

# Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri

FİNAL RAPORU

Nisan, 2023



**Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri** başlığı ile yazılan bu rapor, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Ofisi'nin mali desteği ile Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülen Demografik Göstergeler ve Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Projesi kapsamında hazırlanmıştır.

Bu raporda yer alan analiz ve yorumlarından Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün bu kitabı hazırlayan öğretim elemanları sorumludur. Rapordaki bilgiler, bu çalışmayı destekleyen UNFPA Türkiye Ofisi'nin görüşlerini yansıtmaz.

Bu yayının tüm hakları Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'ne aittir. Enstitü'nün yazılı izni alınmadan kısmen veya tamamen kopya edilemez, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz. Kaynak göstermek şartıyla alıntı yapılabilir.

**Proje Yürütücüsü** : İsmet Koç  
**Nitel Araştırma Koordinatörü** : İlknur Yüksel-Kaptanoğlu  
**Saha Koordinatörü** : Faruk Keskin  
**Görüşmeciler** : E. Mümine Barkçin  
Kardelen Güneş  
Yaser Koyuncu  
**Yayına Hazırlayanlar** : İlknur Yüksel-Kaptanoğlu  
Faruk Keskin  
Zehra Yayla Enfiyeci  
E. Mümine Barkçin  
Kardelen Güneş  
Yaser Koyuncu  
İsmet Koç

**ISBN:** 978-975-491-531-0

**Yayın No:** NEE-HÜ.23.01

**Nisan 2023**

# İÇERİK

## 1. KISIM

<b>ANNE ÖLÜMLERİ VE NİTEL ARAŞTIRMA HAKKINDA</b> .....	3
--	---

### GİRİŞ

İsmet Koç .....	5
-----------------	---

### Anne Ölümüne Dair Literatürün Söyledikleri

Zehra Yayla Enfiyeci, İsmet Koç .....	9
---------------------------------------	---

### Araştırmanın Yöntemi

Faruk Keskin, İlknur Yüksel-Kaptanoğlu .....	29
--	----

## 2. KISIM

<b>AKADEMİSYENLERİN VE UZMANLARIN GÖZÜNDEN TÜRKİYE'DE ANNE ÖLÜMLERİ</b> .....	33
---	----

### Anne Ölümünün Azalmasını Etkileyen Olumlu Gelişmeler

Kardelen Güneş, Faruk Keskin .....	35
------------------------------------	----

### Anne Ölümünün Azalmasına İlişkin Sorunlar ve Engeller

E. Mümine Barkçin, Kardelen Güneş .....	47
---	----

### Önlenebilir Anne Ölümünün Sıfırlanmasına Yönelik Öneriler

Yaser Koyuncu, İlknur Yüksel-Kaptanoğlu .....	61
---	----

### Sonuç: Görüşmelerde Öne Çıkanlar

İlknur Yüksel-Kaptanoğlu .....	73
--------------------------------	----

<b>EKLER</b> .....	77
--------------------	----

<b>KAYNAKLAR</b> .....	85
------------------------	----



# ÖNSÖZ

Bir ülkedeki anne ölümlerinin seviyesi, sadece ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini değil, ülkenin gelişmişlik seviyesinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, anne ölümlerinin minimum seviyeye düşürülmesi, 1980'li yıllardan itibaren küresel ölçekte gerçekleştirilmiş olan uluslararası konferans, program ve inisiyatiflerde önemli bir yer tutmaktadır. 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda ortaya konulan ve daha sonra Pekin Konferansı'nda ve Binyıl Kalkınma Hedefleri'nde teyit edilen küresel ölçekte anne ölüm oranının yüzde 75 azaltılması hedefinin, Birleşmiş Milletler öncülüğünde 2015 yılında kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları altında "2030 yılına kadar, küresel anne ölüm oranını yüz bin canlı doğumda 70'in altına düşürmek" göstergesi ile daha da somutlaştırıldığı görülmektedir. Kahire Konferansı'ndan 25 yıl sonra toplanan Nairobi Zirvesi'nde ise, 2030'a kadar ulaşılması gereken üç sıfır hedefine vurgu yapılmaktadır. Bu hedeflerden birisi de sıfır önlenebilir anne ölümüdür.

Türkiye, bugüne kadar küresel ölçekte gerçekleştirilen tüm konferans, program ve inisiyatiflerin içinde yer alarak anne ölümlerini azaltmak konusunda önemli bir çaba içinde olmuştur. Bu anlamdaki en somut veri toplama girişimi, Enstitümüz tarafından, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde, 2005 yılında Ulusal Anne Ölümleri Çalışması olmuştur. Anne ölüm oranında ve yaşam boyu riskte gözlenen önemli azalmalar, Türkiye'nin küresel ölçekte belirlenen hedefleri önemli ölçüde yakaladığını göstermektedir. Bu bağlamda, anne ölümlerine ilişkin veri üreten ve bu alanda hizmet sunan kamu kurumlarının temsilcileri, akademik çalışmaları olan akademisyenler ve üniversitelerin araştırma merkezlerinin temsilcileri ve meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri ile yapılan derinlemesine görüşmeleri odağına alan bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'nin anne ölümleri alanındaki sorun alanlarını hangi politika, strateji ve mekanizmalarla çözüme kavuşturabileceğine ilişkin derinlemesine bilgi üretmektir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Ofisi'nin finansal desteği ile gerçekleştirilen bu çalışma için Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Ofisi'nin değerli uzmanlarına, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun Türkiye temsilcisi Hassan Mohtashami nezdinde içtenlikle teşekkür ediyorum. Bu çalışmanın koordinatörlüğünü üstlenen Doç. Dr. İlknur Yüksel-Kaptanoğlu'na; çalışmanın yöntem bölümünü yazan Ar. Gör. Dr. Faruk Keskin'e, literatür bölümünü yazan Ar. Gör. Zehra Yayla'ya ve görüşmeleri gerçekleştiren ve raporun yazımına katkıda bulunan araştırma görevlileri E. Mümine Barkçin, Yaser Koyuncu ve Kardelen Güneş'e çok teşekkür ediyorum. Çalışmanın sonuçlarının, Türkiye'deki anne ölüm oranlarının ve özellikle önlenebilir anne ölümlerinin daha da azaltılması için gerekli olan stratejilerin ve öncelik alanlarının belirlenmesine katkısı olacağına inanıyorum.

**Prof. Dr. İsmet Koç**

**Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü**



# Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri

## **1. KISIM**

Anne Ölümleri  
ve Nitel Araştırma  
Hakkında





# Giriş

□ İsmet Koç

Bir ülkedeki anne ölümlerinin seviyesi, sadece ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini değil, ülkenin gelişmişlik seviyesinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, anne ölümlerinin, önlenebilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılması aracılığı ile azaltılması ve de uzun erimde sonlandırılması, 1980'li yıllardan itibaren küresel ölçekte gerçekleştirilmiş olan uluslararası konferans, program ve inisiyatiflerde önemli bir yer tutmaktadır.

Bu kapsamdaki ilk girişim, 1987 yılında Güvenli Annelik Programı çerçevesinde Nairobi'de gerçekleştirilen konferanstır. Bu konferansta, gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölen kadınların oranının azaltılması için aile planlaması, anne ve bebekler için doğum öncesi ve sonrası bakım ve hijyenik doğum ortamını kapsayan güvenli annelik programının yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (WHO, 1994). Kahire'de gerçekleştirilen dördüncü uluslararası nüfus ve kalkınma konferansı, üreme sağlığında bireysel haklara ve kadınların güçlenmesine odaklanarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki sorunların çözümünde, daha önceki konferanslardan farklı bir perspektif benimsemiştir. Bu konferansın Eylem Planı'nda anne ölüm oranının 1990 ve 2015 yılları arasında küresel ölçekte yüzde 75 azaltılması hedeflenmiştir. 1995 yılında Pekin'de gerçekleştirilen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı'nda toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik stratejik hedefler arasında yer alan sağlık alanında eşitlik maddesi altında kadınların uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini artırmak ilkesi benimsenmiş ve Kahire Konferansında kabul edilen anne ölümleri hedefi toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde bir kez daha teyit edilmiştir (UN Women, 2022). Kahire konferansında ortaya konulan bu hedefi teyit eden bir başka küresel inisiyatif de 2000 yılında kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedefleri'dir (UN Statistical Division, 2022).

Kahire Konferansı'nda ortaya konulan ve daha sonra Pekin Konferansı'nda ve Binyıl Kalkınma Hedefleri'nde teyit edilen küresel ölçekte anne ölüm oranının yüzde 75 azaltılması hedefinin, 2015 yılına gelindiğinde ancak yüzde 40'ın biraz üzerindeki bir seviyede kaldığı görülmüştür. Bu dönemde, küresel olarak anne ölümlerinin sayısı 532 binden 303 bine düşmüştür; yüzbin canlı doğumda 385 olan anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 216'ya gerilemiştir. Yirmibeş yıl gibi kısa bir sürede meydana gelen bu azalma önemli olmakla birlikte, 2015 yılı için küresel ölçekte ortaya konulan 133 bin anne ölümü ve yüz binde 96 anne ölüm oranı hedeflerinin çok uzağında kalması, küresel ölçekte yeni inisiyatiflerin geliştirilmesine yol açmıştır. Birleşmiş Milletler öncülüğünde 2015 yılında kabul edilen ve 2016 yılında yürürlüğe giren Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları altında yer alan üçüncü amacın altında anne ölümlerine ilişkin olarak "2030 yılına kadar, küresel anne ölümleri oranını 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürmek" göstergesi yer almıştır (WHO, 2015). Kahire Konferansı'ndan 25 yıl sonra toplanan ICPD+25 Nairobi Zirvesi'nde ise, 2030'a kadar ulaşılması gereken üç sıfır hedefine vurgu yapılmaktadır. Bu hedeflerden birisi de sıfır önlenebilir anne ölümüdür (UN, 2022).

Türkiye, 1987 yılından bugüne kadar küresel ölçekte gerçekleştirilen tüm konferans, program ve inisiyatiflerin içinde yer alarak anne ölümlerini azaltmak konusunda önemli bir çaba içinde olmuştur. Bu çabalardan en önemlisi, 2003 yılında uygulamaya konulan ve Türkiye'nin sağlık sistemini ve politikalarını önemli ölçüde değiştiren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'dir. Bu program ve devamında getirilen düzenlemeler ile devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastaneleri tek bir çatı altında toplanarak sağlık hizmetlerinin bütüncül bir sistem altında verilmesi sağlanmış, aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, SSK, Bağ-Kur ve

Emekli Sandığı'na bağlı çalışan sigortalılar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanarak sosyal güvenlik sistemindeki dağınık yapıya ve farklı sigortalılık kolları arasındaki eşitsizliklere son verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu dönemde, Türkiye'de ölüm nedenlerinin ICD-10'e göre sınıflanması uygulamasına geçilmiş, 2009 yılından itibaren ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerinin MERNİS veri tabanındaki tüm ölümleri kapsayacak şekilde üretilmesine başlanmış, 2013 yılında ise ölüm verileri tek bir havuzda toplanarak elektronik Ölüm Bildirim Sistemi'ne (ÖBS) geçiş yapılmıştır (Yayla, 2016). Anne ölümleri özelinde ise, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yürütücülüğünde 2005 yılında gerçekleştirilmiş olan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ)'nda kurulan sistemin devamı olarak 2007 yılında Anne Ölümleri Veri Sistemi kurulmuş ve anne ölümlerinin risk faktörlerinin, zamanlamasının, gecikmelerin ve önlenabilir olup olmadığının eksiksiz olarak tespit edilmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır. Bu sistemden üretilen verilere dayalı olarak geliştirilen ve 2019-2023 dönemini kapsayan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında anne ölüm oranının, anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik öncelikli alanlarda uygulanacak politikalarla, dönem sonunda yüz bin canlı doğumda 13'e düşürülmesi hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a). Anne ölümlerinin azaltılmasına ilişkin politika ve stratejilere 2019-2023 dönemi için hazırlanan 11. Kalkınma Planında da yer verilmiştir. Bu planda, bir önceki plan döneminde (2014-2018) yüz bin canlı doğumda 9.5 olarak belirlenmiş olan anne ölüm oranı hedefi yükseltilerek yüz bin canlı doğumda 13 olarak belirlenmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020).

Türkiye'nin küresel ölçekteki konferans, program ve inisiyatiflere paralel olarak yürüttüğü yoğun çalışmaların bir sonucu olarak, 1974 yılında yüz bin canlı doğumda 208 olan anne ölüm oranını, 1990 yılına kadar yüz bin canlı doğumda 100 seviyesine, 2005 yılında yüz bin canlı doğumda 28.5'e, 2015 yılında yüz bin canlı doğumda 14.6'ya, 2019 yılında ise yüz bin canlı doğumda 13.1'e düşürmeyi başarmıştır (DiE, 1978; HÜNEE, 2006; TÜİK, 2021). Ancak, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan veriler 2020 ve 2021 yılları için bu değerlerin aynı seviyede durağanlaştığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022b; Sağlık Bakanlığı, 2022d). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan veriler, 2021 yılında Ege ve Batı Marmara'da 100,000 canlı doğumda 6 seviyesinde olan anne ölüm oranının Orta Anadolu ve Güneydoğu Anadolu'da 100,000 canlı doğumda 17 seviyesine yükseldiğini göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022d). Yaşam boyu risk anlamında bakıldığında, 2005 yılında 1142 gebelikte bir anne ölümü meydana gelirken, bu riskin 2019 yılında 5408 gebelikte bir anne ölümüne düştüğü görülmektedir. Anne ölüm oranında gözlenen bu önemli azalma, Türkiye'nin küresel ölçekte belirlenen hedefleri önemli ölçüde tutturduğunu göstermektedir. Kahire Konferansı'nda 1990-2015 döneminde küresel anne ölüm oranının yüzde 75 azaltılması hedefinin, Türkiye için 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 100 olan anne ölüm oranının 2015 yılında yüz bin canlı doğumda 18'e düşürülmesi anlamına geldiği dikkate alındığında, Türkiye'nin bu hedefe 2005 yılında ulaştığı görülmektedir. Bu durum, Türkiye'nin sadece Kahire Konferansı'nda küresel ölçekte belirlenen yüz bin canlı doğumda anne ölüm oranının yüzde 75 azaltılması hedefini değil, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları kapsamında 2030 yılı için belirlenen hedefleri de 2000'li yılların ortalarına kadar yakaladığını göstermektedir.

Türkiye, sadece küresel hedefleri değil, 2019-2023 dönemi için Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda ve 11. Kalkınma Planı'nda 2023 yılı için belirlediği yüz bin canlı doğumda 13 olan anne ölüm oranı hedefini 2019 yılında büyük ölçüde yakalamış durumdadır. Ancak, ICPD+25 Nairobi Zirvesi'nde 2030'a kadar önlenabilir anne ölümlerinin sınırlanması olarak belirlenen hedefe, Türkiye'de 2015-2019 döneminde önlenabilir anne ölümlerinin halen yüzde 25'ler seviyesinde olduğu (Sağlık Bakanlığı, 2021b) dikkate alındığında, henüz ulaşılamadığı ve bu konuda halen katedilmesi gereken mesafe olduğu görülmektedir. Tüm bunlara karşın, Türkiye'nin anne ölümlerinin azaltılması konusunda gösterdiği başarı dikkate alındığında, mülteci krizinin ve COVID-19'un sağlık sistemi üzerindeki baskısının ortadan kaldırabilmesi durumunda, 2030 yılına kadar önlenabilir anne ölümlerinin sınırlanması hedefine çok yaklaşabileceği görülmektedir.

Türkiye'de anne ölüm oranlarındaki anlamında bölgesel farklılıkların halen sürmesi, 2015-2019 döneminde anne

ölüm oranında görülen azalmanın durağanlaşması ve önlenabilir anne ölümlerinin halen yüzde 25 gibi yüksek seviyede olması; COVID-19'un etkisiyle anne ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 13.1'den 19.0'a yükselmesi gibi önemli sorun alanları bulunmaktadır. Ayrıca, Türkiye'de halen yüz bin canlı doğumda 13.1 olan anne ölüm oranının, Batı Avrupa ülkelerinde yüz bin canlı doğumda 5 olan anne ölüm oranının çok üstünde olması hususu da dikkate alındığında, Türkiye'nin bu alanda halen alması gereken önemli bir mesafe olduğu görülmektedir.

Bunlara ek olarak, Türkiye'nin 2011 yılından başlayarak yoğun bir biçimde aldığı Suriyeli göçünün ve 2019 yılında başlayan ve etkisi hâlen süren COVID-19 pandemisinin sağlık sistemi üzerindeki baskısının anne ölümleri üzerindeki olası olumsuz etkileri henüz çok fazla araştırılmamış durumdadır. Hem anne ölüm oranının 2020-2021 dönemi için seviyesini, hem pandeminin anne ölümleri üzerindeki etkisini ve hem de giderek yerleşik hale gelen Suriyeli geçici koruma kapsamındaki nüfusun anne ölümleri oranlarına olan yansımaları değerlendirmeyi sınırlandıran bir başka durum da, 2020-2021 ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerinin henüz yayımlanmamış olmasıdır. Buna karşın, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2020 yılı Sağlık İstatistiklerinde COVID-19 etkisinin eklenmesiyle anne ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 13.1'den 19.9'a yükseldiğine vurgu yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022b). Bu durum, COVID-19'un anne ölümleri üzerindeki etkisine ilişkin ayrıntılı çalışmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

Bu bağlamda, anne ölümlerine ilişkin veri üreten ve bu alanda hizmet sunan kamu kurumlarının temsilcileri, akademik çalışmaları olan akademisyenler ve üniversitelerin araştırma merkezlerinin temsilcileri ve meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri ile yapılan derinlemesine görüşmeleri odağına alan bu çalışma, (1) Türkiye'nin tarihsel süreçte, özellikle de 1990 yılı ve sonrasında anne ölüm oranının azaltılmasında elde ettiği başarının mekanizmalarını ortaya koymayı, (2) Bölgesel farklılıkları doğuran ve sürmesine katkıda bulunan mekanizmaları belirlemeyi, (3) 2015-2019 döneminde giderek durağanlaşan anne ölüm oranlarının altında yatan nedenleri, (4) Önlenabilir anne ölümlerinin halen dirençli kalmasının arkasında yatan mekanizmaları, (5) 2019 döneminde başlayan pandeminin anne ölümleri üzerindeki olumsuz etkisini, (6) 2011 döneminde başlayan yoğun Suriyeli göçünün sağlık sistemi üzerindeki baskısının anne ölümleri seviyesi üzerindeki negatif etkisini ortaya koyarak, (7) Türkiye'nin anne ölümleri alanındaki sorun alanlarını hangi politika, strateji ve mekanizmalarla çözüme kavuşturabileceğine ilişkin derinlemesine bilgi üretmeyi amaçlamaktadır.



# Anne Ölümüne Dair Literatürün Söyledikleri

□ Zehra Yayla Enfiyeci, İsmet Koç

Anne ölümlerinin önlenmesinin ulusal ve uluslararası politikalarda gündeme gelmesi, anne ölümleriyle ilgili mevcut duruma ilişkin verinin üretilmesi, paylaşılması ve anne ölümlerinin nedenlerinin ekonomik, sosyal ve kültürel faktörler ile ilişkilidir. Bu bölümde, konuyla ilgili seçilmiş çalışmalar aşağıdaki başlıklar altında ele alınmıştır:

- Küresel düzeyde anne ölümleri ile mücadelede uluslararası sözleşmelerin rolü
- Anne ölümlerine ilişkin sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler
- Türkiye’de anne ölümleri ile ilgili politika belgeleri
- Türkiye’de anne ölümlerine ilişkin literatür taraması

Anne ölümlerinin önlenmesine yönelik çalışmalarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen, uluslararası karşılaştırmalara imkân veren tanım ve göstergeleri Ek 1’de yer almaktadır (WHO, 2004).

## Küresel Düzeyde Anne Ölümleri ile Mücadelede Uluslararası Sözleşmelerin Rolü

Anne ölümlerinin azaltılması, özellikle önlenebilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılması, ölüm oranlarının daha yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerin öncelikli konuları arasındadır. Küresel konferanslarda belirlenen hedefler ve ülkelerin bu hedefler için verdikleri taahhütler hem ülkelerin eyleme geçmesini hızlandırmakta, hem de küresel ölçekte gelişmeleri izleme olanağı sağlamaktadır. Anne ölümlerinin azaltılmasını 1980’li yıllardan itibaren gündeme getiren seçilmiş bazı uluslararası konferans ve sözleşmelerin anne ölümlerine ilişkin içeriği ve hedefleri aşağıda tartışılmaktadır.

**1987 Güvenli Annelik Programı (Safe Motherhood Initiative) – Nairobi:** Anne ölümlerini azaltmaya yönelik ilk uluslararası konferans 1987 yılında UNFPA, Dünya Bankası ve DSÖ desteğiyle gerçekleştirilmiştir. Nairobi’de düzenlenen konferansta gebelik ve doğum komplikasyonlarından ölen kadınlar için farkındalık yaratılması amaçlanmıştır. Bu konferansta, güvenli annelik programı kapsamında aile planlaması, anne ve yeni doğan için doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, temiz ve güvenli doğum ve temel ve acil obstetrik bakım konuları ele alınmıştır (WHO, 1994). Güvenli annelik programı ile temel anne sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması, temel sağlık hizmetlerinden yararlanma, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında bilinçlendirme ve kadın ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi amaçlanmıştır (WHO, 1994).

**1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD-1994) – Kahire Konferansı:** Kahire’de gerçekleştirilen dördüncü uluslararası nüfus ve kalkınma konferansı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bireysel hakları vurgulayan, kadınların güçlenmesini gündemine koyan ve sağlığı korumanın bir insan hakkı olduğunun altını çizen, kadınların sosyal hakkaniyet ve saygınlığına katkıda bulunmayı amaçlayan bir konferans olma niteliği taşımaktadır. Daha önceki nüfus ve kalkınma konferanslarında nüfus politikalarındaki hedeflere ulaşmak için daha çok araç olarak ele alınan kadınlar, bu konferansta insan hakları perspektifinden ele alınarak konunun merkezine yerleştirilmiştir (Puri ve Van Look, 2001, aktaran Karaca-Bozkurt, 2011).

Kahire Konferansı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) alanında bir dönüm noktasıdır. Konferans sonucunda ortaya çıkan Eylem Planı, Eylül 1994’te Türkiye’nin de aralarında olduğu 179 ülkenin oybirliği ile kabul edilmiştir

(UN, 1995). Eylem planında nüfus artışının izlenmesi, doğum ve ölüm oranları arasındaki ilişkinin dikkate alınması; daha düşük doğum oranları için bebek, çocuk ve anne ölümlerinin azaltılması konuları yer almaktadır. Kahire Konferansı, özellikle CSÜS ile toplumsal cinsiyet eşitliği arasındaki ilişkiyi gündeme getirmesi nedeniyle de ayrı bir öneme sahiptir. Konferans, anne ölümleri konusunda uluslararası düzeyde iyileşme için 1990 ve 2015 yılları arasında anne ölüm oranının %75 azaltılması çağrısında bulunurken, ülkeler, coğrafi bölgeler, sosyo-ekonomik ve etnik gruplar arasındaki anne ölümlerindeki farklılıkların da ele alınmasının önemine dikkat çekmiştir (UN, 1995). Eylem planında, orta düzeyde anne ölüm oranına sahip ülkelerin, bu oranı 2005 yılına kadar 100.000 canlı doğumda 100'ün altına; 2015 yılına kadar da 100.000 canlı doğumda 60'ın altına indirmeleri hedeflenmiştir (UN, 1995). Kahire Konferansı anne sağlığını, küresel sağlık ve kalkınma alanlarının önemli bir bileşeni olarak ele almıştır. Küresel düzeyde anne ölümlerinin ölçülmesi çağrısı, anne ölümlerinin Binyıl Kalkınma Hedeflerinde yer almasına öncülük etmiştir.

**1995 Dördüncü Dünya Kadın Konferansı – Pekin:** Dördüncü Dünya Kadın Konferansı 1995 yılında Pekin'de gerçekleştirilmiştir. Bu konferans, toplumsal cinsiyet eşitliğinin küresel gündeme taşınması noktasında oldukça belirleyici bir konumdadır. Türkiye'nin de dâhil olduğu 189 ülke tarafından oybirliğiyle kabul edilen Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu (UN, 1996), kadınların güçlenmesine ve toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin politika belgesi olarak kabul edilmektedir. Pekin konferansında 12 kritik alanda stratejik hedefler ve eylemler belirlenmiştir: Kadın ve yoksulluk, kadınların eğitimi ve öğrenimi, kadın ve sağlık, kadına yönelik şiddet, kadınlar ve silahlı çatışma, kadınlar ve ekonomi, yetki ve karar alma sürecinde kadınlar, kadınların ilerlemesinde kurumsal mekanizmalar, kadınların insan hakları, kadınlar ve medya, kadınlar ve çevre ve kız çocukları. Bu eylem planını imzalayan tüm hükümetler, belirtilen kritik alanların hepsinde toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamayı, politika ve programlarında toplumsal cinsiyet perspektifine yer vermeyi taahhüt etmişlerdir (Dinçer, 2014). Bu konferansta anne ölümleriyle ilişkili olarak "kadınların yaşamları boyunca uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmetlerine, bilgilere ve ilgili hizmetlere erişimini artırmak" stratejik hedefi altında Kahire Konferansında kabul edilen anne ölümleri hedefi de benimsenmiştir.

**Binyıl Kalkınma Hedefleri (2000 – 2015):** Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH), Birleşmiş Milletler'in öncülüğünde 189 ülkenin temsilcilerinin katılımıyla 2000 yılında kabul edilmiştir. Sekiz amaçtan oluşan BKH'nin beşinci amacı, anne sağlığını ele almaktadır. Bu amaç, 1990-2015 yılları arasında gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerinin %75 azaltılmasını hedeflemiştir (Hedef 5. A).

**Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (2015 – 2030):** Anne ölüm oranı BKH doğrultusunda değerlendirildiğinde, küresel AÖO'nun 1990-2015 yılları arasında %44 azaldığı görülmektedir (WHO, 2015a). Bu düşüşle birlikte anne ölümlerinde küresel olarak önemli bir ilerleme kaydedilse de BKH'deki hedef yakalanamamıştır. Bu nedenle anne ölümleri Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) altında tekrar küresel bir hedef olarak ele alınmıştır. SKA'da üç ana başlık öne çıkmaktadır: yoksulluğu sona erdirmek, gezegeni korumak ve tüm insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak. SKA altında toplam 17 amaç ve her bir amacın altında alt hedefler yer almaktadır. Üçüncü amaç "sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak" olup anne ölümlerine ilişkin göstergelere bu amacın altında yer verilmektedir. Anne ölümleri SKA 3.1 altında "2030 yılına kadar, küresel anne ölümleri oranını 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürmek" şeklinde yer almaktadır.

**ICPD+25 Nairobi Zirvesi:** ICPD+25 Nairobi Zirvesi, 1994 Kahire Konferansı'ndan 25 yıl sonra Nairobi'de düzenlenmiştir. Nairobi Zirvesi olarak da anılan bu toplantı sonunda 12 küresel taahhüdü içeren bir bildiri yayımlanmıştır. Bildiride 2030'a kadar ulaşılması gereken üç sıfır hedefine vurgu yapılmaktadır: Sıfır karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı, sıfır önlenebilir anne ölümü, sıfır cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, kadın ve kız çocuklarına yapılan zararlı uygulamalar.

