., Gökçay, G., Neyzi, O. ve Shorter, F. "İstanbul'da Bebek ve Çocuk Ölümleri," Nüfus Bilim Dergisi. 12,5-18,1990.
- 23-) Walker, G.J.A, Ashley, D.E.C., McCaw, A. and Bernard, W.G., "Maternal Mortality in Jamaica," İnterregional Meeting on Prevention of Maternal mortality. FHE/PMM/85.9.10 Geneva, WHO, 1985.
- 24-) People. Vol. 17, Walchart, 1990.
- 25-) Tezcan, S., Doğan, G.B. "Türkiye'nin Üç bölgesinde Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Mortalite Boyutu ve Nedenleri," Nüfus Bilimleri Dergisi. 12,31-39,1990



EKLER

T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

Sayı: 373

Tarih: 17.1.1989
Öz:

..... Hastanesi Başhekimliğine,

15-49 yaş kadın ölümleri içinde anne ölümlerinin incelenmesi konulu bir hastane araştırması yürütmeyi planlıyoruz. Bu araştırma Enstitümüz yüksek lisans öğrencilerinden ve İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı doğumhane görevlilerinden hemşire Meral Zengin'in Ana-Çocuk Sağlığı tez çalışması olacaktır.

Kurum isimlerinin kullanılmayacağı bu araştırma için kayıtlarınızdan gömme izin kağıtları dip koçanı esas alınarak 1988 yılında ve 1989 yılı Eylül sonuna dek hangi nedenle olursa olsun ölen 15-49 yaş kadın sayısını 1 ay içinde bize bildirmenizin kendisine sonsuz yararı olacaktır. Ayrıca ilgili araştırmada gerekli verileri toplamak için kendisine de izin verilmesi konusunda görüşlerinizi rica ederim. Yardımlarınız için şimdiden teşekkürlerimle saygılarıma iletirim.

Prof. Dr. Olcay NEYZİ

Olcay

Adres: Prof. Dr. Olcay NEYZİ
İstanbul Üniversitesi
Çocuk Sağlığı Enstitüsü Müdürü
Çocuk Hastanesi - ÇAPA

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ

KADIN ÖLÜMÜ BİLGİ FORMU

NO:

AD:

Görüşülen Kişi/Kişiler :
Ölüme Gebelik/Doğum :
Kronik/Sistemik Hastalık :

- 1-) YAŞI :
2-) ÖLÜM TARİHİ :
3-) EĞİTİM :
4-) MESLEK :
5-) EVLİLİK :
6-) GEBELİK/DOĞUM ÖYKÜSÜ :

YIL SONLANIŞI Y/Ö YER HAST/EV YARDIMCI

- 7-) GEBE İSE :
a-) Kaç aylık :
b-) Şikayetleri :
c-) Başvurulan çare/yer :

8-) ÖLÜMDEN ÖNCE : Hastaneye götürülmüşse, kimiş götürdüğü, nasıl bir bakım aldığı, doğum olmuşa sonlanma şekli ve yanında kim olduğu.

- 9-) AİLE BİLGİLERİ (EŞ/ÇOCUK) :
Önce :
Şimdi :