## Anne Ölümlerine İlişkin Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Faktörler

Anne ölümlerinin gelişmişlik düzeyi göstergelerinden biri olması, bu alandaki iyileşmenin ekonomik, sosyal ve kültürel birçok faktör ile ilişkisini gündeme getirmektedir. Bu bölümde anne ölümleri konusundaki çalışmalar 8 başlık altında derlenmiştir: (1) Anne ölümlerinin nedenleri ve risk faktörleri, (2) Demografik özellikler, (3) Anne ölümlerinin sosyo-kültürel belirleyicileri, (4) Sağlık sisteminden kaynaklanan faktörler, (5) Veri kalitesi ve kayıt sistemi, (6) Anne ölümlerinin çocuklar ve aileleri üzerinde etkileri, (7) Sağlık politikaları ve politikaların anne ölümlerine etkisi ve (8) COVID-19 ve anne ölümleri.

### *Anne Ölümlerinin Nedenleri ve Risk Faktörleri*

Anne ölüm oranı ülkelerin ekonomik, kültürel ve sağlık sisteminin gelişimini yansıtan önemli göstergelerden biridir (Ren vd., 2017). Gebelik ve doğumdan kaynaklanan sorunlar nedeniyle dünya genelinde her yıl 303.000 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Blagoeva Atanasova vd., 2018). Anne ölüm nedenlerinin altında yatan faktörler karmaşık ve çeşitli olduğundan, anne ölümlerinin azaltılmasında kaydedilen ilerleme yavaştır. DSÖ'nün verilerine göre tüm anne ölümlerinin %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Düşük gelirli ülkelerde AÖO, 2017 yılı için 100.000 canlı doğumda 462 iken, yüksek gelirli ülkelerde 100.000 canlı doğumda 11'dir (WHO, 2019). Anne ölümlerinin zaman içindeki değişimi incelendiğinde, 2000'den 2017'ye kadar geçen sürede tüm dünyada anne ölümlerinde %38'lik bir düşüş kaydedildiği görülmektedir. 15 yaşındaki bir kadının yaşam boyu anne ölüm riski 2000 yılında 100 kadında 1 iken, 2017 yılında neredeyse yarıya inmiş ve 190 kadında 1'e düşmüştür (WHO, 2019). Anne ölümlerinin zaman içindeki değişimi tüm bölgelerde aynı değildir. 2000 - 2017 yılları arasında en büyük azalma %59 seviyesiyle Güney Asya ülkelerinde yaşanmıştır. Güney Asya ülkelerini sırasıyla Orta Asya (%52), Doğu Asya (%50), Avrupa (%53) ve Kuzey Afrika (%54) ülkeleri takip etmektedir. AÖO Sahra altı Afrika ülkelerinde halen yüksek olmasına karşın (2017 yılında 100.000 canlı doğumda 542), 2000-2017 periyodunda %38'lik düşüş yaşanmıştır (WHO, 2019).

Anne ölümlerinin nedenleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre belirgin biçimde farklılaşmaktadır. Say ve diğerleri (2014) çalışmalarında 115 ülke için 2003-2009 dönemi anne ölümlerini nedenlerine göre incelemişlerdir. Bulgulara göre, küresel olarak, anne ölümlerinin %72'sini doğrudan nedenler arasında olan doğum sonrası şiddetli kanama, doğum sonrası enfeksiyonlar, gebelikte yüksek tansiyon, doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve kürtajlar oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde doğum sonrası kanamalardan kaynaklanan ölümlerin oranı %27 iken, gelişmiş ülkelerde bu oran %16'dır. 2003-2009 döneminde doğum sonrası kanamadan ölen kadınların en fazla olduğu ülkeler Kuzey Afrika (%36,9) ve Asya (%30-%36) ülkeleridir (Say vd., 2014). Gelişmiş ülkelerde doğrudan nedenlerden kaynaklanan anne ölümleri dolaylı nedenlere göre daha düşüktür. Bu durum, gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin doğrudan ölüm nedenlerini daha etkin bir şekilde azaltabilmesiyle ilişkilidir (Nyfløt & Sitras, 2018).

Anne ölümlerini artıran başka bir neden de "doğum sürecinin istenmeyen bir sonucu olarak kadının hayatını tehlikeye sokan, kadın sağlığı üzerinde kısa veya uzun vadeli etkileri olan sorun" olarak adlandırılan Ciddi Maternal Morbidite (CMM) durumudur (Hirshberg & Srinivas, 2017). Avrupa Perinatal Sağlığı Projesi kapsamında (Euro-Peristat, 2013) yürütülen projede eklampsi, histerektomi, embolizasyon ve kan transfüzyonu durumlarından birini yaşayan veya yoğun bakım ünitesi gereksinimleri 24 saatten fazla olan kadınların durumu CMM olarak adlandırılmaktadır (Euro-Peristat, 2013; Hirshberg & Srinivas, 2017). Gebelik tüm kadınlar için risk yaratsa da bazı kadınlar diğerlerinden daha yüksek hastalık ve ölüm riski altındadır. İkiz doğumlardaki artışlar, artan sezaryen oranları, ilk doğumun sezaryen olması, gebelikte 34 haftanın altındayken doğumun gerçekleşmesi ve artan obezite, gebelikle ilgili hastalıkların oranlarını arttıran nedenlerdir (Chinn vd., 2020). Bunun yanında, diyabet, kronik hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi önceden var olan hastalıklar da gebelik sırasında ölüm riskini



arttırmaktadır (Hirshberg & Srinivas, 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok kadın, diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi olumsuz doğum sonuç riskini artıran kronik sağlık koşullarına rağmen hamile kalmaktadır. Bu yüzden, Amerika Birleşik Devletleri'nde CMM ve anne ölümlerinin seviyesi artmaya devam etmektedir (Hirshberg & Srinivas, 2017).

Anne ölümleri ve sezaryen doğum arasındaki bağlantı literatürde oldukça tartışılan bir konudur. Sezaryen doğum oranlarıyla ilgili olarak, DSÖ'nün 1985 yılında düzenlemiş olduğu konferansta perinatal ölümlerin düşük olduğu ülkeler referans alınarak sezaryen doğum oranının %15'i geçmemesi tavsiye edilmiştir (WHO, 1985). Sezaryen doğumların anestezi komplikasyonları, doğumda enfeksiyon riski ve venöz tromboembolizm gibi sebeplerle anne ölümlerini arttırdığı, çoklu sezaryen doğumların ise plasentanın rahim ağzına yerleşmesi veya rahim duvarına yapışması olasılığını arttırdığını ve bu durumun anne ölümlerine sebep olduğunu öne süren çalışmalar (Hirshberg & Srinivas, 2017; Deneux-Tharaux vd., 2006; Solheim vd., 2011) olduğu gibi sezaryen doğumların anne ölümlerini azalttığını söyleyen çalışmalar da (Molina vd., 2015; Clark, 2012; Uzuncakmak & Ozcam, 2016) vardır. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye 194 ülke için 2005 ile 2012 yılları arasındaki yıllık sezaryen doğum oranlarını ele alan bir çalışmada, DSÖ'nün belirlediği ideal sezaryen oranının (%10-15) düşük olduğu belirtilmiş ve yaklaşık olarak %19'a varan sezaryen doğum oranları ile daha düşük anne veya yenidoğan ölüm oranı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Molina vd., 2015). Amerika için yapılan bir çalışmada sezaryenle doğum yapan kadınların, vajinal yolla doğum yapanlara göre 10 kata kadar daha yüksek oranda ölüm riski taşıdığı belirtilmektedir (Clark, 2012). Ancak yazarlar, bu analiz sonucunun sezaryen ile ilişkili ölümlerin büyük çoğunluğunun işlemin kendisinden değil, sezaryene yol açan altta yatan durumdan kaynaklandığını ileri sürmektedir. Sezaryen ve anne ölümleri ilişkisini inceleyen çalışmalarda yaygın bir hata sezaryenin, aslında anne ölümüne yol açan sebeplerle yapılmasından ziyade anne ölümüne neden olduğu varsayımını içermesidir (Clark, 2012).

Gebelik sırasında madde kullanımı da anne ölüm riskini arttırmaktadır. Birleşik Krallık ülkeleri için yapılan bir çalışmada (McCall vd., 2017) 35 yaş ve üzeri kadınlarda anne ölüm olasılığını arttıran beş faktör öne çıkmaktadır: Gebelik sırasında sigara içmek, annenin ileri yaşta olması, önceden var olan kronik hastalıklar, önceki gebelik sorunları ve doğum öncesi bakımın yetersiz kullanımı. Önemli bir bulgu olarak bu çalışmada, 35 yaş altı annelerde sigara kullanımının anne ölümleri üzerinde önemli bir risk oluşturmadığı, 35 yaşından sonra anne ölüm riskini arttırdığı bulunmuştur. Çalışmaya göre bu sonuç, 35 yaş üstü kadınların genç kadınlara göre daha uzun süre sigaraya maruz kalmasıyla ilgilidir (McCall vd., 2017). Amerika için yapılan bir çalışmada, gebelik sırasında sigara içmenin plasentanın erken yırtılması veya zarar görmesi riskini arttırdığı vurgulanmaktadır. Gebelik sırasında kullanılan uyuşturucular, anneye verdiği zararların yanı sıra bebeğin gelişimini de etkilemekte; erken doğuma ve bebeğin ortalamanın altında boy ve kiloda doğmasına neden olmaktadır (Creanga vd., 2014).

Güvenli olmayan kürtajlar, anne ölümlerinin ve morbiditelerinin önde gelen ancak önlenemez nedenleri arasındadır. Küresel ölçekte, 2010-2014 yıllarındaki kürtaj verilerinden derlenerek hazırlanan bir çalışmaya göre kürtajların %45'i güvenli değildir (Ganatra vd., 2017). Güvenli olmayan tüm kürtajların üçte biri en az güvenli koşullar altında; yani bu alanda eğitim almamış kişiler tarafından ve tehlikeli yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Güvenli olmayan kürtajların %97'si gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu kürtajların yarısından fazlası, Asya ülkelerinde gerçekleşirken, Latin Amerika ve Afrika ülkelerindeki kürtajların yaklaşık olarak 4'te 3'ü güvenli değildir (Ganatra vd., 2017). DSÖ'nün ölüm veri tabanı kullanılarak 115 ülke için yapılan bir çalışmada, 2003-2009 yılları arasında gerçekleşen anne ölümlerinde kürtajdan kaynaklanan anne ölümlerinin payı dünyada %7,9 olarak hesaplanmış, kürtaj nedeniyle anne ölümlerinin en yüksek olduğu ülkeler ise Latin Amerika (%9,9) ve Sahra altı Afrika ülkeleri (%9,6) olarak saptanmıştır (Say vd., 2014). Tanzanya'da 2006-2010 yıllarında yapılan bir çalışmada kürtaja bağlı komplikasyon, anne ölümlerinin üçüncü doğrudan nedeni olarak bulunmuştur (Manyeh vd., 2018). Say ve diğerleri (2014), yasal olup olmamasından bağımsız olarak, dini ve kültürel algıların



kürtaja bağılı ölümler üzerinde etkili olduğunu vurgulamaktadır (Say vd., 2014).

### *Anne Ölümlerinde Öne Çıkan Demografik Özellikler*

DSÖ, adölesan dönemde olan, kırsal kesimde ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan, daha yoksul toplumlardaki kadınların anne ölüm riskinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (WHO, 2014). Ülke özelinde yapılan çalışmalardan, Omer ve diğerlerinin (2021) Pakistan'ın Güney Punjab bölgesinde yürüttükleri araştırmada, erken evliliklerin yaygınlığına bağılı olarak çocuk ve adölesan yaşlarda doğum yapan kız çocuklarının fazla olduğu belirtilerek, anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden birinin çocuk yaşta evlilikler olduğu gösterilmiştir (Omer vd., 2021; Tessema vd., 2013). Manyeh ve diğerleri (2018) de Tanzanya'nın kırsal kesiminde yürüttükleri bir çalışmada, anne ölüm riskinin 20 yaş altında arttığını ifade etmektedir. Bunun yanında, ileri yaşlarda gebe kalmanın ölüm riskini arttırdığı birçok çalışmada belirtilmektedir (Nelson vd., 2018; McCall vd., 2017). McCall ve diğerlerinin (2017) İngiltere ve Galler özelinde yürüttükleri çalışmalarında 35 yaş üstü hamileliğin anne ölümlerini arttırdığı belirtilmektedir. Bölgesel farklılıklar, refah düzeyi ve sosyo-ekonomik statü de anne ölümlerini etkileyen faktörlerdendir (Manyeh vd., 2018). Tacikistan'da zengin olan Kuzey bölgesi ile daha yoksul olan Güney bölgesi arasında anne ölüm oranları ciddi düzeyde değişmektedir (Miskinzod, 2020). Hindistan'da gecekonduların yoğun olduğu bölgelerde evde yapılan doğumlar yüksek orandadır ve buna bağılı olarak da anne ölümleri bu bölgelerde daha fazladır (Kaur vd., 2018).

Bazı çalışmalar etnik kökenin anne ölümlerinde farklılaştığını ortaya koymaktadır. Örneğin, ABD'de siyahi kadınlar (Chinn vd., 2020; Nelson vd., 2018) ve Hispanikler (Nelson vd., 2018), Çin'de azınlıkların bulunduğu bölgelerde yaşayan kadınlar (Ren vd., 2017) ve İspanya'da göçmen kadınlar (Blagoeva Atanasova vd., 2018) buldukları bölgelerde daha fazla anne ölümü yaşamaktadırlar.

Kadınların statüsü üzerinde belirleyici bir faktör olan eğitim düzeyi ile anne ölümleri arasında ters bir ilişki söz konusudur. Kadınların ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmeti alabilmesi, gerektiği zaman kendi başına karar alabilmesi, evliliklerinde söz sahibi olması gibi birçok alanda kadınların eğitim düzeyleri etkilidir. Omer ve diğerlerinin (2021) farklı gruplarla görüşerek anne ölümleri üzerine yürüttükleri nitel araştırma, eğitim düzeyindeki düşük seviyenin kadının statüsünü etkilediğini ve gebelikte istenen sağlık bakımını almada engel oluşturduğunu göstermiştir. Eğitim düzeyindeki artış erken evliliklerin ve dolayısıyla adölesan dönemdeki gebelik riskinin azalmasını da etkilemektedir (Omer vd., 2021). Nelson ve diğerlerinin (2018) çalışmasında, Amerika'daki anne ölümlerinin azaltılmasında doğum öncesi bakıma erişimin çok önemli olduğu ve doğum öncesi bakım alan kadınlarda eğitim düzeyinin oldukça etkili olduğu belirtilmektedir.

Kadınların medeni durumları da dolaylı olarak anne ölümlerini etkilemektedir. Bekâr olan, eşi ölmüş olan veya eşinden ayrı olan kadınlarda kürtajdan kaynaklı ölümlere rastlanmaktadır. Bu durum, toplumsal normlarla ilgilidir ve evlilik dışı gebelikte kadınlar güvenli olmayan yollardan kürtaja başvurarak yaşamlarını tehlikeye atmaktadır (Manyeh vd., 2018; Say vd., 2014; Shah ve Ahman, 2009).

### *Anne Ölümlerinin Sosyo-kültürel Belirleyicileri*

Kadınların içinde yaşadıkları toplumun kültürü, karar alma mekanizmalarını doğrudan etkileyen baskın faktörlerden biridir. Kültürel bakım teorisinde (Leininger, 1996) kültür kavramı "öğrenilen, paylaşılan ve nesiller arası aktarılan değerler, inançlar, normlar, kalıplar ve uygulamalar" olarak tanımlanmaktadır. Kültürel bakım teorisi, hemşirelik ve ebelikte hasta bakımına daha kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımı teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bu teoride hastanın sağlık ve iyilik anlayışının belirlenmesinde hastanın ait olduğu kültürün önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Teorinin odak noktası, kültüre uygun bakım vermek veya bakımı insanların yaşam şekline ve değerlerine uyumlandırmaktır. Anne ölümlerini değerlendirirken kültür öğelerinin doğru tanımlanması, ölüm

nedenlerine ilişkin doğru ve yerinde teşhis sağlayacaktır (Evans, 2013).

Kültürün anne ölümlerindeki rolünü ele alan ilk çalışma, Thaddeus ve Maine'nin 1994 yılında yürütmüş olduğu çalışmadır. Bu çalışma, anne ölümlerinin yalnızca ekonomik ve insan kaynağı eksikliğinden kaynaklanmadığını, çok sayıda ve iç içe geçmiş faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Thaddeus ve Maine, 1994). "Üç gecikme modeli" olarak da adlandırılan bu çalışmaya göre önlenebilir anne ölümlerine sebep olan üç farklı gecikme türü bulunmaktadır. Birinci gecikme, hizmet alma kararında yaşanan gecikmedir. Sağlık kuruluşlarının uzaklığı, bakım ve muayene ücretlerinin karşılanamaması ya da bakım kalitesinin yetersiz olması nedeniyle kadınların gebeliğinde sağlık hizmeti almak istememesi veya hizmet alımını ertelemesi birinci gecikme kapsamında değerlendirilmektedir. Bu gecikme türünde karşılaşılan bir diğer sebep de sosyo-kültürel faktörlerdir. Sosyo-kültürel faktörlerin başında gebelikte uyarıcı ya da tehlikeli işaretlerin farkına varılmaması veya acil durumların geç fark edilmesi, yasadışı ya da güvenli olmayan kürtajdan kaynaklı komplikasyonlarda sağlık kurumuna gitmemek, evlilik dışı hamile kalma durumunda toplumsal baskıdan çekinerek durumun olabildiğince gizlenmeye çalışılması ve doğum öncesi bakım için başvurulmaması gibi toplumsal ve kültürel yapıdan kaynaklı sebepler gelmektedir. Sosyo-kültürel faktörler içerisinde hizmet alımında yaşanan gecikmenin sebeplerinden en önemlisi kadının statüsünün düşük olmasıdır (Omer vd., 2021; Tessema vd., 2017; WHO, 2015b). Kadınların eğitimlerinin yüksek olması (Evans, 2013; Thaddeus & Maine, 1994), ekonomik olarak bağımsız hareket edebilmesi ve sağlığı ile ilgili tek başına karar verebilmesi (Kaur vd., 2018; Omer vd., 2021; Evans, 2013; WHO, 2015b) sosyo-kültürel faktörlerden yaşanan gecikmeyi büyük ölçüde azaltmaktadır. Thaddeus ve Maine (1994) birinci gecikmeyi etkileyen faktörlerden sağlık kuruluşlarının uzaklığı ve sağlıkla ilgili maliyetin kültürden daha etkili olduğunu ifade etmekte ve gelişmekte olan ülkelerde bireyler modern tıbbın faydalarını fark ettiği zaman kültürün sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki rolünün azalacağını savunmaktadır.

Üç gecikme modelindeki ikinci gecikme, hizmete ulaşmada yaşanan olumsuzluklardır. Bu durumda kadınlar hizmet almaya karar vermişlerdir ancak sağlık merkezlerinin dağılımı ve yerleşimi, yolun çok uzun olması ya da yolların bozuk olması, sağlık merkezine ulaşım imkanının olmaması ya da maliyetli olması hizmete ulaşmada gecikmeye neden olmaktadır.

Son gecikme türü olan üçüncü gecikme, hizmet sunulması sırasında yaşanan sorunlardan kaynaklanır. Gebe kadının sağlık hizmeti alacağı yere ulaşmasına rağmen personel sayısının yetersizliği, alanında yetkin yeterli sayıda kadar personel olmaması, kurumun yeterli donanımının olmaması, ilaç ve malzeme yetersizliği gibi durumlar hizmet almada gecikmeye neden olmaktadır (Thaddeus ve Maine, 1994).

Evans (2013) çalışmasında kültürel uygulamalardan kaynaklanan anne ölümlerini doğrudan zarar verenler, eylemsizliğe neden olanlar ve sağlık hizmeti alımını etkileyenler olmak üzere üç başlıkta incelemiştir. Doğrudan zarar veren kültürel uygulamalar hamilelik sırasında kadına doğrudan zarar veren ve anne ölümlerine neden olan pratiklerdir. Okafor ve Rizzuto'nun (1994) Nijerya kırsalında yürüttükleri çalışmada, gebe kadınlara uygulanan eti, yumurtayı ve balığı sınırlamak gibi diyetler doğrudan zarar veren uygulamalara örnek olarak gösterilebilir. Böyle bir durum gebe kadınlarda altta yatan anemiye ortaya çıkarabilecek ve kanamadan dolayı ölüm riski artıracak uygulamalardır (Okafor ve Rizzuto, 1994). Eylemsizliğe neden olan uygulamalar, gebelikte karşılaşılan riskleri hiç fark etmemek, durum fark edilse de çareyi sağlık kurumları yerine kültürel inançlarda aramaya sebep olan pratiklerdir. Örneğin, Afrika ülkelerinden Benin'deki bazı topluluklarda, Fas ve Meksika'daki bazı kültürlerde doğum sonrası kanama gerekli, sağlıklı ve temizleyici olarak görülmektedir (Thaddeus ve Nangalia, 2004). Endonezya ve Hindistan'daki bazı topluluklarda ise doğum sonrası kanamaya birtakım kötü ruhsal güçlerin sebep olduğu düşünülmekte ve kan kaybı yaşayan kadından uzak durulmaktadır (Thaddeus ve Nangalia, 2004). Son olarak, sağlık hizmeti alımını etkileyen uygulamalar, kadının yetersiz doğum öncesi bakım almasına neden olan,

toplumsal baskıdan kaynaklanan durumlardır. Hindistan'da bazı kesimlerde erkek çocuk isteğinden dolayı kadınlar fazla doğum yapmakta ve iki veya daha fazla gebelik yaşamış olan kadınlar ayrımcılığa maruz kalacağı veya saygısızlığa uğrayacakları düşüncesiyle doğum öncesi bakım almamaktadırlar. Bunun yanında, evde yapılan önceki doğumların sorunsuz olması kadınlarda güven yaratmakta ve doğum öncesi bakıma gerek duymamalarına neden olabilmektedir (Kaur vd., 2018; Evans 2013).

### *Anne Ölümünde Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Faktörler*

Sağlık sistemlerinin amacı, toplum için ulaşılabilir en yüksek sağlık standardını sağlamaktır. Bu amaca ancak temel hizmetler hazır olduğunda, rasyonel olarak dağıtıldığında ve kullanıldığında ulaşılabilir (Calvillo vd., 2013). DSÖ, sağlık sisteminin güçlü olmasını 6 temel faktöre dayandırmaktadır: yönetim, sağlık hizmetlerinin finansı, sağlık alanındaki işgücü, tüm tıbbi ürünler (cihazlar ve aşılar dahil), bilgi ve araştırma ve son olarak hizmet sunumu (WHO, 2007). Sağlık sistemlerinin önemi anne ölümleri özelinde ele alındığında, üç gecikme modelinde belirtilen ikinci ve üçüncü gecikme doğrudan sağlık sistemiyle ilgili faktörlerdir. Bu anlamda ülkelerin sağlık sistemlerini DSÖ'nün belirlediği 6 faktör açısından ele alması ve gereken alanlarda iyileştirmeler yapması elzemdir. Anne ölümlerinde sağlık sisteminden kaynaklanan faktörler gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal kesimlerde daha belirgindir. Örneğin, Combs Thorsen ve diğerlerinin (2012) çalışmasına göre, Malawi'de yoksul, eğitim seviyesi düşük olan kadınlar sağlık kurumuna ulaşmada bir problem yaşamamaktadır ancak sağlık kuruluşunda yeterli ve zamanında tedavi almakta sorun yaşamaktadır. Çalışmada, kaliteli sağlık hizmetine ulaşmada sorun yaşandığına ve donanımlı personelin azlığına dikkate çekilmektedir (Combs Thorsen vd., 2012). Amerika'da sağlık sisteminde karşılaşılan problemlerin başında yeterli sağlık sigortasına erişim eksikliği gelmektedir (Chinn vd., 2020). Hastanelerde kaynak azlığı ve doğum için yeterli donanımın olmaması ile kırsal alanlardaki doğum ünitelerinin kapatılması doğum sırasında hizmete erişimde büyük sorun oluşturmaktadır (Chinn vd., 2020). Çin'in Sichuan bölgesinde yürütülen bir çalışmaya göre (Ren vd., 2017), sağlık sistemine erişim açısından eşitsizlikler söz konusudur. Azınlık nüfusun bulunduğu yerleşim yerlerinde sağlık altyapısı ve anne sağlığı bakımı hizmetleri, diğer bölgelerin gerisinde kalmıştır. Ayrıca çalışmada, azınlık nüfusun olduğu bölgelerde, 2002-2014 yılları arasında nitelikli doktor sayısında azalma olduğu gösterilmiştir (Ren vd., 2017). Hindistan'ın kentsel bölgesinde yapılan bir çalışmada, hastanede gerekli ekipman olmaması nedeniyle anne ölümlerine rastlanmıştır (Kaur vd., 2018). Bu çalışmaya göre doğumdan sorumlu doktorun doğum zamanında hastanede bulunmaması veya doğuma geç kalması da Hindistan'ın sağlık sistemindeki başka bir eksiklik olarak belirtilmiştir. Etiyopya'daki bir çalışmada 1990-2013 yıllarındaki anne ölümleri incelenmiş ve yüksek oranda adölesan anne ölümü tespit edilmiştir. Çalışmada, yüksek adölesan anne ölümlerinin en önemli sebebinin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğu ifade edilmektedir. Bu durum, aile planlaması alanında sağlık sisteminden kaynaklanan bir eksiklik olduğunu göstermektedir (Tessema vd., 2017).

### *Veri Kalitesi ve Kayıt Sistemi*

Anne ölümlerinin iyi takip edilebilmesi, gerekli ve zamanında önlemlerin alınabilmesi ancak iyi işleyen bir kayıt sistemiyle mümkündür. Kayıtların tam olmadığı, yanlış veya eksik bilgilerin kaydedildiği ve denetimlerin yapılmadığı bir kayıt sistemiyle anne ölümlerini tam olarak anlamak ve gerekli çözümleri sunmak zorlaşır. Veri mevcudiyeti ve kalitesine ilişkin küresel bir değerlendirmede bulunan bir çalışma, veriyle ilişkili iki temel sorundan söz etmektedir (Say vd., 2014). İlk sorun, verinin mevcut olmamasıdır. Verisi olmayan ülkelerde genellikle ölüm oranları yüksektir ve modellemeye dayalı sistem ile tahminler elde edilmektedir. İkinci sorun ise, verinin eksik olmasıdır. Bu durumda, ölüm nedenleri, özellikle dolaylı ölüm nedenleri doğru tespit edilememekte ve iyi tanımlanamamaktadır (Say vd., 2014).

Bunun yanında bazı anne ölümlerinin sınıflaması net olarak yapılamamaktadır. Örneğin, intihardan kaynaklı anne ölümleri bazı durumlarda tesadüfi olarak kabul edilirken, bazen de doğrudan veya dolaylı anne ölümleri içinde

rapor edilmektedir (Say vd., 2014). Bazı ölüm nedenlerinin kaydı özel hassasiyet gerektirmektedir ve doğru tespit edilmesi elzemdir. Özel hassasiyet gerektiren ölüm nedenlerinin başında kürtaj ve HIV/AIDS kaynaklı anne ölümleri gelmektedir. Say ve diğerlerinin (2014) çalışmasında, kayıtlarda %7,9 oranında kürtaja bağlı anne ölümü varken, tahminlerde bu oranın %13 olduğu belirtilmektedir. Güvenli olmayan kürtajın sınıflandırılması, eksik bildirim yol açabilecek yanlış sınıflandırma riskini barındırmaktadır. İsteyerek kürtajın yasal olduğu durumlarda bile, birçok ülkede dini ve kültürel algılardan dolayı, kadınlar kürtaj girişimlerini açıklamamakta ve vefatı durumunda yakınları da bildirememektedir. Böyle bir durumda, anne ölümlerinin toplam sayısı etkilenmese de eksik bildirim nedeniyle kürtaja bağlı ölümlerin olduğundan düşük bulunmasına sebebiyet verebilir (Say vd., 2014; WHO, 2015a). HIV/AIDS'e bağlı dolaylı anne ölümlerinin eksik bildirim ve yanlış sınıflandırılması da başlı başına bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Say vd., 2014; WHO, 2015a).

Chinn ve diğerleri (2020) ABD'nin anne ölümleri kayıt sistemini ve veri kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında bilinmeyen nedenlerden kaynaklanan anne ölümlerinin fazla olduğunu, anne ölümlerinin fazla ya da eksik kaydedildiğini ve ICD-10 kodlamasında hata yapıldığını belirtmiştir. Bunların yanı sıra tesadüfi nedenlerden kaynaklanan anne ölümlerinde nedenin doğru saptanamadığından bahsedilmektedir (Chinn vd., 2020). ABD'de yapılan başka bir çalışmada, 40 yaş ve üzeri anne ölümleri ile ölüm nedeni bilinmeyen anne ölümlerinde mükerrer kayıtların fazla olduğu saptanmıştır (Macdorman vd., 2018; Macdorman & Declercq, 2018). Miskinzod (2020) çalışmasında Tacikistan'daki anne ölüm kayıtlarının tam olmadığını, eksik bildirim nedeniyle anne ölümlerinin olduğundan az görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Veri kalitesinin iyileştirilebilmesi için bazı tedbirler önerilmektedir. Anne ölümlerinin tam olarak kayıt altına alınabilmesi için sadece doğuma değil, doğum sonrasındaki sürecin takibine de odaklanmanın önemi vurgulanmaktadır (Macdorman vd., 2018). Kadınların gebelik dönemine dair kayıtlarını kapsayan ancak doğumdan hemen sonra takibi bırakan sistemler, anne ölümlerinin önemli bir bölümünün doğumdan sonra meydana geldiği gerçeğini göz ardı etmektedir (Macdorman vd., 2018). Aynı zamanda periyodik olarak veri doğrulama çalışmalarının yapılması, veriyi toplayan ve yayımlayan kurumların anne ölümleri mevcut kodlama yöntemlerinin sistematik bir değerlendirmesini üstlenmeleri ve uluslararası standartlar ile uyumlu ve bilimsel alternatif yöntemler geliştirilmesi önerilmektedir. Riley ve diğerleri (2019) anne ölümlerinin nedenlerini belirlemek için sözel otopsinin yalnızca aileye değil, aynı zamanda gebeliğin ayrıntılarını bilen sağlık çalışanlarına da uygulanmasını önermekte ve böylece anne ölümlerine ilişkin kaydın güvenilirliğinin arttırılacağını ifade etmektedir (Riley vd., 2019).

### *Anne Ölümlerinin Çocuklar ve Aileleri Üzerindeki Etkileri*

Anne ölüm oranlarında ülkeler arasında ve hatta ülkelerin kendi içinde önemli düzeyde eşitsizlikler görülmektedir. Düşük gelirli ülkelerde anne ölümü riski yüksek gelirli ülkelere göre 42 kat daha fazladır (WHO, 2019). Aynı zamanda ülkelerin kendi içinde de yoksul bölgelerde anne ölüm riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Ronsmans vd., 2006). Anne ölümlerinin büyük bölümünün yoksul veya düşük gelirli ülkelerde yaşanması, anne ölümlerinin geride kalanlara etkisini araştıran çalışmaları da bu bölgelere yoğunlaştırmaktadır (UNFPA 2012; Family Care International, 2014). Yoksulluğun yanında anne ölümünü de deneyimlemek geride kalanlarda, özellikle çocuklarda hayatı daha da zor hale getirmektedir. Anne ölümünün çocuklar ve aileler üzerindeki etkisinin, üreme çağındaki bir kadının anne ölümü olarak sınıflandırılmayan sebeplerle ölmesinin bıraktığı etkiye göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Anderson vd., 2007). Örneğin, Haiti için yapılan bir çalışmaya göre (Anderson vd., 2007), bir ailede anne ölümü yaşandığında, o ailenin 12 yaşından küçük bir çocuğunu kaybetme olasılığı %55 artmaktadır. Anne ölümünden sonra çocuğun bakımını genellikle anne tarafından akrabalar üstlenmektedir (Bazile vd., 2015). Çocuğun bakımını baba tarafından üstlenildiği durumlarda genellikle babalar tekrar evlenmekte ve çocuğun bakımına üvey anne de yardımcı olmaktadır (Molla vd., 2015; Yamin vd., 2013).

Öksüz kalan çocukların iyi bakım almalarında birtakım engeller söz konusudur. Yenidoğanların süt veya mama gibi ihtiyaçlarının karşılan(a)maması, aşılarının zamanında yaptırılmaması gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Öte yandan, öksüz kalan bebeklerin büyük çoğunluğu hiç emzirmemiştir. Ayrıca, mama fiyatlarının yüksek olması çocukların çoğunun inek sütüyle beslenmesine neden olabilmektedir (Yamin vd., 2013). Bu durum bebeklerde mide rahatsızlıklarına neden olmaktadır. Malawi özelinde yapılan bir çalışmaya göre, biraz daha büyümüş öksüz çocuklar yetersiz protein ve düşük kalori alımı riskiyle karşılaşmaktadır (Bazile vd., 2015). Anne ölümü yaşamış çocuklar eğitim konusunda da geri planda kalmaktadır. Anneleri ölmüş çocuklar genelde okula başladıktan bir süre sonra eğitimlerini bırakmaktadır. Eğitimin yarım kalmasının en temel sebepleri arasında çocukların, bakımlarını üstlenen aileye yardımcı olmak amacıyla ev içi veya ev dışında görevler alması gelmektedir (Bazile vd., 2015; Molla vd., 2015; Yamin vd., 2013). Bunun yanı sıra, anne ölümünün kız çocuklarında daha yıkıcı bir etkisi olduğu söylenebilir. Böyle bir durumda kız çocukları genelde ev işi ve daha küçük kardeşlerin bakımını üstlenmekte, erken yaşta evlenmeye zorlanmakta/teşvik edilmekte ve dolayısıyla eğitimlerini yarıda bırakmaktadır (Bazile vd., 2015; Molla vd., 2015; Yamin vd., 2013).

### *Anne Ölümlerinin Azaltılmasında Etkili Politikalar*

Anne ölümlerinde Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarındaki (SKA) hedefi yakalayabilmek adına, UNFPA ve DSÖ'nün ortak olarak oluşturduğu "Önlenebilir anne ölümlerini sona erdirmek için küresel hedefler" (WHO, 2015b) başlıklı raporda 2030'a kadar her ülkenin AÖO'yu 2010 başlangıç noktasına göre en az üçte iki oranında azaltması hedeflenmiş ve üst sınır olarak 100.000 canlı doğumda 140 anne ölümü hedefi belirlenmiştir (WHO, 2015b). Raporda bu hedefleri yakalayabilmek için beş strateji önerilmektedir:

- Cinsel sağlık, üreme sağlığı, anne ve yenidoğan sağlığı hizmetlerine erişim ve hizmetlerin kalitesindeki eşitsizlikleri ele almak,
- Kapsayıcı sağlık hizmetleriyle nüfustaki tüm insanlara ulaşmak ve sağlık hizmetlerinin maliyeti nedeniyle tüm insanları mali zorluklardan koruyarak onlara kapsamlı cinsel sağlık, üreme sağlığı, anne ve yenidoğan sağlığı bakımı sağlamak,
- Anne ölümleri ve üreme sağlığı ilgili engellerin tüm nedenlerini ele almak. Bu başlık altında aşağıdaki tedbirler önerilmektedir:
  - Anne ölüm nedenlerinin kayıt ve bildirim kalitesinde iyileştirmeler yapılması
  - Kürtaj ve HIV gibi eksik bildirilmesi veya yanlış sınıflandırılması muhtemel ölüm nedenlerinin dikkatle takip edilmesi
  - Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı takibinin yapılması
  - Gebeliğe eşlik eden kronik hastalıkların zamanında tespit edilip önlem alınması
- Sağlık sistemlerini kadınların ve kız çocuklarının ihtiyaçlarına ve önceliklerine cevap verecek şekilde güçlendirmek
- Bakım kalitesini ve eşitliği geliştirmek için hesap verebilirliği sağlamak: İlerlemeyi izlemek ve ölüm nedeni hakkında güvenilir bilgi sağlamak için hayati kayıt sistemlerinin güçlendirilmesine özel önem vererek iyileştirilmiş veri mevcudiyeti ve kalitesi elde etmek.

Belirtilen stratejiler küresel olarak belirlenmiş hedeflerdir, ancak her ölüm nedeni farklı stratejiler ve müdahaleler gerektirmektedir. Her ülkenin kendi sınırları içinde meydana gelen anne ölümlerinde acil müdahale gerektiren alanları belirlemesi ve uygulanan politikaların anne ölümlerindeki azalmaya etkisini kontrol etmesi gerekmektedir. Örneğin, çok yüksek AÖO'ya sahip ülkelerin aile planlaması, doğrudan anne ölüm nedenleriyle mücadele ve temel

sosyal ve sağlık sistemi ile temel bakım kalitesini iyileştirme stratejilerine odaklanmaları gerekmektedir. Daha düşük AÖÖ'ya sahip ölkeler, daha farklı riskler ve sağlık sistemi zorluklarıyla karşılaşmaktadır. Bu ölkelerin stratejileri bulaşıcı olmayan hastalıklara ve diğer dolaylı anne ölüm nedenlerine, sağlığı bozan sosyal faktörlere, gereksiz sağlık müdahalelerine ve kişiye özel sağlık hizmeti alanlarına yönelik olmaktadır. Orta seviyede AÖÖ'ya sahip ölkeler ise, anne sağlığı üzerinde etkisi olan dolaylı ve doğrudan nedenlerin eşzamanlı zorluklarıyla karşı karşıya kalmaktadır ve stratejileri de buna göre olmalıdır. Bunun yanı sıra, AÖÖ azaltılırken tüm nüfus gruplarında eşitliğin sağlanması ve alt gruplar arasındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması oldukça önem arz etmektedir (Nyfløt & Sitras, 2018; WHO, 2015b; UNFPA, 2012).

Ölkeler anne ölümlerini azaltmaya yönelik çeşitli politikalar yürütmektedir. Örneğin, Tacikistan'ın anne ölüm oranlarını azaltmada etkili olan politikalarını değerlendiren bir çalışmada, anne ölümlerindeki düşüşün ana nedenlerinden biri olarak acil doğum bakımının iyileştirilmesi gösterilmektedir (Miskinzod, 2020). Bunun yanında, gerekli sağlık kuruluşuna zamanında sevk etmek, özellikle kronik hastalıkları olan ve komplikasyon geliştirme riski yüksek olan gebeler için çok önemlidir ve çalışmada Tacikistan'da zamanında sevk yoluyla da anne ölümlerinin azaltıldığı belirtilmektedir. Tacikistan'da anne ölümlerini azaltmaya yardımcı olan bir diğer düzenleme de gebelikle ilgili ulusal standartların uygulanması olmuştur. Bu bağlamda, belirli obstetrik durumlarda yapılması gerekenler ve reçete edilmesi gereken ilaçlar belirlenmiş ve uygulamaya konulmuş ve böylelikle anne ölümleri azaltılmıştır (Miskinzod, 2020).

Calvello ve diğerleri (2015) İran, Irak, Uganda ve bazı düşük gelirli ölkelerin deneyimlerinden hareketle, anne ölümlerini azaltmak için sağlık tesisindeki altyapıya önemli oranda yatırım yapmak yerine, daha az maliyet ile her ölkede standartlaştırılmış acil durum eğitim kursları uygulanmasının anne ölümlerini azaltmada etkili olacağını savunmaktadır. Bu eğitim kurslarında, sağlık kuruluşlarındaki personelin, hasta bakımının mevcut olduğu bir sağlık kurumuna ulaşana kadar hastanın yaşamını sürdürebilecek müdahaleleri sağlamak için eğitilebileceği ve alanında daha kalifiye personelle anne ölümlerinde belirli bir düzeye kadar iyileşme sağlanabileceği belirtilmektedir. Birkaç ölkede uygulanmış olan bu tür eğitimler sonucunda, gebelikte acil durum tespiti ve gebelerin uygun bakıma sevkinin doğru şekilde yapılma oranı artmış ve anne ölümleri önemli ölçüde azalmıştır (Calvello vd., 2015).

Belirtilen ülke örneklerine ek olarak, doğrudan sağlığı hedef alan politikalardan farklı olarak, kız ve oğlan çocuklarının eğitimi, toplumsal cinsiyet eşitliği gibi dolaylı faktörler de anne ölümlerinin azalmasına önemli katkı sağlamaktadır. Eğitim düzeyinin yükseltilmesi, yoksulluğun azaltılması ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin artırılması anne ölümleriyle ilgili birçok konuda olumlu etki yaratmaktadır (Nyfløt & Sitras, 2018). Afrika, Asya, Latin Amerika ve Orta Doğu bölgelerinden seçilen 29 ülke için yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi ile anne ölümü arasında negatif bir ilişki bulunmuş ve eğitime yapılan yatırım ile anne ölümlerinin önemli derecede azalacağına vurgu yapılmıştır (Tunçalp vd., 2014). Malawi'deki anne ölümlerini değerlendiren bir çalışmada da anne ölümlerinin azaltılmasında yardımcı olacak önlemlerin başında eğitimin artırılması gelmektedir (Combs Thorsen vd., 2012).

### *Covid-19 ve Anne Ölümleri*

DSÖ, ölü doğum ve gebelik komplikasyonları riskini azaltmak ve kadınlara olumlu bir gebelik deneyimi yaşatmak için gebe kadınların doğru zamanda doğru bakıma erişmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Covid-19 ile birlikte sağlık hizmetlerine erişim daha da güçleşmiş ve yeterli doğum öncesi ve sonrası bakıma ulaşım azalmıştır. Latin Amerika ölkeleri için yapılan bir çalışmaya göre Covid-19 ile ölen gebe kadınlar arasında mevcut olan en yaygın hastalıkların başında obezite, hipertansif bozukluklar ve diyabet gelmektedir. Çalışmada ayrıca pandemi döneminde daha da belirginleşen sağlık hizmetlerindeki eksikliğin anne ölümlerine etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Maza-Arnedo vd., 2022). Uganda için yürütölen bir çalışmada Covid-19'dan dolayı sağlık hizmetine erişimin azalmasının anne ölümleri üzerindeki etkisi tahmin edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre,



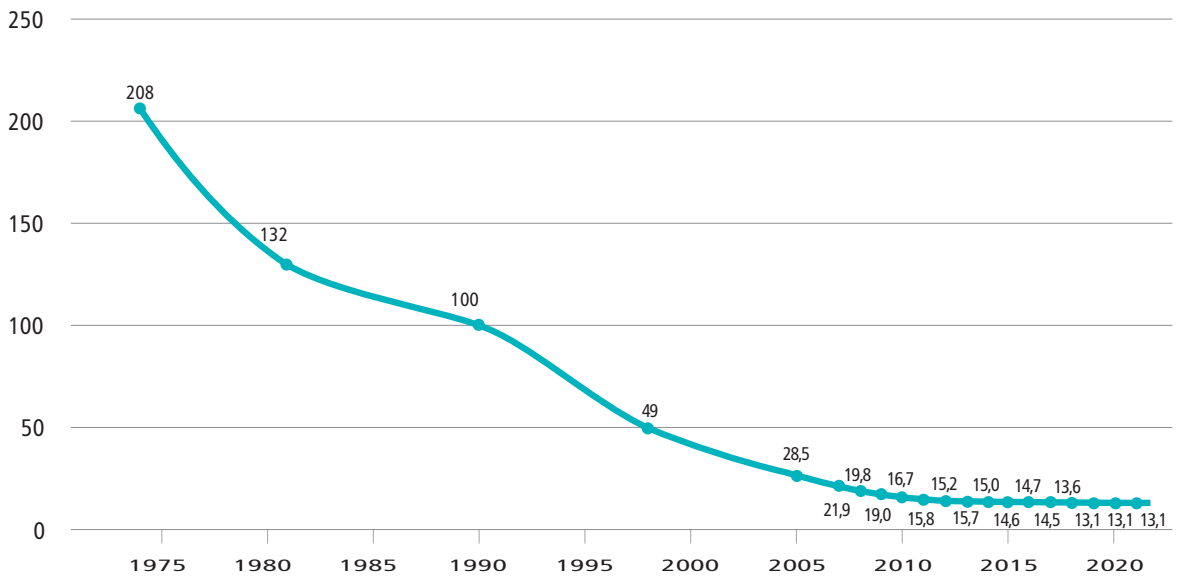
Covid-19 öncesi döneme kıyasla Covid-19 döneminde sağlık hizmetine erişimde %29'luk bir azalma olmuş ve azalmanın olduğu bu dönemde anne ölümlerinde %82'lik bir artış yaşanmıştır (Bell vd., 2020).

Güney Afrika için yapılan bir çalışma da (Pattinson vd., 2021) Covid-19 döneminde anne ölümlerinin %30 arttığını ve bu ölümlerin Covid-19'un dolaylı etkilerinden kaynaklandığını belirtmiştir. Çalışmada ayrıca sokağa çıkma yasaklarının başlamasıyla birlikte doğum kontrolü ve kürtaj gibi sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir düşüş olduğu belirtilmektedir (Pattinson vd., 2021). Covid-19'un anne ölümleri üzerine etkisini Meksika özelinde inceleyen bir çalışma (Lumbreras-Marquez vd., 2020), 308 Covid-19 pozitif hamile kadın arasından ölen 7 kişinin demografik ve klinik özelliklerini incelemiştir. Hayatta kalanlar ile ölenler karşılaştırıldığında, yaşı daha büyük olanlar ile diyabet ve obeziteye sahip kadınların Covid-19'dan ölme oranının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Lumbreras-Marquez vd., 2020). Peru için yapılan bir çalışmada (Gianella vd., 2021) anne ölümlerinin 2019 yılından 2020'ye %102 arttığı belirtilmektedir. Çalışmada bu artışın Covid-19'un dolaylı etkisi olduğu belirtilmekte; doğum öncesi bakımların azalmasından, zamanında teşhis konulamamasından ve sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Gianella vd., 2021). Bu çalışmalara benzer şekilde Hindistan'da karantina uygulamasının Covid-19'un yayılmasını yavaşlattığı fakat bu dönemde toplu taşımanın askıya alınmasıyla birçok gebe kadının acil durumlarda toplu taşımayı kullanmasından dolayı sevk edilen kadınların acil obstetrik bakım hizmetlerinin önemli ölçüde etkilendiği ifade edilmektedir (Kumarı vd., 2020). Bunlara ek olarak, Hindistan'da pandeminin hızla yayılması, gebe kadınlarda endişe yaratmış ve hastaneye gitmemeye neden olmuştur (Kumarı vd., 2020; Goyal vd., 2021).

## Türkiye'de Anne Ölümlerinin Değişimi: Anne Ölümlerinin Azaltılmasına Yönelik Mücadele

Türkiye'de anne ölüm oranlarında zaman içinde önemli bir iyileşme kaydedilmiştir. 1974 yılında 100.000 canlı doğumda 208 olan anne ölüm oranı, 2005 yılında 100.000 canlı doğumda 29'a; 2019 yılında ise, 100.000 canlı doğumda 13'e gerilemiştir. Daha sonra ise, 2020-2021 döneminde 100,00 13 seviyesinde kalarak durağan bir seyir izlemiştir. Anne ölüm oranlarının 1974-2021 dönemi içindeki değişimi Şekil 1'de verilmektedir.

**Şekil 1.** Türkiye'de anne ölüm oranının değişimi, 1974-2021 (100.000 canlı doğumda)



**Kaynak:** DİE (1978); DİE (1993); DPT (2010); T.C. Sağlık Bakanlığı (1998); HÜNEE (2006); TÜİK (2021), Sağlık Bakanlığı (2022a), Sağlık Bakanlığı, (2022b)

Türkiye'nin uluslararası konferans ve sözleşmelerde anne ölümlerine dair verdiği taahhütleri yerine getirip getirmediğini değerlendirdiğimizde karşımıza genel olarak olumlu bir tablo çıkmakla birlikte bazı eksiklikler de göze çarpmaktadır. Kahire Konferansı'nın anne ölümleri hedefleri ele alındığında, Türkiye'nin 2015 yılına ilişkin anne ölüm oranı hedefini 2005 yılı itibariyle yakaladığı; yani anne ölüm oranını 100.000 canlı doğumda 60'ın altına düşürmeyi başardığı görülmektedir (Şekil 1). Ancak, 2005 yılındaki oranlar 12 Bölge düzeyinde incelendiğinde, Kuzeydoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz Bölgelerinde anne ölüm oranının 100.000 canlı doğumda 60'ın üzerinde olduğu ve bu bölgelerde bu hedefin 2005 yılında henüz yakalanamadığı görülmektedir (HÜNEE, 2006).

Binyıl Kalkınma Amaçları doğrultusundaki anne ölüm hedefleri incelendiğinde, Türkiye'nin anne ölüm oranına ilişkin hedefini 2007 yılında yakaladığı ve anne ölümlerini azaltmada oldukça iyi bir ilerleme kaydettiği anlaşılmaktadır (Şekil 1). SKA'da 2030 yılı itibariyle küresel anne ölümlerinin 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşmesi hedeflenmiştir. Türkiye'nin bu hedefi 1990'lı yılların ortalarında yakalamış olduğu görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı rapora göre 2015-2019 yıllarında meydana gelen anne ölümlerinin %45'i önlenabilir anne ölümleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021b). Bu sonuca bakarak Nairobi Zirvesi taahhütlerinden biri olan önlenabilir anne ölümlerinin sifra indirilebilmesi yolunda Türkiye'nin önemli tedbirler ve stratejiler içeren sağlık politikalarına ihtiyacı olduğu söylenebilir.

**Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Anne Ölümlerinin Azaltılmasına Yönelik Tespit ve Stratejiler:** Bu bölümde kamu kurum ve kuruluşlarında anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik tedbirler, uygulamalar, planlar ve stratejiler anlatılmaktadır. Bu kapsamda ilk olarak, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen programlar, planlar ve hedeflere değinilecek , daha sonra T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından belirlenen eylem planları ile T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün plan, politika ve değerlendirmeleri ele alınacaktır.

## T.C. Sağlık Bakanlığı

### *Sağlıkta Dönüşüm Programı*

Türkiye'nin sağlık politikası, 2003 yılında gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile önemli ölçüde değişmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). SDP'nin ilk adımı olarak devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastaneleri tek bir çatı altında toplanmıştır. Daha sonra Aile Hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. İlk önce pilot uygulamalarla başlayan aile hekimliği, 2010 yılı itibariyle ülkenin her yerinde uygulanmaya başlamıştır. Programdaki diğer önemli bir adım da sosyal güvenlik reformudur. Bu reform ile daha önce SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'na bağlı çalışan sigortalılar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmış ve bu uygulamayla sosyal güvenlik sistemindeki dağınık yapıya ve farklı sigortalılık kolları arasındaki eşitsizliklere son verilmesi hedeflenmiştir. Sosyal güvenlik reformunun bir diğer ayağı da herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi amacıyla hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Sosyal güvenlik reformuyla birlikte emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılmış ve sağlık sigortası işlemleri GSS altında toplanmıştır. Bunlara ek olarak, hastaneler özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmüş ve sosyal güvence kapsamında özel hastanelerden faydalanabilmenin önü açılmıştır. SDP kapsamındaki bir diğer uygulama da performansa dayalı ek ödeme sistemidir. Bu sisteme göre, hastanenin döner sermaye gelirinden, personelin unvanı, görevi, çalışma süresi, performansı ve uyguladığı işlemler (ameliyat, anestezi gibi) ile riskli bölümlerde çalışması gibi faktörlere bağlı olarak ek ödeme yapılması hedeflenmiştir (Erkan, 2011). Kayıtların elektronik ortama aktarılması ile hastalıkların doktorlar ve hastalar açısından takibi kolaylaştırılmış, tüm hastaların hem kamu hem de özel hastanelerde devlet tarafından finanse edilen tedavilere başvurmaya olanak sağlanmıştır. Bunun dışında elektronik ilaç takip sistemi kurularak akılcı ilaç



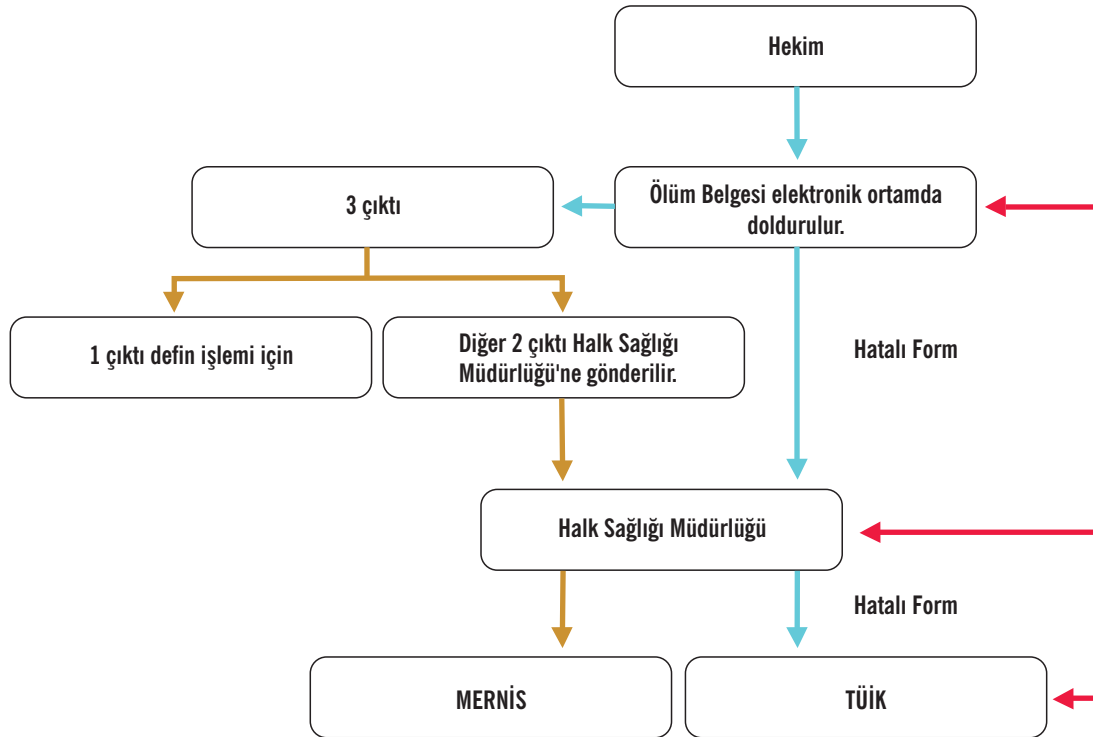
kullanımına geçilmesi amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

### Anne Ölümleri Veri Sistemi

Türkiye’de ölümlerin sınıflanması, Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması (ICD) sistemine göre yapılmaktadır. Ülkemizde 2008 yılına kadar ICD-8 kullanılmış, 2008’den sonra ICD-10 kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye’deki ölüm nedeni istatistikleri 2009 yılı öncesinde TÜİK’in “Ölüm Belgesi” formu aracılığı ile sadece il ve ilçe merkezlerinden derlediği ölüm verilerine dayanmaktadır. 2009 yılından itibaren TÜİK, MERNİS veri tabanındaki tüm ölümler için istatistik üretilmeye başlanmıştır; 2013 yılından itibaren ise ölüm verileri tek bir havuzda toplanarak elektronik Ölüm Bildirim Sistemi’ne (ÖBS) geçiş yapılmıştır. 2013 yılı itibarıyla hem ölümlerin kaydı hem de istatistikler ÖBS’deki verilere dayanılarak yapılmaktadır.