**HASTANE OLUMLERİNDE
ANNE OLUMU OLABİLECEK HASTALIKLARIN YAS GRUPLARINA DAĞILIMI**

No	HASTALIK ADI	A	B	C	D	E	F	G	H	TOPLAM
1	Akciger Emboli	1	1		2	2	1	3		10
2	Akut Batin	1	2			3	2			8
3	Anevrizma		1			1	3	1		6
4	Ansefalopati					1	1			2
5	Asfiksi				1			1		2
6	Azotemi							1		1
7	Beyin Kanaması	6	4	6	3	10	9	21	1	60
8	Bobrek Yetmezligi	6	5	4	6	2	10	7		40
9	Diabetes Mellitus				4	1	1	2		8
10	DIC							1		1
11	Endokardit	1		1	1					3
12	Endotoksit Sok			1		1				2
13	Epilepsi	1			1	1		1		4
14	Hemipleji		2		1	2	3			8
15	Hemorajik Sok		1							1
16	Hipovolemik Sok		1		1			1		3
17	İc Kanama		1		1		1			3
18	Ileus. Fistul		1	1						2
19	Intihar		1	2			1			4
20	Kalp Yetmezligi		5	12	9	9	13	16	3	67
21	Kanama			2	1		2			5
22	Karaciger Siroz					3		1		4
23	Karaciger Yetm.		1	2			1			4
24	Kardiyomyopati		1			2				3
25	Kardiak Arrest	3	3	6	11	12	12	19		66
26	Kardiopulmoner Yet.			1						1
27	Kardiyojenik Sok		1	1	2	2	1	3		10
28	Kaza	3	1	2	4	1	2	3		16
29	Kollaps			1						1
30	Korpulmane						1	3		4
31	Kontuzyo Ser.				1					1
32	Metabolik Asidoz		1	1		2				4
33	Mitral Yetmezlik			1						1
34	Myokard Enfarktusu				2		6	6		14
35	Norojenik Sok			1	1			1		3
36	Peritonit				1	1				2
37	Prusoni	1			1					2
38	Romatizmal Kalp H.					2				2
39	Ser.Vas.Ak.			1				5		6
40	Septik Sok		1		2	1				4
41	Sepsis		1	3	1	1	2	1		9
42	Sol.Dol.Yet.	5	6	10	3	8	6	12		50
43	Sok			1	2			1		4
44	Tetanoz			1	1		1			3
45	Tentorial Her.					1				1
46	Tromboemboli			1	1					2
47	Uremi	2	2	1	1	3	2	1		12
48	Vaskulit							1		1
49	Yanik		1	1	1	2				5
	TOPLAM	30	44	64	66	74	81	112	4	475

HASTANE OLUMLERİNDE ANNE OLUMU OLMAYAN HASTALIKLARIN YAS GRUPLARINA DAGILIMI

No	HASTALIK ADI	A	B	C	D	E	F	G	H	TOPLAM
1	Adeno Ca					1				1
2	Akciger Ca	1			1	1	3	4		10
3	Akciger Kist									1
4	Aplastik Anemi	1								1
5	Beyin Tm.				1	1				2
6	Ca. Inemisyonu	1	1		1	1		1		5
7	Collum Ca.			1		1		1		3
8	Colon Ca.						1			1
9	Corsinoma				1					1
10	Croh Hastaligi						1			1
11	Demans					1				1
12	Ebstein Anomalisi				1					1
13	Genitel Ca.							2		2
14	GIS				2		2	1		5
15	Gogus Hastaliklari								37	37
16	GR 6							1		1
17	Hepatit	2	1	1	3	3	1	1		12
18	Hodgkin	1		1		3	2			7
19	Karaciger Ca.						3	1		4
20	Karaciger Kist					1	1	1		3
21	Kuduz		1							1
22	Lenfoma			2		1		1		4
23	Lipo Ca.							1		1
24	Losemi	5	2	4	3		2	3		21
25	Lupus E.		1		1					2
26	Mek.Ikter						1			1
27	Meme Ca.		1		3	3	3	2		12
28	Menenjit	2	3		1			1		7
29	Nide Ca.			1		2		4		7
30	Nikrosferosifit					1				1
31	Niyositemi		1							1
32	MUR+VF			1						1
33	Nuks+BKA					1				1
34	Ozefagus Ca.				1		1	2		4
35	Pankreas Ca.		1	1			1			3
36	Pat.Akc.Gur.						1			1
37	Rektum Ca.					1		3		4
38	Retroperitoneal Ca.					1				1
39	Safra Kesesi Op.						1	1	1	3
40	Sarkom	2		1						3
41	Servix Ca.			1			1			2
42	Sol Uyluk				1	1				2
43	Un.Kalp Herni							1		1
44	Uterus Ca.						1			1
45	Vertebra Tm.							1		1
	TOPLAM	15	12	16	20	24	26	34	38	185

1988 YILI BEYOGLU BOLGESI MEZARLIK KAYITLARINA GORE 15-49 YAS KADINLARIN
 EV OLUMLERINDE ANNE OLUMU OLABILECEK HASTALIKLARIN YAS GRUPLARINA DAGILIMI