ÖBS’nin işleyişinde, ölüm meydana geldiğinde Ölüm Bildirim Formu hekim tarafından elektronik sistem üzerinden doldurulmakta; formun 1 nüshası defin işlemleri için ölen kişinin yakınlarına diğer iki nüshası da ölüm kaydının yapılabilmesi için MERNİS’e gönderilmektedir. Elektronik ortamdaki ölüm belgesi, ilk önce Halk Sağlığı Müdürlüğü’ndeki kontrolör hekim tarafından kontrol edilmektedir. Ölüm belgesinde herhangi bir hata olması durumunda hatalı form, dolduran hekime geri gönderilmektedir. Daha sonraki aşamada, hatasız olan veya hatası düzeltilen formlar elektronik olarak TÜİK’e gönderilmekte ve kodlama eğitimi almış TÜİK personeli tarafından ICD-10’a göre ölüm nedenlerine ilişkin kodları verilmektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Ölüm Bildirim Sistemi Veri Akışı



ÖBS’de anne ölümleri de yer almasına karşın, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı’nın anne ölümlerine dair yayımladığı istatistikler **Anne Ölümleri Veri Sistemi’nden** gelen verilere dayanmaktadır. **Anne Ölümleri Veri Sistemi**, anne ölümlerini daha dikkatli takip ve tespit edebilmek amacıyla 2007 yılında kurulmuştur. Bu sistem 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) projesi sonucunda oluşturulmuştur. UAÖÇ, Ekim 2004-Aralık 2006 dönemi içerisinde

uygulanan T.C. Sağlık Bakanlığı'nın bir projesidir. UAÖÇ, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH (Almanya), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Türkiye) ve BNB Danışmanlık (Türkiye) firmasından oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüştür. Bu araştırmanın amaçları Türkiye geneli, kent/kır ve 12 bölge (NUTS1) düzeyinde anne ölümleri göstergelerine ilişkin veri sağlamak, önlenebilir anne ölüm nedenlerini tespit etmek, sağlık sisteminden kaynaklanan problemleri ortaya koymak, anne ölümlerinde yüksek risk gruplarını belirlemek, ölüm belgesinde belirtilen ölüm nedenlerine odaklanarak mevcut kayıt ve bildirim sisteminin iyileştirilmesine katkıda bulunmak, politika yapıcılar ve hizmet planlayıcılar arasında anne ölümleri farkındalığını artırmak ve üreme sağlığı politikalarında yol gösterici olmaktır (HÜNEE, 2006). UAÖÇ tamamlandıktan sonra Anne Ölümleri Veri Sistemi kurulmuş ve 2007/27 sayılı genelge ile yürürlüğe girerek kullanılmaya başlanmıştır. Veri sistemindeki akış Şekil 3'te gösterilmektedir.

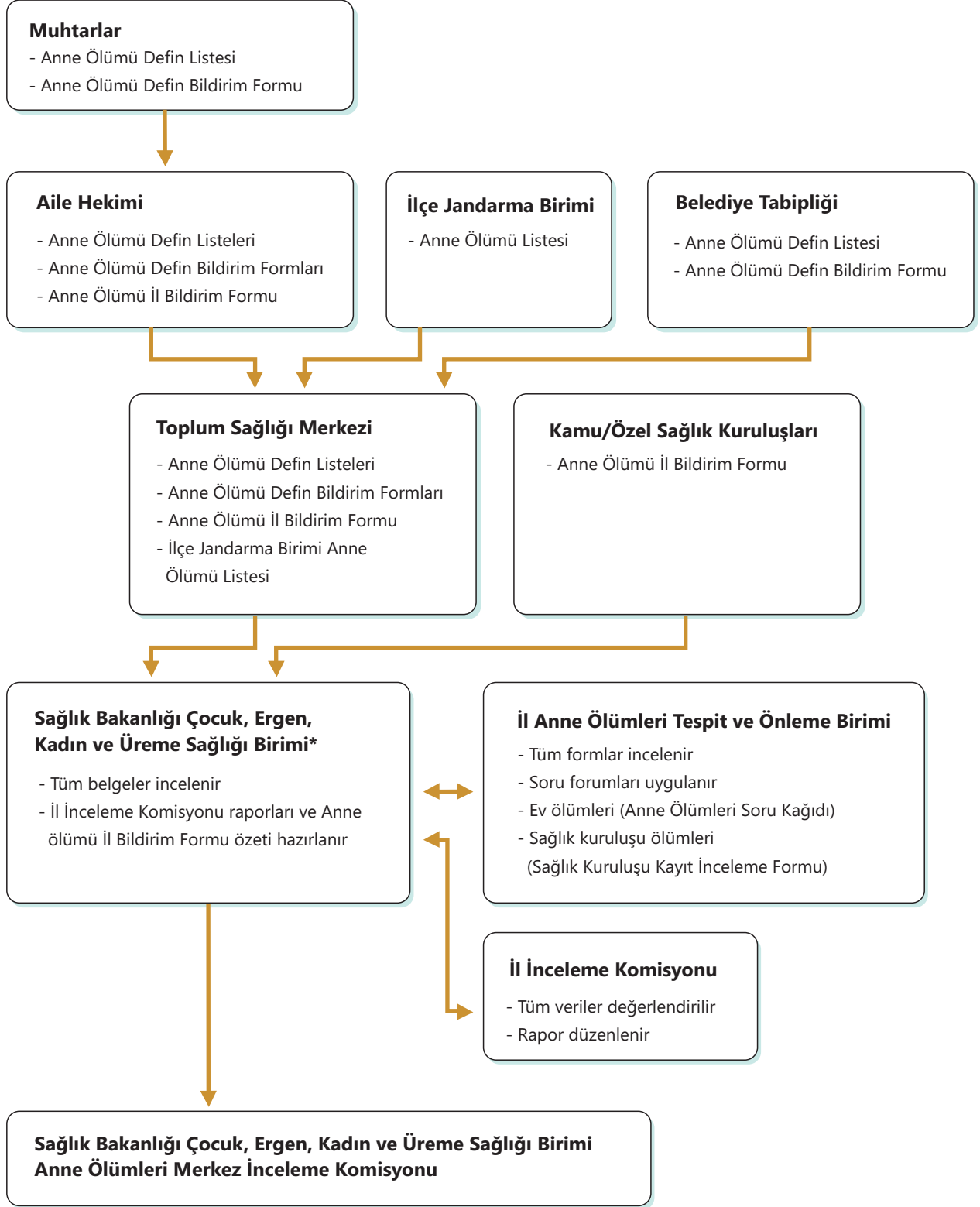
Projedeki nicel veri toplama süreci, Doğurganlık Çağında Ölümlülük Çalışmasındaki (RAMOS) veri toplama stratejisi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. UAÖÇ'de veri toplama aşamasında, 12-50 yaş arasındaki tüm kadın ölümleri ile ilgili detaylı bilgi elde etmek için defin bilgileri 12 ay boyunca prospektif olarak toplanmıştır. Definler hakkında bilgi sağlamada birincil kaynak kırsal bölgelerde köy muhtarları, kentsel alanlarda ise belediyelerin mezarlık görevlileridir. Birincil kaynaklar defin edilen kişinin isim, yaş, cinsiyet, ölüm yeri ve ölen kişilerin yakınlarına ait iletişim bilgilerini toplamıştır. Eğer ölüm, sağlık kuruluşunda gerçekleşmişse veya ölen kadının ölüm esnasında yanında sağlık personeli varsa, ölen kadına ait sağlık kayıtları incelenmiş ve/veya sorumlu doktor/sağlık personeli ile görüşülmüştür. Ölüm esnasında sağlık personeli yoksa veya ölüm nedeni tespit edilememiş ise, ölen kadının ailesiyle sözel otopsi görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Bu sürecin sonunda, tüm kayıtlar Merkezi İnceleme Komitesi tarafından incelenerek ölüm nedenleri ve gecikme modeli analizleri yapılmıştır. UAÖÇ projesi sonunda Türkiye geneli AÖO 100.000 canlı doğumda 28,5; gebeliğe bağlı ölüm oranı (GBÖO) ise, 100.000 canlı doğumda 38,3 olarak bulunmuştur (HÜNEE, 2006).

### Stratejik Plan (2019-2023):

Sağlık Bakanlığı anne ölümlerinin azaltılması konusunu her zaman öncelikli konular arasında dile getirmiş ve planlarında anne ölümlerinin azaltılmasına yer vermiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2022a). Sağlık Bakanlığının en güncel stratejik planında 2023 yılına kadar AÖO'nun 100.000 canlı doğumda 13'e düşürülmesinin hedeflendiği belirtilmektedir. Bu planda anne ölümlerine dair durum analizine yer verilmekte ve son 5 yıldaki anne ölümlerinin çoğunlukla postpartum dönemde meydana geldiği ve bu döneme odaklanmanın anne ölümlerini azaltmada faydalı olacağına vurgu yapılmaktadır. Amaç 4'ün altında bazı hedefler belirlenmiştir. Bunlar arasında anne ölümleriyle ilgili olanı "Hedef 4.2: Anne sağlığına yönelik koruyucu tedbir ve destek sağlayacak sistem geliştirilerek anne ölümlerini en aza indirmek"tir. Bu hedef altında öncelikle durum tespiti yapılmış ve ihtiyaçlar belirlenmiştir. Son olarak ihtiyaçlara yönelik stratejiler belirlenmiştir. Anne sağlığına yönelik olarak planda belirtilen ihtiyaçlar şu şekildedir:

- Riskli gebeler için öncelikli randevu sistemi ile hekime uyarı sistemi oluşturulması
- Risksiz gebeliklerde primer sezaryen oranı yüksek sağlık kuruluşları ve profesyonellere yönelik gerekli denetimlerinin sıklaştırılması
- Gebe danışma hattının kurulması ve yaygınlaştırılması
- Hastanelerde rahat doğum odası sayılarının artırılması
- Normal doğumun teşvik edilmesinin sağlanması ve doğal yöntemlerin desteklenmesi

Şekil 3. Anne Ölümleri Veri Sistemi Veri Akışı



\* 25/05/2018 tarihinde yayımlanan "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği" ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinin ismi Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi olarak değiştirilmiştir.

Bu ihtiyaçlara yönelik olarak belirlenen stratejiler şunlardır: Sağlık çalışanlarının anne sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi seviyesinin yükseltilmesi, riskli gebeliklerin yakın takibinin sağlanması, gebelikte ve doğumda sevk süreçlerinin doğru bir şekilde uygulanması, gebelikte ve doğum sonrası komplikasyon ihtimaline karşı insan kaynağı ve altyapı iyileştirilmelerinin yapılması, primer sezaryen oranının azaltılması, gebelik sonrası takip sürecinin tasarlanması, vatandaş ve sağlık çalışanlarının anne sağlığına ilişkin farkındalıklarının artırılması.

**T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (1960-2011), T.C. Kalkınma Bakanlığı (2011-2018), T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2018- )** : Anne ölümlerinin azaltılması hedefi ilk kez Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) yer almıştır. Sosyal hedef, ilke ve politikalar bölümündeki 755 No.lu ilkesinde "Temel sağlık hizmetleri sistemi içinde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hizmet açığı bulunan; özellikle doğurganlık, bebek ve anne ölüm oranı yüksek plan ve hizmetlerden yeterince faydalanamayan kesimlere ulaştırılmasına öncelik verilecek, hizmetin etkinliği ve sürekliliği sağlanacaktır" ifadesi yer almıştır (DPT, 1989).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000), sosyal gelişmelerin değerlendirilerek bu alanda daha fazla çabaya gereksinim olduğu ifade edilmiştir:

"Bebek ölümleri, 5 yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri, bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeyi göstergelerinde yeterli iyileşme sağlanamamıştır. Bu yetersizlik sadece sağlık sektörüyle ilgili sorunlardan değil çevre, beslenme, eğitim, konut, gelir dağılımı, temiz kullanma ve içme suyu temini gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır." (DPT, 1995)

Planın ilkeler bölümünün çocuk başlığı altında anne ölümlerinin azaltılmasına değinilmiştir:

"Çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla, çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına, çocukların sağlıklı beslenmesine, anne ölüm hızının düşürülmesi ve doğurganlığın düzenlenmesinde özgür ve bilinçli seçim yapılmasını sağlayacak yönde ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli olarak artırılmasına, toplumun tüm bireylerinin bu konularda eğitilmesine ve bilinçlendirilmesine ağırlık verilecektir" (DPT, 1995).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) ve Dokuzuncu Kalkınma Planında (2007-2013) anne ölümlerinden söz edilmemekte, çocuk ve anne sağlığından söz edilmektedir.

"Genç bir nüfus yapısına sahip olan ülkemizde 0-14 yaş grubu nüfusun payının 1995 yılındaki yüzde 32,8 seviyesinden 2000 yılında yüzde 30,0'a gerilediği, buna karşılık aynı dönemde 15-64 ve 65 + yaş gruplarının payının arttığı tahmin edilmektedir. Doğurganlık düzeyi ve anne ve çocuk sağlığına ilişkin göstergelerde yerleşim yerleri ve bölgeler itibarıyla farklılıklar devam etmekte, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan bebek ve çocuk ölümleri önemini korumaktadır" (DPT, 2000).

"Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir" (DPT, 2006).

Sağlıkta Dönüşüm Programının değerlendirildiği, Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018) anne ölüm oranlarındaki azalma şu ifadeler ile açıklanmıştır:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır... Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş ve doğuşta beklenen yaşam süresi yükselmiştir...” (T.C.Kalkınma Bakanlığı, 2013).

**Onuncu Kalkınma Planında**, Anne ölüm oranının 2018 yılı itibariyle 100.000 canlı doğumda 9,5'e düşürülmesi hedeflenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Bu plan döneminde, ne yazık ki belirlenen hedefe ulaşılamamıştır. On birinci Kalkınma Planında (2019-2023) ise, AÖO hedefi daha yukarıya çekilmiş ve 2023 yılı için 100.000 canlı doğumda 13 olarak belirtilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

**2021 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı:** Bu programda anne ölümlerindeki yıllar içindeki azalma vurgulanmakla birlikte, doğrudan anne ölümlerinin azaltılmasını hedefleyen bir strateji yer almamaktadır. Programda yer alan politika ve tedbirler daha çok kadınların güçlendirilmesine ve kadına yönelik şiddetin ve erken yaşta ve zorla evliliklerin önlenmesine yöneliktir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020).

**T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Kadının Statüsü, Genel Müdürlüğü (KSGM):** Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023'te , anne ölümleri ve anne-çocuk sağlığına yönelik mevcut durum analizi yapılmaktadır. Anne ölümleri ve anne sağlığına yönelik yapılan tespitler arasında erken yaşta evliliklerin anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri, kırsal alanda yaşayan kadınlar ile mevsimlik kadın işçiler arasında anne ölüm oranının yüksekliği, sezaryen doğum oranlarının artışı ve bu oranların azaltılması için ebelik sisteminin güçlendirilmesi, gebelik takibi ve doğumu yönetme kültürünün minimum müdahaleli, hasta haklarına saygılı, hasta merkezli anlayışa dönüştürülmesinin gerekliliği, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin ve doğum odalarının artırılması ve sağlık personelinin gebelik ve doğuma ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yer almaktadır. (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-KSGM, 2018). Bu raporun dışında KSGM 1990 yılındaki kuruluşundan bu yana pek çok raporda kadın sağlığının iyileştirilmesi ile anne ölümlerinin azaltılması konularına vurgu yapmaktadır (T.C. Başbakanlık-KSGM, 2008; T.C. Başbakanlık-KSGM, 2010; T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-KSGM, 2012; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı-KSGM, 2022).

**Sivil Toplum Kuruluşlarında (STK) Anne Ölümlerine İlişkin Çalışmalar:** Anne ölümleri konusunda STK'ların yaptığı çalışmalar incelendiğinde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları (CİSÜ) Platformu ve Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması (TAP) Vakfı'nın projeleri ve çalışmaları öne çıkmaktadır. CİSÜ Platformu ve TAP Vakfı'nın birlikte hazırladığı raporda (Yılmaz, 2020), anne sağlığı hizmetleri, gebeliği önleyici yöntemler ve aile planlaması ve cinsel sağlık ve esenlik temalarında pandemi öncesi ve sırasındaki hizmetlere değinilmekte ve bu konularda önerilerde bulunmaktadır. CİSÜ Platformu ve TAP Vakfı'nın birlikte hazırladığı diğer bir raporda “Pandemi döneminde güvenli annelik” teması ele alınmakta ve bu raporda özellikle Covid-19 ve gebelik konularında önerilerde bulunmaktadır (CİSÜ Platformu, 2021). Başka bir raporda CİSÜ Platformu'nun yürütücülüğünü yaptığı Türkiye'deki cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleriyle ilgili nitel görüşmelerin sonuçlarına yer verilmiştir. Bu çalışmada hem hizmet sunucular hem de hizmete ihtiyacı olan kişilerle görüşmeler yapılmıştır. Nitel araştırmanın sonuçlarında anne ölümlerinin azaltılmasında doğum öncesi bakım ve diğer obstetrik hizmetlerin niteliğinin artırılması, yoksul ve kırsal kesimin hizmete erişiminin artırılması, gebeliği önleyici yöntemlerinin sağlanması ve çocuk yaşta erken ve zorla evliliklerin önüne geçilmesinin önemine değinilmiştir (Esin vd., 2021).

## Türkiye’de Anne Ölümlerine İlişkin Literatür

Türkiye’de anne ölümleriyle ilgili sosyal bilimler alanındaki çalışmalar bu konuyu ağırlıklı olarak anne ölümlerini arttıran/azaltan risk faktörleri çerçevesinde veya üç gecikme modeli çerçevesinde ele almaktadır.

Gebeliğe eşlik eden kronik sorunlar anne ölümleri için önemli bir sorun alanı olarak belirlenmiştir. Sanisoğlu ve diğerlerinin (2017) 2013 yılı için yapmış olduğu bir çalışmaya göre sezaryen doğum, obezite ve kalp hastalıkları gebelikte önemli risk faktörleridir. Bunlara bağlı olarak pulmoner emboli ile ilişkili AÖO’yu azaltmak için tüm risk faktörlerinin izlenmesi ve ilgili semptom ve bulguların zamanında tanınması son derece önem taşımaktadır (Sanisoğlu vd., 2017). Türkiye geneli için yapılan bir çalışmaya göre, 2012- 2015 döneminde en sık karşılaşılan dolaylı anne ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (Gülümser vd., 2019). Engin-Üstün ve diğerleri (2012), 2007–2009 dönemindeki tüm anne ölümleri içinde kalp hastalığına bağlı ölümleri incelemişlerdir. Bulgularına göre, kalp hastalıkları anne ölümlerinin en önemli dolaylı nedenidir ve romatizmal kalp hastalığı bu vakaların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Kavak ve diğerlerinin (2015) Elâzığ için yaptıkları bir çalışmaya göre ölümlerin %63,2’si doğrudan veya dolaylı nedenlere, %36,8’i kazaya bağlı nedenlere bağlıdır. Anne ölümlerinde en sık karşılaşılan doğrudan ölüm nedeni gebelikte hipertansif bozukluklardır ve bunu obstetrik kanamalar ve pulmoner emboli izlemektedir. Dolaylı nedenlerin başında ise kalp hastalıkları ve malignite gelmektedir (Kavak vd., 2015). Üstün ve diğerleri (2018), çalışmasında, 2007-2014 yılları arasında yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda anne ölümlerini araştırmış ve pulmoner emboli, kardiyovasküler hastalıklar ve gebelikte hipertansif bozuklukların yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda önemli bir risk oluşturduğunu ve daha sık doğum öncesi izlem gerektirdiğini vurgulamıştır.

Yukarıdaki çalışmaların bulgularıyla uyumlu olarak, anne ölümleri veri sisteminden elde edilen verilere göre, Türkiye’de 2015-2019 yıllarında meydana gelen anne ölümlerinin yaklaşık %50’si doğrudan, %46’sı dolaylı ve kalan %4 ise sınıflanamayan nedenlerden kaynaklanmaktadır. Doğrudan anne ölümlerinin büyük bölümü kanama (%15), emboli (%14,7) ve hipertansif hastalıklardan (%12,4) kaynaklanmaktadır. Dolaylı anne ölümlerinin %25’ini kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021b).

Türkiye’de sezaryen doğumlarda yıllar içinde büyük artış yaşanmıştır. Sezaryen doğumların tüm canlı doğumlar içindeki payı 2002 yılında %23 iken, 2006’da iki katına çıkarak %47’ye ulaşmıştır (Uzunçakmak ve Özcam, 2016). T.C. Sağlık Bakanlığı (2022c), 2020 yılında sezaryen doğumların tüm canlı doğumlar içindeki payının %57,3 olduğunu belirtmektedir. Sezaryen oranları 12 bölge düzeyinde farklılaşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021a). 2019 yılında en yüksek sezaryen oranına sahip olan bölge %64 ile Akdeniz Bölgesidir. Bu bölgeyi Ege, Batı Karadeniz ve Doğu Karadeniz bölgeleri izlemektedir. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi sezaryen doğum oranının en düşük olduğu bölgedir (%37,5). Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri de bu oranın en düşük olduğu bölgeler arasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021a). Türkiye’de sezaryen doğum oranları SDP ile birlikte artmaya başlamıştır. 2003 yılı öncesinde özel hastanelerde doğum yapan gebe sayısı ekonomik nedenlerden dolayı düşüktür. 2003 yılı itibarıyla hem özel hastanelerin sayısı hem de özel hastanelerde doğum sayısı, önemli oranda artmıştır. Devlet özel sektörü desteklediği için özel doktor destekli doğumlar da artmıştır. Bunlara bağlı olarak, sezaryen doğumların oranında da büyük bir artış yaşanmıştır (Uzunçakmak ve Özcam, 2016). Sezaryen doğum oranlarındaki artışın bir başka sebebi de SDP ile birlikte tıbbi uygulama hatalarından kaynaklı olarak doktorların yargılanma korkusuyla defansif tıp uygulamalarına geçmesi ve risk almayan yöntemlere yönelmesidir. (Uzunçakmak ve Özcam, 2016). Sanisoğlu ve diğerleri (2017) sezaryen doğumun pulmoner emboli nedeniyle gerçekleşen anne ölümlerinde önemli risk faktörleri arasında olduğunu belirtmektedir. 2015-2019 yılları arasındaki doğum şekli sezaryen olan anne ölümlerinin ölüm nedenlerinin büyük çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıklar, toksemi, kanama ve emboli oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021b). Uzunçakmak ve Özcam (2016), çalışmalarında hastane

kayıtlarından faydalanarak İstanbul ve Türkiye genelinde 2002-2013 tarihleri arasında 20.haftadan sonra hastanede doğum yapan kadınlarda anne ölümlerini araştırmışlardır. Bu çalışmada 2002-2013 sezaryen doğum oranları ve sezaryen doğum oranlarının kanamaya bağlı anne ölümleriyle korelasyonu incelenmiştir. Çalışmaya göre, Türkiye için, sezaryen doğum oranları ile anne ölüm oranları arasında anlamlı bir negatif ilişki vardır. Yani sezaryen doğum oranları arttıkça anne ölüm oranları azalmaktadır. Bu ilişki İstanbul için anlamlı çıkmamıştır. Aynı zamanda hem İstanbul hem de Türkiye için peripartum kanama ile sezaryen doğumlar arasında negatif bir korelasyon söz konusudur. Çalışmaya göre, Türkiye'de son on yılda artan sezaryen doğum oranları ile anne ölüm oranları arasında negatif bir ilişki vardır ve sezaryen doğum oranları büyük oranda artmasına rağmen, gelişmiş sağlık bakım olanakları ile birlikte sezaryen doğumlar anne ölüm oranlarını olumlu yönde etkilemiştir (Uzunçakmak & Özcam, 2016).

2014 yılı anne ölümlerini üç gecikme modeline göre inceleyen bir çalışmaya göre (Engin-Üstün vd., 2016) 2014 yılındaki anne ölümlerinin %43'ü önlenebilir anne ölümleridir. Ölümlerin başında birinci gecikmeden kaynaklanan nedenler (%26), daha sonra ise üçüncü gecikmeden, yani uygun obstetrik bakım alamamaktan kaynaklanan nedenler (%14) gelmektedir. Çalışmaya göre, üçüncü gecikmenin en önemli nedenleri arasında hipertansiyon krizinin hızlı bir şekilde tanınıp tedavi edilememesi gelmektedir (Engin-Üstün vd., 2016). Sanisoğlu ve diğerleri (2017), 2013 yılı Türkiye için inceledikleri anne ölümü vakalarının %12'sinin birinci gecikme, %47'sinin ise üçüncü gecikmeden kaynaklandığını belirtmektedir. Keskinlik ve diğerleri (2017) 2012-2015 döneminde Türkiye'deki anne ölümlerini incelemiş ve çalışmalarında bu ölümlerin %23'ünün birinci gecikmeden, %15,1'inin ise üçüncü gecikmeden kaynaklandığını göstermiştir. Ölüm nedeni özelinde bakıldığında, hipertansif ölümlerin %36,5'inin önlenebilir olduğu ve bu önlenebilir ölümlerin %23'ünün birinci gecikmeden kaynaklandığı çalışmanın önemli bulgular arasındadır (Keskinlik vd., 2017). Kavak ve diğerleri (2015) Elâzığ ili 2007-2013 dönemindeki anne ölümlerini incelemiş ve bu dönemdeki anne ölümlerinin %74'ünde gecikmeye rastlanmamış, ölümlerin %10,5'inde birinci gecikme, %15,8'inde ise üçüncü gecikmeden kaynaklandığı saptanmıştır. Yüksel-Kaptanoğlu ve diğerlerinin (2014) çalışmasında 2005 UAÖÇ verilerine dayanarak önlenebilir anne ölümlerini detaylı bir şekilde analiz etmişlerdir. Bu çalışmada önlenebilir anne ölümlerini belirleyen nedenler dört gruba ayrılmıştır: Hane halkı ve toplumdan kaynaklanan nedenler, sağlık hizmeti sağlayıcılarından kaynaklanan nedenler, sağlık hizmeti arzından kaynaklanan nedenler, diğer önlenebilir nedenler (Yüksel-Kaptanoğlu vd., 2014). Çalışmanın bulgularına göre anne ölümlerinin %62'si önlenebilir anne ölümleridir ve önlenebilir anne ölümlerinin en önemli nedenleri arasında hane halkı ve toplumdan kaynaklanan nedenler (%36,2) gelmektedir. Bunun arkasındaki temel neden kadınların ya da hane halkının tedavi gerektiren sorunların farkına geç varması ve tıbbi tedavi almada yaşanan gecikmedir (Birinci gecikme). Aslında bu sorunun altında hem toplumun genel sağlık hizmetlerine yaklaşımı hem de kadının evde ve toplumdaki düşük konumu yatmaktadır. Çalışmaya göre önlenebilir anne ölümlerinde ikinci faktör sağlık hizmeti sağlayıcılarından kaynaklanan nedenlerdir (%13,7). Bu nedenlerin başında özellikle kırsal kesimdeki kadınların deneyimlediği ulaşım sorunu ve ev ile sağlık merkezi arasındaki mesafenin uzak olması gibi nedenler gelmektedir (İkinci gecikme) (Yüksel-Kaptanoğlu vd., 2014).

Türkiye'de üç gecikme modeli temel alınarak yapılan bu çalışmalara baktığımızda, önlenebilir anne ölümlerinde birinci gecikme (gebenin hizmet alma kararında yaşanan gecikme) ile üçüncü gecikmeden (hizmet sunulması sırasında yaşanan gecikme) kaynaklanan ölümlerin baskın olduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı'nın yayımlamış olduğu raporda da Türkiye genelinde 2015-2019 yıllarında meydana gelen anne ölümlerinin %26'sının birinci, %20'sinin ise üçüncü gecikmeden kaynaklandığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021b).





# Araştırmanın Yöntemi

□ Faruk Keskin, İlknur Yüksel-Kaptanoğlu

Bu çalışma kapsamında, Türkiye’de anne ölümlerindeki güncel durumun ve bu alandaki mevcut bilginin derlenmesinin ardından nitel bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma yaklaşımının amacı, Türkiye adına bir genelleme yapmak yerine anne ölümleri alanında çalışan farklı gruplardan uzmanların anne ölümleriyle ilgili çalışma deneyimlerini, anne ölümlerinin azaltılmasında rol oynayan faktörlerin değerlendirilmesini, sorun alanlarını ve anne ölümlerinin daha fazla azaltılması sürecinde neler yapılması gerektiğine ilişkin görüşlerini içinde buldukları bağlam çerçevesinde anlamak ve değerlendirmektir. Böyle bir değerlendirme, alandaki sorunların gündeme getirilmesi ve çözüm önerilerinin tartışılması açısından katkı sağlamıştır.

### Anahtar Kişi Görüşmeleri Tekniği

Araştırma kapsamında, nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan derinlemesine görüşme tekniğinin özel bir biçimi olan “anahtar kişi” görüşmeleri tekniği kullanılmıştır. Anahtar kişi görüşmeleri, araştırma sorusuyla ilgili olarak önemli düzeyde bilgi birikimine sahip kişilerin görüş ve değerlendirmelerini anlamak amacıyla kullanılır (Flick, 2009). Araştırma kapsamında, Türkiye’de anne ölümlerine ilişkin güncel durumun farklı bakış açılarıyla değerlendirilmesi amacıyla üç farklı grup ile görüşülmüştür. Bu gruplar:

- Anne ölümlerine ilişkin çalışma yürüten, veri üreten/derleyen ve hizmet sunan **kamu kurumlarının** temsilcileri,
- Anne ölümlerine ilişkin akademik çalışmaları/yayınları olan **akademisyenler**,
- Anne ölümleriyle ilgili çalışmaları olan sağlık, insan hakları, kadın hakları gibi alanlarda çalışan **meslek örgütleri** ve **sivil toplum kuruluşları temsilcileridir**.

Derinlemesine görüşmelerde olduğu gibi, anahtar kişi görüşmelerinde de görüşmenin çerçevesini belirleyen konu başlıklarına ilişkin soru sormaya yardımcı olan görüşme yönergesi kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış bir formatta hazırlanan yönergeler, esnek bir rehber niteliğini taşımaktadır. Bu nedenle, yarı yapılandırılmış yönergelerde, sorular yerine konu başlıkları ve irdeleme sorularına ilişkin hatırlatıcı notlar bulunmaktadır. Farklı kurumlarda görev yapan anahtar kişilerle yapılan görüşmelerde aynı görüşme yönergesi kullanılmış, ancak anahtar kişilerin özelliklerine, bilgi düzeylerine ve ilgi alanına göre bazı bölümlere farklı ağırlıklar verilmiştir. Görüşme yönergesinde, anahtar kişilerin demografik özellikleri, anne ölümlerinin nedenleri ve veri kayıt sistemine ilişkin görüşlerine ve önenebilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılmasında yönelik önerilerine odaklanılmıştır. Görüşmelerde, farklı gruplar açısından anne ölümlerinin mevcut durumu ile Covid-19 pandemisinin etkisi de irdelenmiştir. Anahtar kişi görüşmelerine ilişkin yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi Ek 2’de sunulmaktadır. Görüşmeler öncelikli olarak yüz yüze gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, anahtar kişilerin tercihlerine göre bazı görüşmeler çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir.

### Araştırma Etiği

Anahtar kişilerle yüz yüze ve çevrimiçi ortamlarda yapılacak görüşmeler için hazırlanan gönüllü katılım formlarında, görüşmenin içeriğinin kesinlikle gizli kalacağı, görüşülen kişilerin kimliğinin açıklanmayacağı ve görüşmede paylaşılacak bilgilerin yalnızca araştırma kapsamında ve araştırma sonuçları içinde anonimleştirilerek

kullanılacağı belirtilmiştir. Görüşme ve ses kaydı onayı ile çevrim içi görüşmeler için görüntü kaydı onayı alınmış ve bu onayların alındığına dair araştırmacıların imzası alınmıştır (Ek 3). Bu hazırlıkların ardından, araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alınmıştır (Ek 4).

### Saha Çalışması

Anahtar kişilere kartopu örnekleme yöntemi aracılığıyla ulaşılmıştır. Kartopu örneklemesinin başlangıç aşamasında, araştırmacıların kendi bağlantıları kullanılarak alanla ilgili çalışmalar yürüten kamu kurumlarından, üniversitelerden ve STK'lardan kişiler belirlenmiştir. Saha koordinatörü görüşülmesi planlanan kişi veya kurumlara 10 Mayıs 2022 tarihinden itibaren e-posta veya telefon yoluyla ulaşmaya başlamıştır. 10 Mayıs-27 Temmuz 2022 tarihleri arasında, 14 kamu kurumu, 17 meslek örgütü/STK ve 30 kamu/özel üniversite olmak üzere toplam 61 kuruma e-posta ve/veya telefon ile ulaşılarak araştırma tanıtılmış ve görüşme isteği bildirilmiştir. Araştırma kapsamında ilk görüşme 13 Mayıs 2022 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeyi kabul eden kişiler ile randevu ayarlanmış ve her görüşmenin sonunda katılımcılardan anne ölümleri alanında çalışan diğer anahtar kişileri önermeleri istenmiştir. Bu şekilde kurgulanan kartopu yöntemiyle anne ölümleri alanında çalışan uzmanlara daha yaygın bir şekilde ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırma tasarımında her gruptan 10'ar kişi olacak biçimde 30 anahtar kişi görüşmesi planlanmış olmakla birlikte, 10 Mayıs-2 Ağustos 2022 tarihleri arasında, 10 akademisyen, 9 STK ve meslek örgütleri temsilcisi ve 6 kamu kurumu temsilcisi olmak üzere toplam 25 görüşme gerçekleşmiştir (Ek 5). Görüşmeler Ankara, İstanbul, İzmir, Aydın, Diyarbakır, Gaziantep, Çanakkale, Elâzığ, Manisa ve Tekirdağ'dan uzmanlar ile gerçekleştirilmiştir. Yüz yüze ve çevrimiçi görüşmelere olanak verecek biçimde esnek bir yapıda planlanan görüşmelerde, Ankara'da bulunan uzmanlarla yüz yüze, Ankara dışındaki uzmanlarla ise çevrimiçi olarak görüşülmüştür. Araştırma dâhilinde gerçekleşen 25 görüşmeden 10'u yüz yüze, 15'i ise çevrimiçi olarak gerçekleşmiştir. Yüz yüze gerçekleşen 10 görüşmede, görüşmeci ile bir de gözlemci yer almıştır. Çevrimiçi olarak yapılan görüşmelerden sadece birinde gözlemci yer almış; diğer görüşmeler ise sadece görüşmeci tarafından gerçekleştirilmiştir. Bir kamu görüşmesi hariç, yüz yüze ve çevrimiçi olarak gerçekleşen görüşmelerin tümünde görüşülen uzmanın da onayıyla ses kaydı alınmıştır. Bu görüşmeler dijital ses kayıt cihazlarıyla kaydedilmiştir. Görüşmelerin gün, yer ve saatini görüşülen uzmanların belirlemesine özen gösterilmiş, yüz yüze yapılan görüşmelerde görüşme yeri olarak uzmanların kendi çalışma ortamları tercih edilmiştir.

Anahtar kişi görüşmeleri araştırma görevlilerinden oluşan 3 kişi tarafından yürütülmüştür. Görüşme öncesinde yönergede belirtildiği şekilde, görüşmenin kapsamı, içeriği, süresi ve gizliliği hakkında bilgi verilmiş, etik kuralların gözetileceği belirtilerek, tüm görüşmelere, görüşülen kişilerin onayı alındıktan sonra başlanmıştır.

### Nitel Veri Analizi

Nitel veri analizine hazırlık olarak her görüşmenin sonunda görüşmeci (ve varsa gözlemci) tarafından Görüşme Özeti, Görüşmeci Notu ve Gözlemci Notu dokümanları doldurulmuştur. Görüşme Özeti, görüşülen kişinin temel demografik özellikleri ile birlikte anne ölümleri alanındaki deneyimi ve görüşmede öne çıkan konular özetlenmiştir. Görüşmeci Notu ve Gözlemci Notu dokümanında görüşme ortamına ve görüşülen kişiye ilişkin gözlemler kaydedilmiş, ayrıca görüşme yönergesine ilişkin öneriler de belirtilmiştir. Bu iki doküman, görüşmenin hemen sonrasında doldurularak görüşme sürecine ilişkin olası unutkanlıkların önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Ses kaydı alınan bütün görüşmelerin çözümlenmesi, yani ses kayıtlarının tamamen yazıya aktarılması, görüşmeci tarafından takip edilen günlerde yapılmıştır. Görüşmeciler bir görüşmenin çözümlenmesini tamamlamadan bir sonraki görüşmeye başlamamıştır.

Bütün yazılı dokümanlarda görüşülen uzmanların isimlerini ve kimliklerini ortaya çıkarabilecek bilgiler ile kurum

bilgileri gizlenmiştir. Görüşülen kamu kurumu uzmanları K1, K2, ... şeklinde, akademisyenler A1, A2, ... şeklinde, STK uzmanları ise S1, S2, ... şeklinde kodlanmıştır. Görüşmelerin çözümlenmesinden sonra ses kayıtları çevrimdışı olarak yedeklenmiş ve kayıt cihazlarından silinmiştir. Gerçekleştirilen 25 görüşmenin süresi ortalama olarak 71 dakikadır. En kısa görüşme 33 dakika, en uzun görüşme ise 135 dakikadır. Gerçekleştirilen 6 kamu görüşmesinin ortalama süresi 74 dakika, 9 STK ve meslek örgütü görüşmesinin ortalama süresi 69 dakika, 10 akademisyen görüşmesinin ortalama süresi ise 72 dakikadır.

Nitel veri analizi sürecinin başlangıcını oluşturan bu hazırlıkların ardından, görüşmeleri gerçekleştiren 3 araştırmacı ve proje koordinatörü, manuel olarak ve NVIVO programı yardımıyla görüşmeleri kodlamıştır. Her araştırmacının tüm görüşmelerini kodladığı analiz sürecinde, araştırma ekibinin ortak değerlendirme toplantıları sonucunda yaptığı işbölümüne uygun biçimde, bölümler betimsel analiz sonuçları temelinde yazılmıştır.

### Saha Çalışmasının Zorluklarına Dair

Araştırma sahasının en zorlu aşaması, anahtar kişilerin araştırmaya katılımlarının sağlanması olmuştur. Eğitim düzeyi yüksek ve iş programı yoğun olan uzmanların zaman zaman e-postalara dahi yanıt vermemesi, uzun açıklamalar talep etmeleri ve özellikle kamu kurumu temsilcileri açısından da kurumları adına konuşmak konusunda istekli olmamaları gibi sorunlar söz konusu olmuştur. Ayrıca, çalışmaya katılmak istemeyen uzmanların e-posta ile iletilen istekleri reddetmek yerine cevapsız bırakmaları araştırmanın saha sürecinde zaman kaybedilmesine sebep olmuştur.

Kamu kurumları, akademi ve STK açısından karşılaştırıldığında, görüşme isteklerinin kabul edilmesinde en olumlu geri dönüşler akademisyenlerden gelmiştir. Anne ölümleri alanında çalışan STK sayısının az olması ve kamu kurumlarının bu alanda yapılacak görüşmelere katılma konusunda yeterince istekli olmamaları görüşme sayılarının büyük ölçüde bu iki alanda sınırlı kalmasına neden olmuştur. Özellikle Sağlık Bakanlığı'ndan yetkililerin görüşmelere katılmaması araştırmanın en önemli bileşkesi olan kamunun, Türkiye'deki anne ölümlerinin değişimine bakışına dair görüşlerinin aktarılmasını engellemiştir. Anahtar kişi görüşmeleri ve dolayısıyla bu görüşmeler temelinde gerçekleştirilen analizler, Sağlık Bakanlığı'nın bakış açısını içermediği için anne ölümlerinde Türkiye'nin kat ettiği yolun, sağlık politikalarını geliştiren, yöneten ve uygulayan kurumun perspektifine oldukça sınırlı bir biçimde yer verilerek yorumlanmak durumunda kalmıştır. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü uzmanları tarafından raporun ilk taslağı üzerinde yapılan yorumların mümkün olduğu kadarıyla rapora yansımaları sağlanmıştır. Diğer yandan, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında çalışan sivil toplum kuruluşları için anne ölümleri konusunun aktif gündemlerinde olmaması, farklı gruplardaki sorun alanlarına odaklanan sivil toplum kuruluşları için ise, anne ölümleri konusunun diğer zorlukların yanında ilk planda olmaması gibi sorunlar da yaşanmıştır.



# Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri

## 2. KISIM

Akademisyenlerin ve  
Uzmanların Gözünden  
Türkiye’de Anne Ölümleri



# Anne Ölümlerinin Azalmasını Etkileyen Olumlu Gelişmeler

□ Kardelen Güneş, Faruk Keskin

Araştırma kapsamında görüşülen akademisyenler ve uzmanlar, Türkiye'nin yıllar içinde anne ölümleri konusunda geldiği noktaya ve anne ölümleri oranının azaltılma sürecinde Türkiye'deki birçok olumlu gelişmeye değinmiştir. Görüşmelerin büyük çoğunluğunda, anahtar kişilerin Türkiye'deki anne ölümlerinin azaltılmasında en çok öne çıkan gelişmenin 15-49 yaş aralığındaki kadınların gebelik izlemlerinin yaygınlaşması ve ebelerin gerçekleştirdiği ev ziyaretlerinde gözlenen artış olduğu konusunda fikir birliği içinde oldukları görülmüştür. Anne ölümlerindeki güncel durumu değerlendiren akademisyenler ve uzmanlar bu konudaki iyileşmelerin bölge tabanlı sağlık sistemi, hastanede gerçekleşen doğumların oranının artması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürürlüğe girmesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, hastanelerin altyapısının iyileşmesi, sağlık personelinin anne ölümleri hakkında farkındalığını arttıran eğitimlerin yapılması, gebe bilgilendirme sınıfı programları, nüfusla ve özellikle ölümle ilgili kayıtların elektronik ortamda tutulmaya başlanması gibi gelişmelerin anne ölümlerinin azaltılması yolunda öne çıkan faktörler ile ilişkili olduğunu aktarmıştır.

## Bölge Tabanlı Sistem

Uzman görüşmelerinde, eskiden ebelerin sorumlu oldukları bölgelerdeki kadınları belirli aralıklarla ziyaret ederek kadınların sağlıklarıyla ilgili bilgi toplamasının, olası bir gebelik durumunun erken tespitinin sağlanmasına ve gebe kadınların izlemi ve takibi için gözlemlerin erken başlamasına büyük katkı sağladığı vurgulanmıştır. Ayrıca, bölge tabanlı sağlık ocaklarının anne ölümlerini azaltmada önemli etkisi olduğundan söz eden halk sağlığı alanından A3, bu olumlu etkiyi şöyle ifade etmiştir:

“O dönemde ebelerin sorumlu olduğu doğrudan kadınlar vardı. Bu kadınlar 15-49 yaş kadınlardı. Bu kadınları 3 ay ya da 4 ayda bir ziyaret yapılarak kadın sağlığıyla ilgili bilgiler toplanırdı. Kadın sağlığıyla ilgili bilgilerden birisi de menstrüasyon ya da adet görüp görmediğiydi. Çünkü adet görme sürelerini acaba düşük mü yaptı, eğer yöntem kullanıyorsa hamile mi kaldı gibi bunun bir avantajı da erken dönemde gebelikleri yakalıyorduk. Yani en erken en geç 3 ya da 4. ayda biz gebeliği yakalıyorduk. Böylece ebeler kendilerine kayıtlı olan bölgelerdeki kadınlar hakkında kim yeni gebe gebeliği yeni başlamış kim düşük yapmış kim aile planlaması yöntemi kullanıyor. Kim gebelik istiyor kim infertile böyle bir sistem vardı.” (A3)

Kamu temsilcilerinden K6 ise kendi illeri içerisinde anne ölümlerini azaltmak için geçmişte yaptıkları çalışmaları ve aldıkları sonuçları değerlendirerek benzer yerel çalışmalarla olumlu sonuçlara ulaşılabileceğinin altını çizmektedir:

“Sonuçta bir yıl içinde bile 19 rakamından 7-8 rakamına inebilmişiz il olarak. En düşük rakamının üç anne ölümü olduğu yılları görmüşüz istatistiksel anlamda. O zaman yapabileceğimiz şeyi de tekrar yapabileceğimizi düşünürüm. Yani izlem, takip, tansiyon ölçümü, hemotopik temogobinin düzeltilmesi, riskli gebelerin yakından izlenmesi, hastanede doğum diyeceğim ama zaten çok istisnai durumlar harici anneler hastanede doğum yapıyor. Belki hizmet kalitesinde ufak tefek dokunuşlarla ben bu sorunun [il ismi] özelinde çözüleceğini düşünüyorum.” (K6)

## Hastanede Doğumlar

---

Anahtar kişilerin, ebe ziyaretlerinde olduğu gibi, sağlık personeli eşliğinde yapılan doğumların ve doğum sonrası annenin takibinin sağlanması da anne ölümlerini azaltmada önemli bir etmen olduğunu vurguladıkları görülmüştür. Kamu kurumları temsilcilerinden K1, Sağlık Bakanlığının anne ölümlerine ilişkin gecikme modellerinden üçüncü gelişme modeline odaklanarak yaptığı çalışmalara ve sağlık personeli eşliğindeki doğumların önemine değinmiştir:

“Üçüncü gecikmeyle alakalı ne yaptık? Bir kere, baktık ki ... Ölümlerin yüzde seksenine yakını lohusalık döneminde oluyor yani doğum sonrası dönemde onun için doğumlar bir kere hastanede olsun ... Politik olarak hastane doğumlarını öncelidik ... Bir kısmı halen daha evde ebe eşliğinde doğum ama nihayetinde hastane doğumları %99'larda bu ne demektir sağlık personeli eşliğinde doğum yapıyoruz.” (K1)

Evde yapılan doğumlar sonucunda doğum sonrası kanama, uterusu bağlı komplikasyonlar ve benzer risklerden dolayı daha çok anne ölümü ile karşılaşıldığını dile getiren kamu temsilcilerinden K6, evde yapılan doğumların riskine dikkat çekmiştir:

“...2007 yılında 19 tane anne ölümü çetelemişiz ... ve bunun 5 tanesi evde doğum. Düşünün yani %25 gibi bir oranı vardı.” (K6)

## Sezaryen Doğumların Azaltılması

---

Hastanede doğumların artmasıyla beraber hastanelerde gerçekleştirilen sezaryen doğumların, özellikle elektif sezaryen oranının artması pek çok uzmanın anne ölümleri için risk faktörü olarak tanımladığı durumlardan birisidir. Sezaryen doğumların sonrasında doğum sonrası kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonların normal doğuma kıyasla yüksek olmasından dolayı sezaryen doğum oranının Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) duyurduğu seviyeye düşürülebilmesi için Sağlık Bakanlığının getirdiği kısıtlamalar, görüşülen akademisyenler ve halk sağlığı uzmanları tarafından olumlu karşılanmıştır. Örneğin, bir ilçede yönetici konumunda çalışan K3, Bakanlığın bu uygulamasını desteklediğini dile getirmiştir:

“Mesela sezaryenlere da kısıtlama koyarak, Bakanlık bir yandan çok iyi yaptı. Çünkü bu bir artık şey... Bir statü haline gelmişti. Doktora gidiyor ben ayın işte 5 Mayıs 2005 atıyorum, böyle bir doğum tarihi olsun istiyorum deyip bu tarihleri seçerek bebek dünyaya getiriyorlardı. Bakanlık kamu hastanelerinde, üniversite hastanelerinde bunlara el koymaya çalıştı.” (K3)

## Altyapının İyileştirilmesi

---

Sağlık personeli eşliğinde hastanede gerçekleşen doğumların yaygınlığının anne ölüm oranının azaltılmasına önemli katkısı olmasına vurgu yapan uzmanlar, hastanelerin medikal malzemeler ve teknik sistemler anlamında donanımlarının iyileştirilmesi ve fiziksel altyapısının geliştirilmesi adına önemli adımlar atıldığını da belirtmişlerdir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan A8, hastanelerin günümüzde altyapı olarak yeterli olduğuna değinmiştir:

“Yani hasta geç başvurmuş ya da hiç sağlık kuruluşuna gitmemiş. Dört tanede de belirli bir gecikme modeli görememişiz biz tespit edememişiz ama anne ölüm komisyonu ne diyor onu bilemiyorum yani. Ama Sağlık Bakanlığı her zaman görevini yapmış. Bizim ilk çalışmada da o çıktı yani gecikme modeli ikinci



gecikme modeli hiç yok [il ismi]'nde. Yani gerekli balon, dikiş, ip şu bu kan ürünü her şeyi sağlıyor sağlık bakanlığı.” (A8)

Teknik altyapının güçlendirilmesi yönünde atılan adımlara ek olarak sağlık hizmetlerinde hizmet sunucuların işini kolaylaştıracak ve acil müdahaleleri hızlandıracak medikal malzemelerin kullanıma hazır olacak şekilde üretilerek sağlık personellerine temini yönünde çalışmalar yapıldığına da vurgu yapıldığı görülmektedir. Diğer ülkelerde gebelere acil müdahalelerde kullanılan bir solüsyonun Türkiye’de mevcut olmaması üzerine kamu kurumu temsilcisi K1, Sağlık Bakanlığı olarak ilgili solüsyonun üretilmesi için 2013-2014 yıllarında yaptıkları çalışmalardan bahsetmiştir:

“İnsanlara diyoruz ki kolay nitelikli kaliteli bir hizmet sunarken araç verelim. Yani doktor ve hemşire onlarla mı uğraşsın [dünyada hazır solüsyonu bulunan ilacın manuel hazırlanmasıyla] acil nöbet geçirmekte olacak bir kadını... Bunlar belki size yani bunu dinleyene çok basit gelebilir ama inan bunlarla çok uğraştık o dönemde. Artık şu anda ülkemizde hazır magnezyum sülfat yükleme ve idame solüsyonu var.” (K1)

Bahsedilen iyileştirmelere ek olarak, uzmanlar tarafından önlenebilir anne ölümlerini azaltmakta Türkiye’de yaşanan teknolojik gelişmelerin ve kentleşmenin önemine dikkat çekmişlerdir. Klinik çalışmalarına devam eden akademisyenlerden A3, Türkiye’deki teknolojik gelişmeler ve kentleşmenin olumlu etkisini değerlendirerek, anne ölüm oranlarının düşürülmesi için gereken altyapının mevcut olduğunu vurgulamıştır:

“...Türkiye’de teknoloji transferi fazlasıyla yapıldı. Yani yeteri kadar teknolojimiz var bizim gebelerle ilgili olarak. Gebelerin ya da ana ölümlerini engellemeye yönelik olarak teknoloji var ... Anne ölüm oranı şöyle kadar düşer önlenebilir ölümlerin tamamını önlenebilecek hale getirir Türkiye. Şu anda böyle bir durumu var. Elbette ki bazı ekonomik sıkıntılar var şu anda günlük olarak yaşadığımız. Bunlar da olumsuz olarak etkileyebilir. Ama Türkiye’nin sağlık insan gücü, sağlık birikimi, teknoloji birikimi bunları engellemeye yeterli.” (A3)

## Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık altyapısındaki iyileşmeler, sağlık hizmetlerine erişim ve pandemi sürecinde ücretsiz sağlanan koruyucu sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde, Türkiye’nin hem geçmiş dönemdeki durumuna hem de diğer gelişmekte olan ülkelere göre daha iyi duruma geldiği anlaşılmaktadır. Halk sağlığı uzmanı A3, hem sağlık kuruluşlarına fiziksel olarak ulaşımın kolaylaşmasına hem de sağlık hizmetlerinden ücret alınmadığı için erişimin kolaylaşmasına değinmiştir:

“...Yani yürüyerek 15 dakika arabayla 2 saat içinde bir sağlık merkezine ulaşacağını hesaba katarsanız yıl boyunca yüzde 98’den fazlası sağlık hizmetlerine erişiyor. Bu bir avantaj çünkü pek çok ülkede böyle bir sorun var dünyanın pek çok ülkesinde... Türkiye’de temel sağlık hizmetleri dediğimiz ki bunun içinde kadın sağlığı, çocuk sağlığı sayabiliriz arka arkaya bu hizmetler ücretsiz. Bu o kadar ücretsiz ki gene cumhuriyet döneminden gelen kanunlar sayesinde COVID-19’a yakalanan insanların sigortası olup olmamasına bakılmaksızın ücretsiz tedavi yapıldı. Masrafı tamamen devlet karşıladı. Bu da cumhuriyet yönetiminin aldığı kararları matuftur.” (A3)