HASTALIK ADI	A	B	C	D	E	F	G	H	TOPLAM
Adli Tip			2	2	1	2		1	8
Akciger Emboli					2		1		3
Beyin Kanamasi		1	3		1		1	1	7
Bobrek Yetmez.					2	2			4
D.M.		1						1	2
Dogal Olum					1	2	1		4
Ic Kanama	1			1					2
Kalp Dol.Yet.							1		1
Kalp Yet.						1	1		2
Kard.Arrest			1			1	1		3
Kaza			2		1	2		1	6
KC.Yetm.				1					1
Kesici Aletle Olum	1	1	1						3
M.I.						1			1
Ozefagus Kanama						1			1
Romatizmal Kalp H.							1		1
Sol.Dol.Yet.				1		1	1		3
Uremi								1	1
TOPLAM	2	3	9	5	8	13	8	5	53

1988 YILI BEYOGLU BOLGESI MEZARLIK KAYITLARINA GORE 15-49 YAS KADINLARIN
EV OLUMLERINDE ANNE OLUMU OLMAYAN HASTALIKLARIN YAS GRUPLARINA DAGILIMI

HASTALIK ADI	A	B	C	D	E	F	G	H	TOPLAM
Akciger Ca.					2	2	2		6
Akciger Kist	1								1
Ca.Inemis.							1		1
GIS	1					1			2
Hodgin							1		1
Kas Erimesi								1	1
Losemi			1						1
Meme Ca.				1	1	1	2		5
Mide Ca.			1				2		3
Over Ca.								1	1
Ozefagus Ca.						1			1
Pankreas Ca.							1		1
Rectum Ca.						1	1		2
Uterus Ca.						2		1	3
Vertebra Im.							1		1
Vulva Ca.							1		1
TOPLAM	2	-	2	1	3	8	12	3	31

VAKA NO :01
YAŞ :26
EĞİTİM :ilkokul
MESLEK :Ev Kadını
KAYITTAKI ÖLÜM NEDENİ:Atoni Kanaması
OLUŞ YERİ :Hastane
ÖLÜM TARİHİ :20.4.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Eşi ve yakın arkadaşları
ZİYARET TARİHİ :5 Nisan 1990
EVLİLİK SÜRESİ :8 Yıl

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ

- 1- 1980 Kendiliğinden Düşük
- 2- 1981 E CD Kentte, hastanede, yaşıyor.
- 3- 1989 K CD Kentte, hastanede, yaşıyor.

-SON GEBELİK ÖYKÜ

Ayaklarında hafif şişlik dışında şikayeti olmayan kadın Pendik'te özel bir doktora sürekli gitmiş ve normal doğum yapmış. Doğum için, kocası tarafından hastaneye götürülmüş. Doğumda 2 kez kan istenmiş ve kısa bir süre sonra da ölmüş.

-AİLENİN DURUMU

ÖNCE: Çekirdek aile. Ölümünden 8 ay sonra babaevlenmiş, şimdi 5 aylık evli. Küçük kız anneannede kalıyor. Büyük oğlan devamlı yanlarında. Yeni eşi öğretmen ve onunda ilk evliliğinden 2 çocuğu var, yatılı olarak okuyorlar.

ŞİMDİ: Çevre yeni yerleşim, ama olumlu. Sağlık kurumu ve personelinden şikayet ediyorlar.

VAKA NO :02
YAŞ :27
EĞİTİM :ilkokul
MESLEK :Ev kadını
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Postpartum Emboli
OLUŞ YERİ :Hastane
ÖLÜM TARİHİ :25.3.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Bey'in yeni hanımıyla görüşüldü.
ZİYARET TARİHİ :5 Nisan 1990
EVLİLİK SÜRESİ :15 Yıllık

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ

- 1- 13 yaşında CD, Kentte, Hastanede, Yaşıyor.
- 2- 10 yaşında CD, Kentte, Hastanede, Yaşıyor.
- 3- 5 yaşında CD, Kentte, Hastanede, Yaşıyor.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ

Miadında gebelik. Şikayeti olup olmadığı ve gebelik bakımının yapılıp yapılmadığı konusunda bilgi edinilemedi.

Doğum için kocası ve kayınvalidesi tarafından hastaneye götürülüp, üç gün yattıktan sonra anne ve çocuk ölmüş. Kanaması olan hastaya serum takılmış, ameliyat edilmemiş.

-AİLENİN DURUMU

ÖNCE: Kayınvalide ile birlikte geniş aile.
ŞİMDİ: Eskisi gibi yaşıyorlar. Beyi yeni evli. Üç çocuğa yine kayınvalide bakıyor.
Yaşanılan çevre olumsuz.