Görüşmelerde vurgulanan noktalardan biri de Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler olmuştur. Fiziki altyapıyı geliştirme ve koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırma çalışmalarında göçmenler de göz önünde

bulundurularak hizmet sunumunda kapsayıcılığı geliştirme yolunda adımların atıldığı görülmüştür. Kamuda yönetici doktor olan K6, sağlık hizmetlerine erişim ve koruyucu sağlık hizmetlerinin hem yöneticiler hem de personel için önemini belirtmiştir:

“... Aşı olsun mesela bizim için olmazsa olmazlar. Bir bebeğin aşılınması koruyucu sağlık hizmetleri açısından olmazsa olmaz. Topuk kanı hakeza yüzde yüz gideriz. Tek tek takip ederiz. Yani velhasıl bu konular anne ölümü bebek ölümü bunları azaltmaya yönelik olan programlar bizim olmazsa olmazlarımızdan ve kırmızı çizgimizden. Çalışan personel de bu şekilde düşünmek zorunda başka bir alternatifi yok.” (K6)

Benzer şekilde kamuda uzman olarak çalışan K2, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bu hizmetlerin göçmenlere yönelik boyutuna değinerek kamunun koruyucu sağlık hizmetlerini bir politika önceliği olarak gördüğüne değinmiştir:

“... Bu birinci basamak sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmaya çalışıyoruz. İşte hani bu gebelik izlemlerinin yapılabileceği yerler aslında. En temelde ulaşabileceği kişilerin... İşte bu göçmenler özelinde de şu anda göçmen sağlığı hani geçici bir durum gibi görülüyor ama göçmen sağlığı merkezleri de yaygınlaştırılmaya çalışılıyor. Bu alana fiziki alt yapı olarak gerçekten yatırım, elimizden geldiğince yapmaya çalışıyoruz.” (K2)

## Sağlıkta Dönüşüm Programı

---

Sağlık kurumlarını tek bir çatı altında toplayan ve aile hekimliği uygulamasını hayata geçiren Sağlıkta Dönüşüm Programını değerlendiren bazı uzmanların, programın kapsayıcılığı ve sağlık hizmetlerine olan olumlu etkilerini öne çıkardıkları görülmektedir. Kamu kurumları temsilcileri arasında yer alan K2, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte hem hizmet sağlayıcılarının nicelik olarak hem de altyapının nitelik olarak iyileştiğini, bununla beraber aile hekimliği uygulamasının da faydalı olduğunu belirtmiştir:

“Bu 2003'te başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın aslında yıllar içerisindeki bir şey... Sağlık sisteminde oluşturduğu etkiyle birlikte bizim işte sağlık personeli sayımız arttı. Hastane sayımız arttı. Hastane dağılımlarını iyileştirmeye çalıştık. Bu oranların daha yüksek olduğu bölgeler varsa belki daha özelinde bakıldığında incelerseniz oralarda işte sonuçta hani hekimdir, fiziki altyapıdır, bu tip şeylerin iyileştirilmesi kapsamında önemli yol alındı... Özellikle aile hekiminin kendi hastalarını belirlenmesi, onlarla birebirde daha çok ilgilenmesinin sağlanması hedefiyle, işte bu aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması çalışmalarıyla daha fazla tabana yayıldığını düşünüyorum.” (K2)

Sağlık alanında çeşitli çalışmalar ve eğitimlerin içinde yer almış ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan kamu kurumları temsilcileri arasında yer alan K3, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelen proje ve çalışmaların faydalı olduğuna değinmiştir:

“Birçok iyi şey geldi. Mesela bu çalışmalar, projeler... Hepsi Sağlıkta Dönüşüm Programları ile geldi. Ya da artık uluslararası anlaşmalarla geldi vesaire. O yüzden, hani katkısı da sağlıkta dönüşümün çok büyük oldu...” (K3)

Üreme sağlığı programı kapsamında geliştirilen doğum hizmetleri için eğitim modüllerinden birisi olan Güvenli Annelik Programı, sağlık personellerine yönelik olarak hazırlanmış olup, gebeler için izlenmesi gereken hizmet

protokollerini içermektedir. Bu program kapsamında gebelere doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında hangi bakımların verileceği klinik perspektif ile anlatılmaktadır. Bunun yanı sıra, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte gelen uygulamalardan bir diğeri de performans sistemidir. Performans sistemi, sağlık hizmeti sunucularının hastalara belirli hizmetleri sunduklarında maaşlarına belirli bir ek ödemenin yansımaları şeklinde işlemektedir. Bu sistem hakkında uzmanlar arasında farklı fikirlerin olduğu görülse de halk sağlığı alanında çalışmalarına devam eden akademisyenlerden A4, gebe izlemi ve doğum sonrası anne ve bebeğin kontrollerini teşvik ediyor olması anlamında performans sisteminin olumlu taraflarından bahsetmiştir:

“Ama bu sistem içerisinde performans kriterlerinde gebe takibi ve doğumdan sonraki çocuk hizmeti var... Mesela gebe kadın varsa gebelik tespitinden itibaren onları görerek izliyorlar. Doğumdan sonra işte çocuğun şeylerini, işte hastanede mesela neonatal programı olarak neler yapıldı onlara bakıyorlar. Ondan sonraki süreçte de aşıları vesaire izliyorlar. Bu performans kriteri olduğu için bunu öncelikle yapıyorlar. Belki bunun bir olumlu etkisi olabilir. Aile planlaması hizmetleri böyle değil ama bu güvenli annelik programı birinci basamakta öncelikli ve performansa dayalı şu anda.” (A4)

## Misafir Anne Uygulaması Programı

Doğumların hastanelerde veya bir sağlık personeli eşliğinde gerçekleşmesinin teşvik edilmesine ek olarak ulaşım imkanları kısıtlı bölgelerdeki gebe annelerin acil durumlarda hastaneye ulaştırılabilmesi için Sağlık Bakanlığının geliştirdiği Misafir Anne Uygulaması Programı, özellikle kamu kurumlarında çalışan uzmanların dile getirdikleri çalışmalardan biridir. Misafir Anne Uygulaması Programı, doğum zamanı yaklaştığında olumsuz iklim, ulaşım şartları veya sosyal sebeplerle sağlık kurum ve kuruluşlarına zamanında ulaşamayacak gebelerin doğumlarının olumsuz şartlarda gerçekleşmesinin önüne geçmek amacıyla 2008 yılından itibaren yürütülmektedir.<sup>1</sup> Anne dostu hastane uygulamasına benzer biçimde, misafir anne uygulamasında, hastanelerdeki doğumlarda gebe kadınların daha rahat koşullarda doğum yapabilmeleri amacıyla yapılan çalışmaların anne ölümlerinin azaltılmasında etkisi gündeme gelmiştir. Örneğin, kamu kurumu temsilcisi K2, “misafir anne hastanesi” olarak tanımladığı bu uygulamanın olumlu etkisini vurgulamanın ötesinde, bu uygulamanın iyileştirilmesine yönelik çalışmaların devam ettiğinden söz etmiştir:

“... Misafir anne hastanesi. Yani hani seksen tane, sekseni geçmiş de olabilir... kış şartlarında mesela gebe yetişemeyecek, o gebenin doğumunu hastanede olması için böyle bir imkân sağlanıyor ... Şimdi anne dostu hastane diye bir kavram var mesela. Burada annenin daha rahat edeceği yeri... İşte oda, kendi özeline olacağı bir oda, o sistemin oluşturulması şeklinde dizayn edilen hastanelerimiz var. Yeni hastaneler zaten genelde bu şekilde yapılmaya çalışıyor ama mevcut hastanelerde de bu yönde revizyonlar yapılıyor.” (K2)

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan K1 de hastanelerde gerçekleşen doğumlarda konforun artırılması için uygulaması başlatılan anne dostu hastane programından şu şekilde bahsetmiştir:

“Biz mesela anne dostu hastane programı başlatmıştık. Bunla alakalı şu anda herhalde bilmiyorum bir 70-100 tane olmuştur, 2015 yılında başlamıştık. Yani burada amaç tek kişilik odalarda doğumun takip ediliyor doğumun orda olduğu yanında kadının istediği refakatçinin bulunduğu mümkünse doğum yapmış

<sup>1</sup> Misafir Anne Uygulaması Programı kapsamında gelişebilecek olumsuzlukları önlemek, önlenebilir anne – bebek ölümlerini azaltmak için gebelerin, muhtemel doğum tarihleri yaklaştığında Bakanlığın imkânları ile il bünyesindeki daha güvenli yerleşim merkezlerine nakledilerek konaklamalarının sağlanması ve doğumlarının hastanelerde gerçekleştirilmesi, doğum sonrası anne ve bebeğin sağlık durumu uygun hale geldikten sonra tekrar evlerine götürülmesi sağlanmaktadır. Bu çalışma ile 2. gecikme modeli kapsamında oluşabilecek anne ölümleri önlenmektedir. Pandemi sürecinde de bu program kapsamında enfeksiyon kriterlerine dikkat edilerek gebelere hizmetler sunulmaya devam edilmiştir.

birinin olduğu yani hani o tecrübeyi yani özellikle vajinal doğum yapmış birinin olduğu bir kadını koyarak işte tamam çok iyi gidiyorsun gayet iyi... Onu böyle motive eden, destekleyen insanların olduğu böyle bir ortamda yani... Mahremiyet, konfor, hijyenin olduğu insani ihtiyaçların karşılandığı...” (K1)

## Anne Ölümlerini Değerlendirme Komisyonları

---

2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'nda (UAÖA) illerde kurulan anne ölümlerini değerlendirme komisyonları aracılığı ile, anne ölümlerinin nedenlerinin tespit edilmesi ile ilgili bir model üretilmiştir. Bu model, hangi gecikme modelinin ön planda olduğunun ortaya konması ve politika üreticileri için atılması gereken adımları netleştirmesi açısından bu alanda çalışanlar ve Sağlık Bakanlığı tarafından olumlu bulunmuştur. Sözel otopsi de yapılarak toplanan tüm anne ölüm verileri hem illerde hem de Bakanlık nezdinde farklı disiplinlerden uzmanların bir araya gelmesiyle oluşturulan komisyonlar tarafından değerlendirilmektedir. Örneğin K1, anne ölümlerini değerlendirme komisyonları tarafından yapılan çalışmalardan birine şu şekilde değinmiştir:

“Bu komisyon marifetiyle buradan çıkan sıkıntıları biz bakanlık düzeyinde ne çözebiliriz insanlara hizmet sunumunu rahatlatmak için. Onu aldık. Ondan sonra baktık ki anti-hipertansif tedavide kadın doğumcuların işte eksikliği var, ilaç temininde. Onun için 2015 yılında anti-hipertansif acil algoritma oluşturduk, yayımlandı ve onla ilgili ilaçlar da artık hastane eczanelerden alınabilir pozisyonuna getirdik.” (K1)

Söz konusu komisyonların yaptığı değerlendirmeler ve bu sistemin kıymeti konusunda pek çok uzman hemfikir olsa da bu değerlendirmelerin sonucunda Sağlık Bakanlığı tarafından atılan adımların ya da uygulamaya konan bazı işlemlerde denetimin olmadığına dair görüşler de dile getirilmiştir. Örneğin, 15 yıldan uzun bir süredir anne ölümleri ile ilgili çalışmaları olan kadın doğum uzmanı A8, hastaneye başvuran ve müdahaleye ihtiyacı olan gebelere tedavi için gerekli olabilecek ilaçların eczanelerde mevcut bulundurulması zorunluluğu getirilmesinin denetimi ile ilgili sorunları vurgulamıştır:

“Gecikme varsa bakanlığa diyecek ki kardeşim hastanede ben kan bulamadım bakribalon bulamadım bu hasta bundan öldü. Bir zahmet bunları alın. Ya alıyor zaten devlet. Anti-hipertansif zorunlu ilaçlar var eczanelerde bulduramıyoruz bir türlü. Bir türlü biz bulduramıyoruz... Buldurması zorunlu ilaçları buldurun diyor bakanlık. Ya kardeşim buldurun da bunu denetleyin denetleyin. Bunu buldurmuşlar mı acaba?” (A8)

## Farkındalık ve Bilinç Arttırıcı Eğitimler

---

Hastane donanımlarının geliştirilmesi ve sağlık kurumlarına sağlanan teknik desteklere ek olarak Türkiye’de sağlık hizmet sunucularının anne ölümlerine dair bilinç ve farkındalığının artırılması yönünde çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda özellikle sağlık kuruluşlarına başvuran gebe kadınlara nasıl müdahale edileceği ve doğru tedavinin sağlanması konusunda bilgiler sunulmaktadır. Bu bilgilerin hizmet sunucularıyla paylaşılması anlamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılan çalışmalar genel olarak hizmet içi eğitim kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, hizmet içi eğitimler anne ölümlerini azaltmaya ilişkin çalışmalara dahil edilerek değerlendirme süreci hızlandırılmıştır. Komisyonlarca yapılan değerlendirmeler sonucunda ölüm sebeplerinde hastane kaynaklı etmenlerin yoğun olarak gözlemlendiği bölgelere öncelik verilerek gerçekleştirilmiş hizmet içi eğitimlerin olumlu etkileri olduğu anlaşılmaktadır. K1, Sağlık Bakanlığının girişimiyle kamu ve özel sektörde çalışan kadın doğum uzmanlarına verilen eğitimlere değinmiştir:

“Üçüncü sebebe yaklaştı. Bununla alakalı konuların olduğu bir eğitim programı başlatıldı. Kadın doğum uzmanlarını interaktif şekilde U düzeninde 24 kişilik bir salonda topluyoruz. Kamu, özel hepsini topluyoruz. Devlet parasını veriyor, Bakanlıkta topluyoruz yüz yüze eğitim yapıyoruz. Üçüncü günde anne ölüm vakalarından örnek vakalar onlara dağıtıyoruz... Ön inceleme komisyonundaki hocalarımız geçiyor masaya. Birlikte tartışıyorlar yani o vakaları siz bu vakada ne düşündünüz önce kendi fikirlerini sonra bütün herkesle birlikte ne yapılması gerekiyor... Bunları tartışarak... Onlar için çok faydalı eğitimler oldu... Çok memnun oldular çok paylaşımlar oldu yani gittikleri yerde her yerde bizden öğrendiklerini orda icra ettiler.” (K1)

Sağlık Bakanlığının sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte çalışması, bu kuruluşların illerdeki ihtiyaçları değerlendirme ve bölgelere göre gerekli hizmetin ve malzemenin sağlanması konusunda destek vermesi ve anne ölümlerini azaltmada daha aktif ve yoğun bir şekilde çalışmaya zemin hazırlaması görüşmelerde gündeme gelen konular arasındadır. Doğrudan anne ölümleri alanında çalışmaya da uzun süredir üreme sağlığı alanında sivil toplum çalışmalarına katkıda bulunan ve saha eğitimlerinin yürütülme süreçlerinde yer alan S2, bünyesinde yer aldığı sivil toplum örgütü çalışmalarının Sağlık Bakanlığının çalışmalarına destek olduğu alanlardan birini şöyle örneklendirmiştir:

“... Bizim bir eğitim modülümüz ve eğitim materyali setimiz olduğu için, bu çok hazır ve illere göre de aslında adapte ettiğimiz, değiştirdiğimiz bir şeydi. Yani her gittiğimiz ile göre biz broşürlerimizi değiştirirdik. İlerdeki öncelikli sorunlara göre ya da sağlık hizmet sunucularının ihtiyaçlarına göre. Çünkü bizde önceliği, tüm bunların değerlendirilmesi yapıldı il sağlık müdürlüğü ekipleriyle. Ondan sonra uygulama planlama aşamasında o ile özel materyaller revize edilerek çoğaltıldı.” (S2)

Sağlık personellerine ilişkin değerlendirmeler, özellikle sağlık personelinin eğitiminin yeterli bulunması ya da eksikliklere dikkat çekilmesi noktasında ayrılmaktadır. Sağlık personelinin eğitimini yeterli bulanlar arasında sağlık hizmeti alan hasta grubunun eğitiminde sıkıntılar olduğu vurgulanmaktadır. Hem sağlık personeli olarak çalışan hem de sivil toplum çalışmalarına devam eden S6, bu konudaki ayrıma dikkat çekmiştir:

“... Hasta grubunun hala çok yetersiz bir eğitime sahip olduğunu düşünüyorum. Özellikle Suriyeli mültecilerin gelmesiyle birlikte Suriyeli kadınların erken doğum yapma aralıkları biliyorsunuz çok azaldı ve doğum yaşları çok düştüğü için o alanda eksikliğimiz var. Yani hasta bilgilendirme açısından ben eksikliğimiz olduğunu düşünüyorum. Değilse sağlık çalışanlarının hastaya bakımı ve ulaşım konusunda sorun olduğunu düşünmüyorum açıkçası.” (S6)

2005 yılında gerçekleştirilen Ulusal Anne Ölümler Araştırması'nın kalıcı etkilerinden biri olan ve anne ölümlerine ilişkin artan farkındalıkla beraber bu alanda eksikliği tespit edilen sağlık personellerinin hizmet içi eğitimleri, sadece belirli illerdeki uzmanlarla sınırlı kalmamıştır. Bu kapsamda, sağlık personelinin yetersiz olduğu alanlar tespit edilmiş, belirli sıklıklarla bu konulardaki hizmet içi eğitimlere devam edilmiş, eğitilen sağlık personelinin sağlık sistemi içerisinde ihtiyaç duyulan birimlerde görevlendirilmesi üzerine planlamalar yapıldığı görülmüştür. K1, sağlık personellerinin eğitimi ve sistem içerisinde ihtiyaç duyulan birimlerde değerlendirilmesine değinmiştir:

“...Bu konuda [anne ölümleri] ciddi bir farkındalık arttı. Biz ne yaptık? Ebeleri eğittik, bak ebelerimiz, doğum salonundaki ebelerimiz yıllardır hiçbir eğitim yüzü görmemiş... Biz ebelerin, onlara da iki buçuk

gün süren, aynı bu kadın doğum uzmanı versiyonunun ebe versiyonunu yaptık... Yaklaşık 15 bin ebeyi bu şekilde eğittik. Hatta bir kısmı tekrar tekrar tazeleniyor. Şimdi şehir hastanesine taşınacağız artık odalar tek kişi yani biz şöyle diyoruz o sistem oturana kadar hiç olmazsa ebeler kadına bire bir destek versin fiziksel ve ruhsal destek. Ona ne yapsın ağrıyı azaltıcı yöntemler, işte masajlar yürüyüşler birtakım şeyler hani bu korkuyu işte ağrı ve korkuyla beraber olan psikolojik sorunları çözecek, onları versinler. Biz onun için yani hastane bizde şöyle yapıyoruz artık ebeleri mümkün olduğu kadar doğumlara dahil etmek istiyoruz.” (K1)

## Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı

Doğum öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin gebeleri bilgilendirmeyi amaçlayan “gebe okulları”, birinci gecikme modelinden kaynaklanan anne ölümlerini azaltmak amacıyla gerçekleştirilen Sağlık Bakanlığı uygulamalarından biridir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlık Bakanlığı uzmanları tarafından verilen bilgilere ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu verilerine göre 2021 yılında 447 bin 240, 2022 yılının ilk dokuz ayında ise 504 bin 849 gebeye bu program aracılığıyla bilgilendirme yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022):

“Gebe bilgilendirme sınıfları oluşturduk hani bu anne ölümlerini azaltmaya yönelik o da bir eğitim programı, onların da dokümanları var. Gebeleri antenatal izleme geldiklerinde davet ediyoruz odaya. Orada gebelikle ilgili bilgiler veriyoruz hangi riskli durumlar, ne zaman hastaneye geleceği konusunda... Hani birinci gecikmeyle alakalı bilgilendirmeyle alakalı öyle bir programımız da var.” (K1)

## Şehir Hastaneleri

Şehir hastanelerinin çok disiplinli yapısı, farklı branşları ve uzmanları bünyesinde tutması ve dolayısıyla şehir hastanelerine gelen bir hastanın bütüncül sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması hakkında uzmanların olumlu değerlendirmelerde bulunduğu görülmüştür. Klinik çalışmalarını sürdürürken bir yandan sivil toplumda aktif olarak çalışan S6, şehir hastanelerini, hastaların tüm medikal ihtiyaçlarının tek bir çatı altında giderilmesi bağlamında olumlu bir fırsat olarak değerlendirmektedir:

“Aslında şehir hastanelerindeki... Sağlık sistemini tek bir yere odak noktasında toplamak var. Bu aslında çok güzel. Şöyle; bir hasta eğer ulaşabilirse ulaşım ile ilgili bir sıkıntısı olmazsa hasta oraya gittiğinde nereye gideceğini bilir, hangi hekime ulaşabileceğini bilir ve her şeyi oradan halledebilir. Bu çok güzel bir uygulama... Eğer otoban sistemi varsa ulaşım ile alakalı bir sorun yaşamayacaklarsa zaten halihazırda gittikleri yerde belli olacak. Olumlu tarafı bu diye düşünüyorum. Çünkü şehir içerisindeki bir merkeze de ulaşmak çok zor... Hani şehir içinde de trafik yoğunluğu çok fazla olduğu için.” (S6)

## Uluslararası Göstergeler

Türkiye'nin anne ölümlerinin azaltılmasındaki yeri küresel ölçekte değerlendirildiğinde, birçok dünya ülkesine kıyasla anne ölümlerinin azaltılmasında önemli bir başarı elde edildiğine vurgu yapılmıştır. Kamuda ve akademide anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik olarak çalışmalarda bulunmuş, aktif olarak sivil toplumda çalışmalarını sürdüren S3, Türkiye'nin anne ölümü oranlarını düşürmesindeki başarıyı olumlu olarak değerlendirirken, karşılaştırma seviyesinin doğru seçilmesiyle ilgili görüşlerini aktarmıştır:

“Uluslararası hedef 70 ama Afrika... Var bunun içinde, şu anda 1000 olan, anne ölümü 1000 olan Afrika

ülkesi var. Bu 70'in biz çok 28.5 ile birlikte altına inmişiz. Onun için hep biz çok başarılıyız anne ölümünü azaltmada. Yani bunu ben artık kabul edebilir miyim, 70?" (S3)

Hem klinik olarak hem sivil toplumda kadın sağlığı ve anne ölümlerinin azaltılması üzerine çalışmalarını sürdüren S6 ise Sağlık Bakanlığının devam ettirdiği çalışmaların etkilerinin uluslararası göstergeler aracılığıyla anlaşıldığını vurgulamaktadır:

"Dünya Sağlık Örgütü yüz bin canlı doğumda anne ölümünün yetmişin altına düşürülmesini hedeflemekte. Ve aslında Türkiye bunu başarmış gibi duruyor. Tabii ki son zamanlarda bakanlık uygulamaları çok güzel, çok etkin şekilde eğitimler çok sürekli hale getirildi. Bizim Sağlık Bakanlığının kamu kuruluşlarına, yani sağlık kuruluşlarındaki bakım standartlar çok yükseltildi... Bakanlık gerçekten çok güzel bir politika yürütüyor bu anlamda. Sağlık personeli hizmet içi eğitimleri çok fazla artırıldı. Hasta yaklaşımı konusunda doğum sonrası bakım standartlarımız çok yüksek. Sağlık personeli çok bilinçli yaklaştığı için bence bu seviyede ciddi artış olduğunu düşünüyorum." (S6)

## Anne Ölümlerine İlişkin Kayıt Sistemi

Görüşmelerde, Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) uygulamalarıyla birlikte genel olarak kayıt sistemindeki olumlu gelişmelerin anne ölümlerine dair kayıtların gelişmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bununla beraber, özellikle 2013 yılında elektronik ÖBS'ye geçilmesi sayesinde ölüm kayıtlarının da dijital ortamda işlenmesi, anne ölümüne dair kayıtların takibinin kolaylaşması ve bunların bir sonucu olarak veri kalitesinde önemli iyileşmeler söz konusu olmuştur. Sivil toplum kuruluşlarında aktif rolünün yanı sıra akademisyen olarak da bu alanda çalışan A5, ölüm bildirimleri konusundaki gelişmeyi "Ölüm bildirimleri son derece kötüydü. Değil anne ölümü normal herhangi bir erişkinin ölümünü bile anlayamazdınız." sözleriyle özetlemiştir. Halk sağlığı alanında çalışmalarını sürdürmekte olan K6 da elektronik sistemin avantajlarına değinmiştir:

"... Ölüm bildirim sistemi elektronik ortama aktarıldığından beridir ölen tüm popülasyonun listesi var elimde. Geriye dönük incelemesini yapabiliyorsunuz yeri geldiğinde yaş sınıflandırılmasına cinsiyetine göre bakabiliyorsunuz." (K6)

Ölüm kayıtlarının elektronik ortama aktarılmasından önceki dönemlerde ölüm verilerinin kalitesinin iyi olmamasının bir sonucu olarak duyulan ihtiyaçtan dolayı, bölgesel düzeyde çalışmalar gerçekleştirildiğine atıf yapılmıştır. Halk sağlığı alanında çalışmalarını sürdüren A5, geçmiş dönemlerde yaptıkları çalışmaları örnek göstererek kaliteli ölüm verilerine duyulan ihtiyacı aktarmıştır:

"Biz orda kendimiz işte bu ihtiyaç nedeniyle böyle bir şey yapmaya çalıştık o debase programında ve ölümleri hani yıllık ne kadar ölümümüz var bunlardan tanımlayabileceğimiz spesifik çocuk ölümü, bebek ölümü, anne ölümü var mı ya da nedenlere göre dağılım yapabiliyor muyuz diye çalışıyorduk." (A5)

Bu kapsamda, özellikle bölgesel olarak geri bildirimlerin öneminden bahsedilmiş; verilerin Türkiye genelinde değerlendirilmesi önemli olsa da muhtemel ölümleri önleyebilmek için yerel olarak da bir değerlendirme ve derleme yapılmasının öneminden bahsedilmiştir. Her ne kadar illere bu anlamda il ziyaretleri ve geri bildirimler



yapılıyorsa da, bu konuda kamuda çalışan uzmanlardan K6, il bazında toplanan bilgilerin ve yapılan değerlendirmelerin kapsayıcılığının önemine değinmiştir:

“COVID ölümleriyle ilgili tüm listeler elimizde, hepsini tuttuk. Vakaların isim listelerini tuttuk [il ismi]’deki tüm COVID vakalarının... Tüm gebe pozitif gebelerin listesi elimizde. Onu inceleyebiliyoruz. Onu görebiliyoruz dolayısıyla vereceğimiz rakamlar her halükârda %100 doğruya yakın rakamlardır, kaçak yoktur deme gibi bir şeye geldik. Çünkü hem gebeleri izliyoruz hem popülasyonu izliyoruz. Artı ölüm bildirim sistemi elimizin altında. Daha öncesinde kurumlardan tek tek ölen kim var diye bilgi toplarken şu anda zaten doğrudan bize geliyor biz onaylıyoruz burada... Yani geriye şey kalıyor yani bu veriyi değerlendirmek, dökümanete etmek kalıyor zaten.” (K6)

K1 ise anne ölümlerine dair toplanan ölüm verilerinin düzenlenmesi ve eksikliklerin tespit edildiği yerlerde gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için veri toplama ve düzenleme sürecinden bahsetmiştir:

“... Bütün onlar bir SPSS programı bakanlıkta, bunlar illere geri bildirim yapıyor. O dosyadaki dosyanın içinde geri bildirim bir örneği konuyor yani ile gönderdiğimiz... Birtakım bilgileri var işte yaşı, demografik verileri, kaçınıcı paritesi, ölüm zamanı, eğitim düzeyi, kır kent... Birtakım Excel programı oluşturduk hani nihayetinde ihtiyacımız olacak şeyleri, zaman zaman onu güncelliyoruz. Bakıyoruz ki bir veriye ulaştınca... Sütunumuzda yok mesela onu ilave ederek yapıyoruz veya onun tanısına göre... Bunların alt kırılımlarının hepsini oraya işliyoruz... Gecikme modeli bir iki üç onları yazıyoruz, hangi tanı olduğunu ICD10 kodlarını yazıyoruz...” (K1)

Sivil toplum içerisinde çalışmalarını sürdürenlerin arasından S2 de, anne ölümlerinin güncel durumunun tespit edilmesi, azaltılması için ihtiyaç duyulan alanlara yönelik çalışmalar yapabilmek ve bu çalışmalardan etkili sonuçlar elde edebilmek için ölüm verilerine duyulan ihtiyacı vurgulamıştır:

“Burada bir kere şimdi anne ölümlerinde çok başarılı adımlar atıldı doğru. Bir platoya geldik... O plato devam mı ediyor. Yoksa pandemiye ve koşullara bağlı olarak bir yerlerde artış mı oldu? Yani bunları göremeden, nedenlerini analiz edemedi bu konuda çözüm üretebilme zor bir şey.” (S2)

Anne ölümlerini gerçeğe uygun şekilde kayıt altına almanın önemi özellikle halk sağlığı uzmanları ve bu alanda çalışan akademisyenler tarafından gündeme gelmiştir. Veri konusunda ilgili sağlık personellerinin ve kamu çalışanlarının farkındalığa sahip olması da ayrıca vurgulanmıştır. Tetkiklerin ve değerlendirmelerin standartlara uygun yapılması ve ölümlerin dijital ortamda doğru şekilde bildirilmesi için hizmet içi eğitimlerden yararlanılabileceğini dile getiren uzmanlar, genel olarak kayıt sisteminin iyi çalışmasının hem ülkemizdeki anne ölümlerine ilişkin göstergelerin gelişme düzeyine uygunluğunu daha iyi takip edebilmek hem de politika üreticilerine veriye dayalı politika geliştirmek için önemli bir kaynak olduğunun altını çizmiştir. Anne ölümlerinin azaltılması konusunda uzun zaman emek vermiş A5 hem farkındalık hem de beceri konusunda önerilerde bulunurken, hekimlerin sorumlulukları arasında veri ile ilgili sorumlulukların olduğunu hatırlatmıştır:

“Dünyanın en iyi cerrahı olabiliriz ameliyat yapabiliriz o hastamızı kaybettiğimiz zaman ona ölüm bildirimini girmek zorundayız... Bildirim yapmak kaliteli bildirim yapmak sizin sorumluluğunuzun son noktası. Ancak onu yaptığınız an göreviniz biter... Çünkü siz istediğiniz kadar hastanıza bakın bilmem ne çekip gittikten sonra iyi bir dosya kapatması yapmazsanız, ilgili verileri girmezseniz işiniz bitmemiş demektir... Biz hastanede



eğitim aldıktan sonra dahili cerrahi tıp bilimleri asistanların hepsine ders verdik ölüm bildirim sistemi formu nasıl doldurulacak... Nedenler niçin önemlidir bebek ve anne kadın ölümü bu konuda anne ölümlülüğü neden önemlidir diye... En az iki kez kendimiz gündeme şey koydurttuk ve bir de hocalara anlattık çünkü hocalar bilmezse asistanın onu doldurmakla... [geçirdiği] süreye "Aa ne çok vakit kaybettin, hadi." filan diyebilir... Hepsinin bilmesi gerekiyor. Şimdi bunlar yapıldıktan sonra tabi insanlar önüne o form geldiği için hani böyle bir gerekliliğin farkındalığı çok olmuş oluyor. Farkındalık da yetmez beceriyi de kazandırmanız gerekiyor." (A5)

Uzmanlar tarafından aktarılan bir nokta, Ölüm Bildirim Sistemi ile kayıt sisteminin dijitalleşmesi ve bunun bir sonucu olarak kayıtların iyileştirilmesine ek olarak, dijital sistemin kurgusunun hekimlerin gözünden kaçan noktaların tekrar değerlendirilmesini mümkün kılan bir boyutu olduğuna dair değerlendirmeleridir. Halk sağlığı alanında çalışmalarını sürdüren A5, Ölüm Bildirim Sistemi kullanılırken bildirilen ölümlerin anne ölümü olup olmadığına ilişkin uyarıların kayıt sürecini iyileştirdiğini ve hekime yardımcı olduğunu belirtmiştir:

"Ama Ölüm Bildirim Sistemi girince şöyle bir şey var sizi belli bir yolda tutuyor... Anne ölümü bebek ölümü bölümü biliyorsunuz kadın ölümü ve bebek ölümü ilk kez konu artık birdenbire farkına varıyorsunuz ya bu kadın işte 12-50 yaş döneminde hani anne ölümüyle ilgili sorgulanması gereken bir şey de mi falan diye sizi böyle uyarın bir şey ve onu tıklamak zorundasınız." (A5)



# Anne Ölümünün Azalmasına İlişkin Sorunlar ve Engeller

□ E. Mümine Barkçin, Kardelen Güneş

Anne ölümlerini azaltma konusunda Türkiye önemli bir ilerleme kaydetmesine rağmen, araştırma kapsamında farklı alanlara ilişkin sorunlar da gündeme getirilmiştir. Genel olarak bu sorunların ağırlıklı sebepleri anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik sağlık sistemindeki uygulamalardan çok, arka planda yapılmayanlara ilişkindir. Yapılmadığı belirtilenler arasında yaşam boyu cinsel sağlığın bütünlüklü bir yaklaşım ile ele alınmaması, çocuklardan başlayarak yaşa uygun verilecek cinsel sağlık eğitimlerinin eksikliği, aile planlaması hizmetleri ve gebeliği önleyici yöntemlere erişimde ve istenmeyen gebeliklerin yasalarla belirlendiği çerçevede sonlandırılmasında karşılaşılan zorluklar örnek olarak verilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sisteminde oluşturduğu problemler ile sağlık hizmetlerine, özellikle aile planlaması hizmetlerine, erişimi etkileyen çeşitli faktörler sağlık politikaları başlığı altında ele alınabilirken, diğer faktörler arasında dezavantajlı gruplar, hem toplumun hem de sağlık personelinin anne ve kadın sağlığına yönelik farkındalık düzeyi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve Covid-19 pandemisinin etkisi ön plana çıkmaktadır. Görüşmelerde ayrıca, anne ölümleri verisinin oluşturulma ve kaydedilme süreçlerinde yaşanan sorunlardan da söz edilmiştir.

### “Sağlığın Politikası Olmalıdır, Sağlık Politikaya Alet Edilmemelidir”

Akademisyenler ve halk sağlığı uzmanlarıyla yapılan görüşmelerde, Türkiye'de anne ölümü oranının ve nedenlerinin değişiminde sağlık politikaları ön plana çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçişte ve bu sürecin tamamlanmasının ardından, kadın ve anne sağlığı açısından anne ölümlerini doğrudan olmasa da dolaylı olarak etkilediği düşünülen birçok olumsuz gelişmeye vurgu yapılmıştır. Kadın sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarını derinden etkileyen pro-natalist bir nüfus politikası olarak değerlendirilen uygulamalar da görüşmelerde sık sık dile getirilmiştir. Bununla birlikte, 1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı kanuna göre belirlenmiş ve sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere sunulması gereken aile planlaması hizmetlerinin ya hiç sağlanmadığı ya da belirli yerlerde kısıtlı imkânlarla sağlandığı bilgisi de dikkat çekmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ya da aile planlaması kliniklerinde ücretsiz olarak verilmesi gereken gebeliği önleyici yöntem hizmetlerinin son yıllarda aksadığı, kadınların rahim içi araç taktırmak için üçüncü basamak ya da özel sağlık kuruluşlarına yönelmek zorunda kaldıkları, bu yöntemlere dair danışmanlık hizmetlerine de artık kamu sektöründe öncelik verilmediği belirtilmiştir. Üreme sağlığı ve kadın sağlığı alanlarında çalışan bir akademisyen olan A1, anne ölümleri alanında Türkiye'deki gelişmeleri değerlendirirken 1978 yılında hazırlanan Alma-Ata Bildirisi'ne<sup>2</sup> atıfta bulunarak tüm hizmetlere eşit erişimin sağlandığı politikalara ihtiyacın çok uzun zamandır gündemde olduğundan söz etmiştir:

“Şimdi yazılı olarak olmasa bile uygulamada yeniden pro-natalist bir uygulama sürüyor şu an. Yani yasa duruyor orada ama hem isteyerek düşükler konusunda bir uygulamada sıkıntılar çıkarılıyor, hem de aile planlaması hizmetleri ile ilgili bir temel sağlık hizmeti olmasına rağmen ... Çünkü vermediğiniz zaman anneler ölüyor, vermediğiniz zaman bebekler ölüyor ... Bağışıklamayı nasıl sunmazsanız nasıl insanlar,

2. Temel sağlık hizmetleri açısından önemli bir dönüm noktası olan ve 1978'de Dünya Sağlık Örgütü'nün Kazakistan'da gerçekleştirdiği Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nın çıktısı olan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ve gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından yetersiz durumuna dikkat çeken DSÖ'nün 30. Genel Kurulu'nda “2000 yılında herkese sağlık” hedefiyle temellendirilen Alma-Ata Bildirisi bu hedefe ulaşmak için izlenecek ilkelerin bildirildiği bir belgedir (Öztek, 2018).

çocuklarımız da dahil patır patır ölürse bulaşıcı hastalıklardan, aile planlaması hizmetini sunmadığınız zaman da bunu yine kadınlar hastalanarak ölümlerle ödeyeceklerdir karşılığını. Onun için temel sağlık hizmeti diyor zaten.”(A1)

Bahsi geçen pro-natalist politikanın etkilerini özellikle 2010’lu yıllardan itibaren daha yoğun olarak gösterdiğini belirten uzmanlar, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin giderek zorlaştığını eklemiştir. Pandemi döneminde ise, dünya genelinde gebeliği önleyici yöntem temininde yaşanan zorlukların Türkiye’de önemli ölçüde hissedildiği, buna bağlı olarak istenmeyen gebeliklerin artmış olabileceği ifade edilmiştir. Gebe kadınlara 10 haftaya kadar gebeliklerini sonlandırma hakkı tanıyan 2827 sayılı Kanunun ise, güncel sağlık sistemi içinde işlerliğini kaybettiği, birçok kamu hastanesinde gebeliği sonlandırma hizmetinin alınmasının zorlaştığı, hatta caydırıcı hale geldiği vurgulanmaktadır:

“Son dönemdeki düzenlemeler belki yasal belki altyapıyla ilgili şeyler ama bu tür işleri [gebelik sonlandırma] çok daha güçleştirdi. Hastane başvuruları küretaj için sürekli onaylar ve şeye bir çeşit yıldırma herkes her yerde şeyi yapamıyor kürtajı. Bunlar daha sevimsiz, daha uygun olmayan şartlara yönelmelerine yol açabiliyor.”(A10)

Türkiye’nin farklı bölgelerinde çalışmış halk sağlığı uzmanı, akademisyen A10, yakın arkadaşlarından birinin gebeliğini sonlandırmak için eşyle birlikte gittikleri devlet hastanesinde, eşinin onayının tekrar tekrar sorulmasından rahatsız olduğunu, cayması için bir teşvik olarak algıladığını aktarmıştır. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hakkını sağlayan bu yasanın ortaya çıkma ve kabul edilmesinin arkasında sağlıksız ortamlarda ve yöntemlerle gerçekleşen düşük uygulamalarının anne ölüm oranlarındaki artışa neden olmasının bulunduğunu hatırlatan uzmanlar, bu hizmetin olması gerektiği şekilde sağlanmadığı takdirde halk arasında “merdiven altı” diye tabir edilen yöntemlerle gebelik sonlandırma işlemlerinin giderek artacağını, bunun da kaçınılmaz olarak anne ölümlerini yeniden yüksek seviyelere getireceğini belirtmiştir.

Sağlık sisteminin dönüşümüyle birlikte en çok vurgulanan sorunlardan birisi de gerçekleştirilen gebe izlemlerinin içeriğinin net olarak bilinmemesidir. Bunun arkasındaki sebepler ise, kadınların tercih ettikleri basamaklara başvurabilmesinin sonucu olarak genelde ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kuruluşlarında artan iş yükü, birinci basamağa bağlı nüfusun fazla olmasından dolayı her hasta için ayrılan muayene süresinin azaltılması ve bazı gebe izlemlerinde en temel uygulamalardan biri olan tansiyon ölçümünün bile yapıp yapılmadığına dair şüphelerin olmasıdır. Önlenebilir anne ölümlerine sebep olan faktörleri önceden belirlemek için elzem olan gebe izlemlerinin yeterli kalitede gerçekleştirilemediği endişesi kadın hastalıkları ve doğum alanında aktif olarak çalışan A8’de de görülmektedir:

“... preeklampsinin doğası gereği böyle bir durum var yani preeklampsi sessiz düşman kabul ediliyor biliyorsunuz. Yani hastanın tansiyonunu illaki ölçmesi gerekiyor ya onu da yapamıyoruz yani sağlık kuruluşlarında bile tansiyon ölçümü sağlıklı değil. Yani bugün buraya [hastane ismi]’ne 100 tane gebe geldiye ben eminim 20 tanesinin tansiyonu ölçülmemiştir. Tansiyon da ölçmüyoruz kuruluşlarda. Yani ölçme rutin ama kaç kişi ölçülüyor şimdi onla ilgili de bir çalışma yapacağız ebelik bölümünden hocalarımız onu yapacak yürütecekler.”(A8)

Görüşmelerde sıkça Türkiye’de yazılı bir şekilde olmasa da uygulamada pro-natalist bir nüfus politikasının yürütüldüğü, bunun sağlık politikalarına da etki ettiği düşüncesi farklı açılardan ön plana çıkmıştır. Kadınların kendi başlarına sağlıksız bir şekilde düşük başlatma ve istemli düşük uygulamalarının sonucunda artan anne ölüm oranlarından yola çıkarak 1983’te kabul edilen yasanın anne ölümlerinin azaltılması üzerindeki olumlu etkisini

hatırlatan uzmanlar, güncel durumda yasanın pratikte yok sayılabildiğini, hatta sağlık personelinin dahi bu konuda yanlış bilgilerinin olduğunu vurgulamaktadır. Eşit ve ücretsiz aile planlaması hizmetlerine erişememe sorununu ortaya çıkaran bu uygulama, yine sağlık sisteminin değişmesiyle gelen yoğun iş yükü ve kısalan muayene sürelerinin de etkisiyle gebe izlemlerinin niteliğinin düştüğüne vurgu yapılmıştır.

## Performans Sisteminin Götürdüğüleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte yapılan yeniliklerden birisi de birinci basamakta aile hekimlerine uygulanmaya başlanan performans sistemidir. Bu sistemde aile hekimleri, görev alanları olarak belirlenen sağlık hizmetlerini gerçekleştirmediklerinde negatif performans uygulanmakta ve mevcut maaşlarından kesinti yapılmaktadır. Aile hekimlerinin görev alanları arasında bağlı oldukları aile hekimliklerine kayıtlı gebeleri ve bebekleri izlemeleri de yer almaktadır. Bu noktada gündeme getirilen sorunlar arasında eski sağlık ocağı sistemindeki gibi bölge hâkimiyetinin kalmamış olması, aile hekimlerinin yalnızca kendilerine kayıtlı kişilerden sorumlu olması, bu kişilerin de buldukları bölge dışında bir bölgede bulunma ihtimallerinin sağlık hizmetlerine erişimde sorunlara yol açabileceği olarak açıklanmıştır. Özellikle önlenebilir anne ölüm nedenlerinin erken tespiti açısından ev ziyaretlerinin önemini vurgulayan birçok uzman, aile hekimliği sistemiyle bu uygulamanın sona erdiğini, ebelerin sağlık sistemi içinde geri plana atılmaları ve prestijlerinin düşmesinin birçok soruna neden olduğunu aktarmıştır. Hem akademiye hem de sivil toplum kuruluşlarında uzun yıllar çalışmalar yürütmüş S9, bu konuya dair şunları söylemiştir:

“Çünkü sağlık ocaklarında ebe-hemşireler ev ziyaretleri yaparlardı. Üç ayda bir falan. Yani erken teşhis tespit açısından gebeliğin çok önemli. Ve sağlık kuruluşuna ulaşamayanların da evlerinde izlenmesi bilgilendirilmesi bir nevi danışmanlık verilmesi onlara. Gebelikte beslenme, bebek bakımı, anne sütüyle beslenmenin teşviki mesela bebeğin bunlar doğrudan yani ev ziyaretleriyle de yapılıyordu.” (S9)

Ebelerin geri plana atılması, aile hekimliği sisteminde yer alan ve “yardımcı sağlık elemanı” olarak belirtilen sağlık çalışanlarının ebe ve/veya hemşire olma zorunluluğunun olmaması ile de kendini göstermektedir. Kadın sağlığı, anne ve çocuk sağlığı alanlarında uzmanlığı olmayan hekimlerin de bu pozisyonlarda çalışabiliyor olmasının sistemde aksaklıklar ortaya çıkardığı dile getirilmiştir. Aile sağlığı merkezlerinin A, B, C, D<sup>3</sup> şeklinde gruplandırılmasının ve yalnızca A ve B grubunda aile planlaması hizmetlerinin sunulmasının yine kırsal alandaki kadınları dezavantajlı bir konuma soktuğu belirtilmiştir. Buna rağmen, A ve B grubu aile sağlığı merkezlerinde aile planlaması hizmetlerinin performans sistemine dahil olmadığı için sağlanması beklenen hizmetlerin genellikle uygulanmadığı sık sık belirtilmiştir. Burada öne çıkan en önemli nokta rahim içi araç (RIA) uygulamasında ve hap ve kondom gibi etkili gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı konusunda danışmanlık hizmetleri ve yöntem teminlerinde eksiklikler olmasıdır. RIA uygulaması sertifika eğitimlerinin eskisi kadar yoğun gerçekleştirilmemesi bir yana, ebe ve hemşirelerin de edinebileceği bu sertifika sayesinde, uzmanlara göre, aile planlaması hizmetlerinin birinci basamakta sunulmasının kolaylaşacağı belirtilmiştir:

“Benim dönemimde her bir sağlık ocağında inanın köylerdeki sağlık ocağında rahim içi araç için eğitilmiş ebelerimiz vardı ve bunlar yapılan çalışmalarla da ortaya konduğu üzere yani çok iyi hekimler ve hekimlerden daha iyi hatta olduğunu gösteren biliyorsunuz [kişi ismi] hocanın meşhur bir çalışması vardır Hacettepe bölgesinde. Onlar çok güzel takarlardı, izlerlerdi ve kadınlar bunu kullanırlardı problemsiz bir şekilde. Diğer

<sup>3</sup> Aile sağlığı merkezlerinin teknik ve fiziki donanımlarına göre yapılan bu gruplamada A en üst grubu, D ise en alt grubu göstermektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre "Aile sağlığı merkezinde gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m<sup>2</sup>'lik müstakil bir oda" oluşturulması, bu odada ise jinekolojik muayene masasının bulunması gerekmektedir. Bu şart yalnızca A ve B grubu ASM'lerde aranmaktadır.

malzemeler de bolca verilirdi oysa şu anda hani böyle bir ihtiyaç var ama bunun karşılanmasında ciddi sorun var.”(A5)

Aile planlaması hizmetlerinin sunulmasına dair sık sık geçmiş dönemle karşılaştırmalar yapan ve anne ölümleri konusunda ve halk sağlığı alanında uzun yıllardır çalışan A5’in de belirttiği gibi, ebelere rahim içi araç eğitimi verildiğinde hekimler kadar iyi uygulayabildikleri bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Ebe ve hemşirelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve özellikle aile planlaması hizmetlerinin sunulmasında daha aktif olarak yer almaları, bölge hâkimiyetinden ziyade, halk sağlığı alanında çalışmalar gerçekleştirmiş A3’ün “kayıt hakimiyeti” olarak tanımladığı sistem ile çalışan ve kendisine bağlı çok fazla nüfus olan aile sağlığı merkezlerinde gözlemlenen yoğun iş yükünü hafifletmenin ve sağlık ocağı sisteminde yer alan ekip anlayışının yeniden yerleşmesini sağlamanın yanında, kadınların birinci basamakta etkili gebeliği önleyici yöntemlere ulaşmasını da kolaylaştıracaktır. Bununla birlikte, görüşülen uzmanların da vurguladığı gibi, yöntem uygulamalarının ve temininin performans sistemine dâhil edilmesi de aile hekimlerini aile planlaması hizmetlerini sunmaya teşvik etmek açısından önemli bir adım olacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla birlikte amaçlanan noktalardan birisi kişilerin birinci basamaktan başlayarak sağlık hizmetine başvurmalarıdır. Birinci basamakta aile hekiminin uygun gördüğü takdirde kişiyi diğer basamaklara sevk etmesiyle İngiltere ya da Hollanda’da uygulanan sevk zinciri modelinin oluşturulması amaçlanmıştır. Ancak uzun yıllardır kadın sağlığı alanında çalışan hekimlerden biri olan A8’in belirttiği gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla pilot olarak başlatılan süreçte dahi birinci basamak sağlık kuruluşlarında sorunlar ortaya çıktığı görülmüştür. Öncelikle birinci basamaktaki aile hekimlerine başvuru zorunluluğu getirildikten kısa bir süre sonra bakanlığın sevk zinciri zorunluluğunu terk etmek zorunda kaldığı ve kişilerin istedikleri basamaktaki sağlık kuruluşuna başvurabilmelerinin sağlandığı belirtmiştir. Birinci basamağın görevlerinden birinin koruyucu hekimlik uygulaması olduğu, aile hekimliği sisteminin gelmesiyle kaybedilen bölge hâkimiyetinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması açısından da bir risk oluşturduğu dile getirilmiştir. Halk sağlığı alanında akademide farklı illerde çalışmış A10, koruyucu hekimlik anlayışına ve bunun anne ölümlerine etkisine dair şunları söylemiştir:

“Ama ben bir halk sağlıkçuyum ve biz hep koruyucu hekimlik deriz. O zaman aslında bu aşamaya gelmemeli. Yani bu aşamaya gelmeden sistem nerde çalışmıyor nerde eksiklik çıkıyor ama sonuç şey sorun gebelik olunca doğum olunca bununla ilgili şeyde son dakikada her an şey değişebilir. Yani her an iyi giden bir şey ters bir şeye geçebilir. Ona göre hareket etmek lazım yani muhtemelen erken dönemde riskli şeyler yakalanıyor diye düşünüyorum daha çok hani tanımlanan risklerde daha düşük olduğu ... [düşünülen] ya da ne bileyim riskin daha az olduğu göz ardı edilebilen konulardaki şeyler vakalar sorun yaşıyor olabilir.” (A10)

Pek çok görüşmede vurgulanan aile hekimlerinin bölge hâkimiyetindeki yetersizliğinin özellikle 15-49 yaş kadın ve gebe izlemleri çerçevesinde önem kazandığı görülmektedir. Sağlık ocağı sisteminde bölge tabanlı hizmet sunulurken yapılan ev ziyaretlerinin amacı hekime bağlı nüfusun genel sağlık durumunun değerlendirilmesiydi. Ancak aile hekimliği sisteminde aynı bölgede yaşanmasa dahi seçilen bir aile hekimliğine kaydolmanın mümkün olması, hatta aynı hanedeki kişilerin farklı aile hekimliklerine kaydolabilmesi hem koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu hem de sağlıktaki bütünlüklü yaklaşımı zedelediği belirtilmiştir. Bununla birlikte sağlık ocağı sisteminde gerçekleştirilen ev ziyaretlerinin sağlık çalışanlarıyla kadınlar arasında bir güven ve birlik bağı oluşturduğu da halk sağlığı alanındaki akademisyenlerden A3 tarafından vurgulanmıştır:

“Kayıt sistemi girdiği için ASM’lerde kim oraya kaydolduysa ve başvurular. Hâlbuki sağlık ocağı sisteminde bu tamamen o bölgenin hakimiyetini kurmaya çalışıyordunuz. Bölgede yani laf aramızda işte birisi top oynasa

haberini almak zorundaydı... Bunun haberini alırdın çünkü kadınlar da yardım ederdi bize. Kadınlar şöyle yardım ederdi: işte Ayşe hanımın gelini var hamileymiş duydum falan derdi böylece bizim ebe de oraya giderdi. Kadınlar bunu dedikodu olarak yapmazlardı, hizmete katkı sunmak için yaparlardı. Bak onu da takip edin hani bizi takip ediyorsunuz gibi. Çok güzel bir şeydi. Bir bütünlük olurdu, sağlık ocağı sanki o hizmet veren bölgenin bir işte ne biliyim bakkalı ya da ileri geleni falan gibi olmaya başlardı ve bir güven ortamında çok özel bilgilerini paylaşırlardı o sayede.” (A3)

Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla sağlık ocaklarının aile sağlığı merkezlerine dönüşmesinden sonra ebe ve hemşirelerin arka planda kalması ve aile hekimlerinin koruyucu hekimlik anlayışına uygun bir şekilde gerçekleştirdikleri ev ziyaretlerinin sonlanmış olması uzmanlar tarafından anne ölümleri açısından bir risk olarak görülmektedir. Bölge hâkimiyetinin yerine kayıt hâkimiyetinin gelmiş olması ve yalnızca başvuran hastaya müdahale edilmesi hem sağlık çalışanlarıyla kadınlar arasındaki ilişkiyi zedelemiş hem de bütünlüklü sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırmıştır. Bu durumdan ise en çok dezavantajlı grupların etkilendiği belirtilmektedir.