VAKA NO :03
YAŞ :21
EĞİTİM :ilkokul
MESLEK :Ev kadını
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Eklampsi
OLUŞ YERİ :Hastane
ÖLÜM TARİHİ :3.9.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Kayınvalide
ZİYARET TARİHİ :24 Mart 1990
EVLİLİK SÜRESİ :1 yıllık

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
Daha önce gebelik yok

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ
Gebelikte, baş dönmesi, göz kararması, el yüz ve ayaklarda ödem, aşırı kilo almak gibi şikayetleri olmuş. Doğum öncesi bakım için 4-5 kez çeşitli sağlık kurumlarına gidilmiş. En son Cerrahpaşa Hastanesi'ne yatırılan hastanın 1-2 gün sonra sectio ile gebeliği sonlandırılmış, serum, kan verilmiş, ameliyat sonrası 1 gün yaşadktan sonra ölmüş.

-AİLENİN DURUMU
ÖNCE: Kayınvalide ile birlikte geniş aile
ŞİMDİ:Eşi evlenmemiş. Çocuğa her iki kayınvalide bakıyor. Çevre olumlu.

VAKA NO :04
YAŞ :35
EĞİTİM :Okur-yazar
MESLEK :Ev kadını
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Atoni kanaması
OLUŞ YERİ :Hastane
ÖLÜM TARİHİ :24.11.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Kapıcı ve komşuları
ZİYARET TARİHİ :3 Nisan 1990
EVLİLİK SÜRESİ :Bilinmiyor

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
Doğum Yok.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ
Şikayetlerinin olup olmadığı görüşülen
kişilerce bilinmiyor.

-AİLENİN DURUMU
ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ:Çocuğa anneanne bakıyor. Çevre olumlu.

VAKA NO :05
YAŞ :22
EĞİTİM :ilkokul
MESLEK :Ev kadını
KAYITTAĞI ÖLÜM NEDENİ:Eklampsi
OLUŞ YERİ :Hastane
ÖLÜM TARİHİ :22.2.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Mahalle bakkalı ve komşular.
ZİYARET TARİHİ :25 Mart 1990
EVLİLİK SÜRESİ :2 yıl

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
1 Kendiliğinden Düşük

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ
Gebelikte, fazla kilo artışı ve ayaklarda şişlik şikayeti olan hasta doğum öncesi bakım için 1-2 kez sağlık kurumuna baş vurmuş.
Kocası tarafından doğum için hastaneye kaldırılan hasta normal doğum yaptıktan sonra 1 gün içinde ölmüş.

-AİLENİN DURUMU
ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ:Eşi evlenip taşınmış. Çocuğa anneanne bakıyor.

VAKA NO :06
YAŞ :25
EĞİTİM :Bilinmiyor
MESLEK :Ev kadını
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Hemorajik şok
OLUŞ YERİ :Hastane
ÖLÜM TARİHİ :22.11.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Kapıcı
ZİYARET TARİHİ :5 Nisan 1990
EVLİLİK SÜRESİ :5 yıl

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
4 yaşlarında bir kız çocuğu var.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ
8-9 aylık hamile iken, eşini karşılamak üzere Yeşilköy'e kendi kullandığı arabayla gitmekteyken trafik kazası geçirmiş. Kendisi ve karnındaki çocuk hastaneye kaldırılırken ölmüş.

-AİLENİN DURUMU
ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ: Baba-kız birlikte oturuyor. Çocuk anaokuluna gidiyor. Ayrıca çocuğa bakan bir kız var.

VAKA NO :07
YAŞ :33
EĞİTİM :İlkokul
MESLEK :Fabrikada işçi
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Dolaşım yetmezliği
OLUŞ YERİ :Ev
ÖLÜM TARİHİ :12.3.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Komşuları ile görüşüldü.
ZİYARET TARİHİ :27 Mart 1990
EVLİLİK SÜRESİ :6 aylık

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
Doğum yok.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ

4 aylık hamile iken şiddetli aşırme, kusma ve kilo kaybı şikayetleri üzerine hastaneye yatırılan hastanın mide kanaması geçirdiği sanılıyor. Yoğun bakıma alındıktan üç gün sonra ölmüş. Görüşülen komşulardan hastanın şikayetleri sebebiyle hastanede yatış süresinin 40 gün olduğunu ve ilk andan itibaren gebelik bakımının sürekli yapıldığı öğrenildi.

-AİLENİN DURUMU

ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ:Eşi evlenmemiş ve bekar kızkardeşiyle oturmaktadır.

VAKA NO :08
YAŞ :27
EĞİTİM :Okur-yazar değil
MESLEK :Ev kadını

KAYITTAKI ÖLÜM NEDENİ:Kardiak arrest

OLUŞ YERİ :Ev

ÖLÜM TARİHİ :4.6.1988

GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Akrabaları ile görüşüldü.

ZİYARET TARİHİ :18 Mart 1990

EVLİLİK SÜRESİ :15 yıl

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ

- 1- 1976, CD, Kentte, Hastanede, Yaşıyor.
- 2- 1978, CD, Kentte, Hastanede, Yaşıyor.
- 3- Kendiliğinden düşük.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ

1 aylık gebe. Çocukluğundan beri kalp hastalığı olan hasta sürekli doktora gidiyormuş. Gebe olduğunu doktordan öğrenmiş. Doktora son gidişinden sonra kendisi yakınlarına çok kısa ömrü kaldığını söylemiş.

-AİLENİN DURUMU

ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ: Eşi evlenmemiş. Çocuklardan biri şimdilik babaannede.

VAKA NO :09
YAŞ :24
EĞİTİM :Okur-yazar
MESLEK :Ev kadını
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Pospartum kanama
OLUŞ YERİ :Ev
ÖLÜM TARİHİ :7.5.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Ev sahibi
ZİYARET TARİHİ :27 Mart 1990
EVLİLİK SÜRESİ :4.5 yıl

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
1- 1987 K CD, Hastanede, yaşıyor.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ
Doğum öncesi bakım için özel bir doktora gitmekteymiş. Kendi hesabına göre doğumunun 20 gün gecikmesi üzerine doktora gittiğinde, doktor henüz gününün gelmediğini söyleyerek geri göndermiş. Doğum ağrıları başlayınca eve ebe çağırılmışlar. Çocuk ölü olarak doğmuş. Kadında şiddetli kanama ve kriz şeklinde titreme olunca hastaneye götürülmek üzere çıkarıldığı yolda ölmüş.

-AİLENİN DURUMU

ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ: 32 yaşındaki eşi 17 yaşındaki baldızı ile evlenmiş. Çocuk yanlarında.

VAKA NO :10
YAŞ :32
EĞİTİM :ilkokul
MESLEK :Ev kadını
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Plasenta Previa
OLUŞ YERİ :Ev
ÖLÜM TARİHİ :3.4.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Evin yeni hanımı
ZİYARET TARİHİ :28 Nisan 1990
EVLİLİK SÜRESİ :Bilinmiyor

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ

- 1- 1981 K, CD, Hastane, Yaşıyor.
- 2- 1983 K, CD, Hastane, Yaşıyor.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ

Eşi sigortalı olduğu için doğum öncesi bakım için SSK hastanelerine gidiyormuş. Şikayeti olup olmadığı bilinmiyor. Çocuk anne karnında ölü olduğu için ameliyatla alınmış.

-AİLENİN DURUMU

ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ: Eşi evlenmiş, çocuklar yanlarında.
Yeni hanımdan çocuğu yok. Hamile de değil.
Çevre olumsuz.

VAKA NO :11
YAŞ :26
EĞİTİM :Ortaöğrenim
MESLEK :Memur
KAYITTA Kİ ÖLÜM NEDENİ:Trafik Kazası
OLUŞ YERİ :Ev
ÖLÜM TARİHİ :7.7.1988
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ(LER) :Komşuları ile görüşüldü
ZİYARET TARİHİ :30 Nisan 1990
EVLİLİK SÜRESİ :5 yıl

-GEBELİK / DOĞUM ÖYKÜSÜ
1- 1988 CD, Hastanede, Yaşıyor.

-SON GEBELİK ÖYKÜSÜ
4-5 aylık gebe. Başka bilinen şikayeti yok.
doğum öncesi bakım için doktora gittiği
belirtildi. Şehirlerarası bir yolculukta
geçirdiği trafik kazası sonucu ölmüş.

-AİLENİN DURUMU
ÖNCE: Çekirdek aile
ŞİMDİ: Eşi evlenmemiş. Çocuğa babaanne
bakıyor. Çevre olumlu.