### Dezavantajlı Gruplar

15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadın izleminin aile hekimleri için bir performans göstergesi olmaması ve dolayısıyla bu izlemin sağlık ocağı sistemindeki titizlikle yapılmaması önlenemez anne ölümlerinin tespiti ve takibi konularında zorluklara sebep olmaktadır. Bölge tabanlı hizmetin yürürlükten kaldırılmasının olumsuz etkisinin ise yoğunluklu olarak göçmenler ve mevsimlik tarım işçileri gibi yine risklere daha açık olan savunmasız gruplarda hissedildiği, 20 yılı aşkın süredir tıp eğitimi alanında çalışan A2 tarafından şöyle ifade edilmektedir:

“Gebelik izlemleri ve yine hani bölge tabanlı dezavantajlı gruplara ulaşmak için de bölge tabanlı hizmet, onların izleme için, göçmenler mesela ciddi dezavantajlı gruplar; göçerler, bu işte tarım işçiliği için yer değiştiren kişiler, izlenmeyen.”(A2)

Yasayla ücretsiz olarak sağlanması belirtilmiş olan gebeliği önleyici yöntemlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarının işlevsiz hale gelmesiyle kadınların mecburen üçüncü basamağa ya da özel hastanelere yönelmek zorunda kalmasıyla ve bu nedenle de yoksul ya da kırsal bölgelerde yaşayan kadınların bu sağlık hizmetlerine ulaşamamasıyla sonuçlanmıştır. Bu durumun halihazırda anne ölümlerinin daha sık gözlemlendiği dezavantajlı gruplarda anne ölüm oranlarının yükselmesine neden olarak var olan ekonomik ve sosyal eşitsizlikleri daha da belirginleştireceği belirtilmiştir. Aile planlaması hizmetleri içinde yer alan gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı ve ücretsiz yöntem temininin de sektöre uğradığını belirten uzmanlar, kağıt üzerinde olmasa da uygulamada pronatalist yaklaşımın geçerli olduğuna işaret etmektedir. Covid-19 pandemisinin de etkisiyle dünya genelinde yaşanan yöntem temin sorununun Türkiye’de de yoğun olarak hissedildiği ve bundan en çok etkilenen gruplar arasında ise yine ekonomik açıdan ya da eğitim açısından dezavantajlı durumda olan kadınlar olduğundan söz edilmiştir. 20 yıldan uzun zamandır tıp fakültelerinde halk sağlığı ve anne sağlığı ile ilgili dersler veren A2, gebeliği önleyici yöntem temininde etkili olan faktörlerin başında birçok uzman gibi sağlık politikalarını göstermiştir:

“Daha önce ücretsiz hizmete erişim daha kolaylaştırılmıştı. Her yerde kolaylıkla AÇSAP polikliniklerinde, sağlık ocaklarında hizmete ücretsiz biçimde erişebilirken... Kadınlar(ın) şimdi hem aile hekimliğine geçiş süreci hem de Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması Polikliniklerinin kapatılması, Sağlıklı Yaşam Merkezlerine, Toplum Sağlığı Merkezlerine aktarılması, diğer hizmetlerle birleştirilmesi gibi pek çok nedenden dolayı erişimleri zorlaştı. Yine Sağlık Bakanlığı ücretsiz olarak yöntemleri dağıtmamaya başladı.”(A2)

Yapılan görüşmelerde kırılğan gruplardan bahsedilirken en çok belirtilen grup göçmenler olmuştur. Özellikle göçle gelen kadınların sağlık güvencelerinin olmaması, Türkçe bilmemelerinin bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinden yeterli derecede faydalanamamaları ve göçmenlerdeki anne ölümlerinin kayıtlarına ilişkin yeterli bilginin olmaması ile ilgili sorunlar ön plana çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak duyurulan anne ölümleri verisi ADNKS dâhilindeki Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını kapsamaktadır. Göçmenlere dair bilgilerin paylaşılmamasının göçmenler arasındaki anne ölümlerine dair bilgilerin eksikliğine yol açtığı belirtilmiştir. Akademisyen A1 bu konudaki bilgi eksikliğini şöyle ifade etmiştir:

“...anne ölümlerine ilişkin çok da bilgimiz yok. Yani doğumlarının büyük bir kısmını sağlık kuruluşlarında yapıyor görünüyor, bizim sağlık kuruluşlarımızda. Yani birinci basamak hizmeti göçmen sağlığı birimlerinden alıyorlar zaten... Düzeyini çok bilmiyoruz, ya onlarla ilgili bütün bilgileri bilmiyoruz zaten. Hiçbir bilgi bilmiyorum...” (A1)

Göçmenlerin yanı sıra engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişim konusunda yaşadıkları zorluklar da birkaç uzman tarafından belirtilmiştir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında sivil toplumda çalışan bir hekim olan S1, engelli kadınlara yönelik uygulamaların yetersiz olduğunu ifade etmiştir:

“... Görme engelli kadınlarla biz çok çalışıyoruz mesela. Onların sağlık birimine ya da sistemine ulaşması çok kolay olmuyor ve engelli kişiler için de sağlık personeli tarafından, sağlık bakanlığı tarafından bakacak olursak bizim sağlık personelimizin de, engelli kişilere yönelik özel bir eğitimleri ya da daha değişik bir uygulamaları yok mesela.” (S1)

S1, görme engelli kadınlarla çalışan hekimlerin kadınlara uygulamaları betimlemeleri, RİA gibi bir gebeliği önleyici yöntem kullanılacaksa kadının eliyle dokunarak hissetmesini sağlamaları, yine jinekolojik muayene masasını iyi bir şekilde tanımlamaları gerektiğini de dile getirmiştir.

Sağlık hizmetlerine başvurmada zorluk yaşayan dezavantajlı gruplardan biri de bekar kadınlardır. Halk sağlığı alanında akademisyen olan A5, üniversite öğrencisi bir kadının 9 aylık gebe iken kanamayla hastaneye acil olarak başvurduğu bir örnekten söz etmiştir. Kendi hastanelerinde yaşanan bu vakada, öğrencinin bu süreçte psikolojik ve fizyolojik sorunlar yaşamasına neden olan toplumsal baskının ve damgalanma korkusunun üstesinden gelebildiklerini anlatmıştır. A5, Türkiye’de bekar bir kadının üreme sağlığı hizmetlerine erişimini “içler acısı” diye tanımlarken, bu konudaki sorunların duyarlı hekimlerin “bireysel dokunuşlarıyla” çözülebildiğine dikkat çekmiştir.

Dezavantajlı grupların genel olarak cinsel sağlık, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişimleri daha zor olduğundan bu kadınlarda anne ölüm riskinin daha yüksek olması birçok uzman tarafından dile getirilmiştir. Bu gruplardan bahsederken yine sağlık ocağı sistemindeki bölge hâkimiyetinin öneminin vurgulandığı dikkati çekmiştir. Bölge hâkimiyetinin aile hekimliği sisteminde azalmasıyla dezavantajlı gruplar daha kırılğan bir konuma gelmişlerdir. Kadın sağlığı ve anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik akademide, kamuda ve sivil toplumda çeşitli çalışmalarda bulunmuş ve aktif olarak sivil toplumdaki çalışmalarını sürdüren S3 de dezavantajlı koşullara itilen grupların kayıtlarına ilişkin gözlemlerine dair şu örneği vermiştir<sup>4</sup> :

<sup>4</sup> Bu ifadeye ilişkin olarak Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü uzmanları, ÖBS'nin 2009 yılında yürürlüğe girdiğini belirterek, ölen kişilerin defin ruhsatı olmadan defnedilemeyeceğini belirtmişlerdir. Ayrıca, ÖBS'deki tüm kadın ölümlerinin tek tek irdelendiği; ölümün anne ölümü olması durumunda ise daha detaylı bir inceleme yapıldığı vurgulanmış ve dolayısı ile anne ölümünün kayda geçmemesi ihtimalinin yok denecek kadar az olduğu belirtilmiştir.



“Burada kayıplar problem. Kayıplar olabiliyor. Şanlıurfa’da biz bu mevsimlik tarım işçilerini çalıştıktı gene kadın sağlığı bağlamında. O arada, orada 5 anne ölümü oldu, yani biliyorum, hiçbir kayda geçmedi. Niye? İmam nikâhı küçük yaş evliliklerdi ve bu bildirildiği takdirde yani hizmet alsa bildirmekle yükümlü hekim, o yapılamayacağına göre yani aile gelmeli hekime, dolayısıyla evde gebelik, evde doğum. 5 ölümü lokal olarak biz orada toplantılar vesaire yaparken ifade edildi.” (S3)

## Covid-19 Pandemisinin Etkileri

Birçok ülkede olduğu gibi Covid-19 pandemisi süresince Türkiye’de de sağlık hizmetlerine erişim daha zor hale gelmiştir. Gebe kadınların hizmete erişimde problem yaşamaları ya da virüs kapma endişesiyle izlemlere gitmemeleri gibi durumlarla da karşılaşmıştır. Halk sağlığı alanında çalışan ve ulusal ve uluslararası çalışmalarda yer almış A3, pandeminin gebeler üzerindeki etkisinin ve gebelerin yaşadığı problemlerin yalnızca Türkiye’ye has olmadığını, Avrupa ülkelerinde de benzer sorunların yaşandığını belirtmiştir:

“Türkiye de bu konuda herhangi bir sıkıntı yaşamadı sıkıntı Türkiye ne biliyim Amerika, Almanya, Fransa’ya göre daha kötü duruma düşmedi. Hep beraber böyle oldu. Bütün dünya olarak böyle olduk. ... gelişmekte olan ülkelerin durumunu bilmiyorum yani Afrika ülkeleri, Uzakdoğu Asya’ya çok hâkim değilim onlarda gebelik ile ilgili. Çünkü hedef, Türkiye’de Afrika’daki herhangi bir az gelişmiş ülkeyle Türkiye verilerini karşılaştırmak değildir. Daima iyi olan ülke işte Fransa gibi İngiltere gibi Japonya gibi. O ülkelerle Türkiye’yi karşılaştırırsınız. Benim arkamda kalan ülkelerle ben Türkiye’yi karşılaştırmam. Onlarla karşılaştırdığım zaman aynı sorunu yaşadık. Covid pandemisi sırasında gebe ölümleriyle ilgili aynı sorunları yaşadık.”(A3)

Dünya geneline bakıldığında pandeminin olumsuz anlamda eşitleyici bir etkisi olduğu, ancak kadın sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişimle ilgili sorunların pandemi öncesinde de var olmakla birlikte bu dönemin sorunları yalnızca katladığı belirtilmiştir. Akademi, kamu ve sivil toplum kuruluşlarında kadın hastalıkları, aile planlaması ve anne ölümleri üzerine çalışan S3, hizmete erişimin ötesinde pandeminin kadına yönelik şiddeti de arttırdığını vurgulamıştır:

“COVID değil hizmetin yani anne ölümleriyle kadın sağlığı ile ilgili hizmetin verilmemesine COVID’den önce de aynı böyleydi. Biraz daha belki etkilendi tabi. Kadına yönelik şiddet arttı COVID dönemi. Çünkü herkes evde. Kadının işi üç misli arttı. İşten atıldılar vesaire. COVID kadını en çok, en kötü etkiledi.”(S3)

Nüfusa dair doğum, ölüm ve diğer olaylara ilişkin kayıtların iyi tutulduğu tüm uzmanlar tarafından dile getirilmekle birlikte, Covid-19 pandemi döneminde özellikle veri paylaşımı konusunda yaşanan aksaklıklar gündeme gelmiştir. Kanunen ölümlerin tespitinin sadece hekimler aracılığıyla veya sağlık kuruluşlarında yapılmasına ek olarak ÖBS ile birlikte tüm ölüm verileri Sağlık Bakanlığı tarafından üretilmektedir. Ölüm verilerinin ilgili kamu kurumlarına Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli yasal işlemlerin yapılması veya istatistiklerin paylaşılması maksadıyla gönderilmesine karşın, pandemi döneminde kamu kurumları arasındaki bu veri paylaşımının sekteye uğradığı anlaşılmaktadır. Klinik çalışmalarını sürdüren halk sağlığı uzmanı A5, bu konuya değinmiştir:

“2020-21 yılları biliyorsunuz ölüm istatistikleri TÜİK tarafından hala açıklanmadı. Bunda da bir garip(lik) var yani devletin iki tane yapısı işte Sağlık Bakanlığı diyor ki TÜİK açıklamıyor. TÜİK de diyor ki Sağlık Bakanlığı bize verileri vermiyor ... Verideki en önemli şey veriye güvenmektir. Ya bu bile başlı başına bir güvensizlik meselesi yani bunun bir sorumlusu yok mu?” (A5)

Pandemi dönemiyle iyice ön plana çıkan yayımlanan verilere karşı güvenilirlik kaygısı bu dönemdeki anne ölüm oranlarının ne kadar olduğu hakkında uzmanları şüpheye düşürmüştür. COVID döneminde aksayan veri paylaşımının diğer araştırmaları ve çalışmaları da etkilemiş olduğu anlaşılmaktadır. Talep edilmesine rağmen Sağlık Bakanlığından ilgili ölüm verilerinin temin edilememesi bu konu üzerinde yapılabilecek bilimsel araştırmaların ve hak savunuculuğunun da önüne geçmektedir. Hem klinik alanda kadın doğum uzmanı olarak hem de halk sağlığı alanında çalışmalarını sürdüren akademisyen A5, verilerin önemine dair yorumlarını aşağıdaki şekilde dile getirmiştir:

“COVID-19 dönemiyle ilgili hiçbir veriye sahip değiliz. En büyük problemimiz bu. Aslında bütün verileri ve özellikle bu anne ölümlülüğü gibi gebelerdeki durum gibi şeyi çok erken dönemde eğer biz çalışabilseydik kendi verilerimizle de savunuculuk çok rahat yapabiliydik...2020 yılı Mart ayında Çin'in paylaştığı bilgiler olmasaydı hastalığın genel belirtileriyle hangi yaş gruplarının daha riskli olduğu filan şu anda kaybettiğimizden çok daha fazla yaşlı kaybederdik. Çünkü risk grubunu bize tanımladılar onlar. Biz iki tane farklı aşığı yapan Türkiye'de dünyadaki en erken grubuz bunların hiçbir verisini yayımlamadık ne kadınlarda ne çocuklarda.” (A5)

Kadının statüsüne dikkat çeken S3, pandeminin yalnızca anne ölümleri açısından değil, kadının toplumdaki konumunu ve gücünü etkileyen her alanda son derece olumsuz etkileri olduğunu dile getirmiştir. Yaklaşık 30 yıldır hekimlik yapan ve kamuda da çalışan S4 ise bulunduğu il özelinde bir örnek vererek pandeminin anne ölümleri üzerindeki doğrudan etkisini gözler önüne sermiştir:

“...bu son dönemde, mesela şeye bağlı anne ölümleri çok oldu, Covid nedeniyle anne ölümleri çok oldu. Ben [il ismi]'nin rakamlarını merak ettim, aldım mesela nedir diye. Geçen yıl 7 tane anne ölümü var [il ismi]'nde. 7 anne ölümü yüksek bir rakam. Şu saate kadar da 3 tane anne ölümü var. ... 7 anne ölümü içinde Covid'e bağlı anne ölümleri de çok var. Benim de sahada takip edebildiğim iki anne ölümü var, böyle pozitif olan gebelerden. Aşıya karşı bir defansın olması bu döneme spesifik bir şey. Bu da o açıdan anne ölümlerini artırdı diye düşünüyorum.”(S4)

Covid-19 pandemisiyle ilgili aşı çekincesi ve aşılardaki bilgi karmaşası birkaç görüşmede gündeme getirilmiştir. Örneğin sivil toplum deneyimi de olan A5, Sağlık Bakanlığının aşı hakkındaki belirsiz tutumunun hastanelerde çalışan hekimlere de yansıdığını, dolayısıyla gebe kadınların aşılınması noktasında bir karmaşa oluştuğunu belirtmiştir. Covid dolayısıyla ölen kadınların ise genelde aşı olmamış gebeler olduğu birkaç görüşmede değinilen bir konu olmuştur.

Bir sivil toplum kuruluşunda yönetici ve hemşire olan S6, pandemide yaşanan hizmete erişim sorunlarını Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla kaybedilen bölge hakimiyeti ile ilişkilendirerek bu sorunların günümüzde çoğaldığını belirtmiştir:

“Aile hekimliği sistemi... Şimdi olumlu tarafları da var. Aslında dezavantajlı tarafları da var. Şimdi dezavantajlı tarafları... Neydi? Önceden Toplum Sağlığı Merkezlerinde ebeler bire bir aslında sahaya çıkıp, değil mi? Kadınlara direkt ulaşabiliyorken aslında şu an iş yükleri çok fazla olduğu için o anlamda biraz eksik kaldılar diye düşünüyorum. Evet bu pandemi ile birlikte bu eksiklik daha da çok arttı. Çünkü insanlar bire bir ulaşması, bireylere bire bir dokunmaları, o temas çok azaldığı için bir uçurum gerçekleşti.”(S6)

Yine pandemi dönemiyle daha çok yurt dışında ön plana çıkan “uzaktan sağlık danışmanlığı” hizmetlerinin Türkiye’de yetersiz olduğu, bu konuda hem sistemin hem de hekimlerin eksik kaldığı dile getirilmiştir. Covid-19 pandemisinin etkilerinin genel olarak görülmesinin yanında, Türkiye’de bu dönem öncesinde de sorunlar yaşandığı ve bu sorunların anne ölümlerini etkilediği belirtilmiştir. Pandeminin anne ölümleri üzerine olan etkilerinden bahsedilirken genelde varsayımlar üzerinden konuşulmuştur. Bunun nedeni olarak bu süreçte veri paylaşımlarının ve paylaşılan veriye olan güvenin azalması gösterilmiştir. Anne ölümü verilerinin kayıtları konusunda önemli bir gelişme sağlanmış olmasına karşın, halen devam eden bu sorunlar, özellikle Covid-19 pandemisi sürecinde verilerin düzenli olarak paylaşılması ile ilişkilendirilmiştir <sup>5</sup>.

## Anne Ölümlerine Dair Farkındalık Düzeyi

Akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarında çalışan uzmanlar, anne ölümlerinin halen güncel ve önemli bir sorun olmasına rağmen, konuya gereken önemin verilmediğini dile getirmiştir. Sağlık personelinin anne sağlığı ve anne ölümlerine ilişkin farkındalık ve bilinç düzeyinin yeterli seviyede olmadığı belirtilmiş, hem hekimlerin hem de kadınların gebe izlemlerinde bebeğe ve onun sağlığına daha fazla odaklandığı vurgulanmıştır. Uzun yıllar kamuda anne ölümlerine ilişkin çalışmaların içinde yer almış K1, “anne yoksa, bebek de yoktur” diyerek hem sağlık personelinde hem de kadınlar ve toplumda var olan algıyı eleştirerek şunları söylemiştir:

“Yani gebe izlemede bütün ... sağlık camiası diyeyim böyle bebeğe odaklanıyor yani sanki kadını yok sayıyorlar hani çok değişik bir algı. Hani bunu bazı anne ölüm vakalarında da görüyoruz yani kadının fizik muayenesi hem bu her tarafta yani fizik muayene yapılmamış yani bir tansiyonuna bakılmış ama hani bizim fizik muayene dediğimiz şey bütün işte anamnezi iyi almak, işte baştan aşağı normal fizik muayenesini yapmak ve sonra da gebe muayene yani bebek muayenesini yapmak.”(K1)

Sağlık personelinin gebe izlemini gerçekleştirirken alacağı hasta öyküsünün daha nitelikli ve detaylı olmasının önemli olduğunu söyleyen K1, böylelikle gebenin geçmişinde başlayan ve gebeliğinde devam eden sağlık problemlerinin daha iyi tespit edilebileceğini ve önlenabilir anne ölümlerinde ilerleme kaydedileceğini aktarmıştır.

Sağlık sistemi açısından değerlendirmeler yapılırken sistem içerisinde aktif olarak çalışan ve eğitimi süren sağlık personellerinin anne ölümlerine dair farkındalığının artırılması ve aile planlaması hizmetlerine dair eğitimlerinin niteliklerinin iyileştirilmesi gerektiği birçok kez vurgulanmıştır. Buna göre tıp fakültesindeki hekim adaylarından başlayarak hekimlerin, ebelerin, hemşirelerin ve yanı sıra gebelerin başvurduğu diğer alanlardaki tüm sağlık personelinin anne ölümlerine ve önlenabilir anne ölümü nedenlerine dair bilinç düzeylerinin artırılması gerektiği görülmektedir. Aile planlaması hizmetlerine dair eğitimin özellikle tıp fakültesinden başlayarak detaylı bir şekilde verilmediği, siyasi söylemlerin toplumsal algıları şekillendirdiği, özellikle gebelik sonlandırma hizmetlerinin hala yasal zeminde meşru olmasına rağmen tıp fakültesi öğrencileri arasında bile bu konuya dair kafa karışıklığının bulunduğu kadın sağlığı alanında çalışan A1 tarafından aktarılmıştır:

“Yani şimdi tabii tıp öğrencilerimiz bile, onu söylüyordum, yasak olduğunu sanıyor bu kadar söylemin içinde. Halbuki 2827 sayılı yasa orada duruyor. Tüm kadınlar nasıl böyle bir şeyin yasal olup olmadığını nereden bilsinler.”(A1)

Halen yürürlükte olan ve gebeliğini sonlandırmak isteyen kadınlara 10 haftaya kadar bu hakkı tanıyan 2827 sayılı yasanın uygulanması sürecinde çıkarılan zorlukların ve “Kürtaj cinayettir” gibi siyasi söylemlerin sağlık personeli

<sup>5</sup> Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2020 yılı Sağlık İstatistiklerinde, COVID-19 etkisinin eklenmesiyle anne ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 13,1’den 19,9’a yükseldiğine vurgu yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).

arasında dahi belirsizlikler yarattığı, hatta bu yasanın artık geçerli olmadığı şeklinde bir algıya yol açtığı görülmektedir.

Bunun yanı sıra hem tıp eğitiminin hem de hekimlikteki uygulamaların giderek "sanal" bir hale gelmesi, hekimlerin hastayla doğrudan temas kurmaması, kadın doğum asistanlarının eskiden olduğu kadar çok doğuma girip girmediğinin bilinmemesi gibi sorunların da anne ölümlerinin önlenabilir nedenlerindeki artışa dair riskler oluşturabileceği dile getirilmiştir. Genel olarak sağlık alanındaki eğitimin kalitesinin sorgulanmasına sebep olan bir projede çalışmış olan A3, üzerinden uzun zaman geçmiş olmasına rağmen deneyimini şöyle aktarmıştır:

"Çünkü projenin sonunda toplum sağlık gönüllülerinin bilgi düzeyiyle ebelerin bilgi düzeyini ölçen bir çalışma yaptık farksız çıktı yani benzer çıktı. Bu üzücü bir şeydi. Alttan yetmiş birilerini basit bilgilerle donatarak ebeliğe benzer hizmet verdim diye çalışıyorsunuz proje bazlı bizim ebelerimizin bilgisiyse onların yaklaşması üzücüydü. Demek ki biz sağlık personelimizi istediğimiz nitelikte yetiştiremiyoruz diye düşünmüştük."(A3)

Bu kapsamda, anne ölümleri konusunda sağlık personelinin farkındalığının artırılması, formasyonları dâhilinde bulunması gereken bir hedef olarak belirtilmektedir. Ayrıca, siyasi söylemlerin ve toplumsal algıların da sağlık personelinin hizmet sunumuna etkisi olduğu dile getirilmiştir.

## Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Anne ölümlerine ilişkin farkındalığın genel olarak düşük olmasının arkasındaki ağırlıklı sebepler arasında toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile daha çok bu eşitsizliğin sonuçlarından biri olan kadınların eğitim düzeyleri dile getirilmiştir. Kadın hastalıkları ve anne ölümleri konularında hem akademide hem de sivil toplumda çalışmış A5, anne ölümleri ile kadınların toplumdaki konumu arasında ilişki kurarak şunları aktarmıştır:

"Yani bu kadınları biz ne yazık ki nerde ne aşamada kaybediyoruz. Aslında çok ortak kök nedenleri var tüm dünyada bunu biliyoruz. Yani kadının statüsünü iyileştiremezseniz, kadının kimle ne zaman evleneceğini tanımlayamazsanız, hükümetler devletler olarak bunları güvence altına alamazsanız o kız çocuklarını küçücük yaşta evlenmeye iterseniz anlatabiliyor muyum? Ve sonra da doğur doğur doğur diye üzerinde baskı yaparsanız ve bu arada da bütün bunlarla ilgili. Ondan sonra hem hizmet kullanımı anlamında yükseltmezseniz ne eğitim ne sağlık okuryazarlığını üstelik de hizmeti de tam olarak sunmazsanız aile planlaması hizmetlerinde olduğu gibi. Yani sonuçta hayat akışında devam eder ve gerçekten de ne yazık ki anne ölümlülüğüyle bebek ölümlülüğüyle diğer ölümlülüklerle karşılaşırsınız."(A5)

Kadının statüsünün yükseltilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması için eğitimin gerekliliğine neredeyse tüm görüşmelerde vurgu yapılmıştır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığını içeren ve yaşam boyu sürecek eğitimlerin gerekliliğiyle birlikte, kadınların ekonomik hayata katılımı ve ev içindeki sorumluluklarının hafifletilmesi adına sosyal devlet yaklaşımıyla sağlanacak desteklerin öneminin de altı çizilmiştir. Anaokulu ya da ilkökul seviyesinden başlanmasının uygun olduğu söylenen cinsel sağlık eğitimine ilişkin birçok ülke örneği olmakla birlikte, uzun yıllar Sağlık Bakanlığında çalışmış K1'in belirttiği gibi, bu eğitimler için kullanıma hazır birçok eğitim materyali de bulunmaktadır. Ancak, uzmanlar eğitimle amaçlanan asıl dönüşümün zihniyette gerçekleşmesi gerektiğini gösteren örneklerin üniversite seviyesinde dahi yaşandığını beyan etmişlerdir. Kendi üniversitelerinde tıp fakültesindeki öğrencilere ve üniversitenin diğer bölümlerindeki öğrencilere cinsel sağlık eğitimi veren A2, dersi alan öğrencilerinin büyük çoğunluğunun cinsel olarak aktif olmasına rağmen ihtiyaçları olan cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine sahip olmadığını gördüğünü aktarmıştır. Dersler kapsamında cinsel

yolla bulaşan hastalıklar ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında verilen bilgilerin üzerine bu dersin “ahlaksızlık öğretmek” olduğunu öne süren grupların olduğunu belirten A2, bu dersin daha sonra rektörlük tarafından kaldırıldığını da aktarmıştır. İlköğretim ya da ortaöğretim seviyelerinde ise, bu tarz eğitimlerin artık talep edilmediği, böyle bir taleple gidilse de olumlu karşılanmadığı söylenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmış ve Sağlık Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu gibi birçok ulusal ve uluslararası kurumun projelerinde yer alan K3, bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu alanda şu anda proje kamuda kimse yapmak istemiyor. İkincisi, okullara böyle bir eğitimi, talep etsek bile olumlu gözle bakmıyorlar. Bunu söylemiş olayım. Yani böyle bir eğitim yok. Okul kitaplarından çıkardılar. İyi kötü bir şeyler vardı. Mesela üreme, kadın ve erkek üreme organları diye bir şey vardı, biyolojide. Şimdi onu kaldırmışlar da kurbağanın mı bir hayvanın üreme sistemi anlatılıyor ama insan üreme sistemleri anlatılmıyor maalesef.” (K3)

Genel olarak bakıldığında uzmanlar, anne ölümlerine giden yolda sistemin ve zihniyetin dönüşümünü önemli görmektedir. Görüşülen uzmanlar, Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla birlikte başlayan ve siyasi söylemlerle devam eden süreçte aile planlaması hizmetlerinin arka plana atılmış olması, kağıt üzerinde olmasa da pro-natalist bir yaklaşımın sürmesi, etkili gebeliği önleyici yöntemlere ve bunlarla ilgili danışmanlığa erişimin azalmış olması ve performans sisteminde aile planlaması hizmetlerine ilişkin bir görev alanının belirlenmemiş olması gibi konuları öne çıkarmışlardır. Görev alanının tanımlanmaması istenmeyen gebeliklerin oluşmasına neden olurken, kamu sektöründe gebelik sonlandırma hizmetinin yasal olmayan şekilde hekimlerin vicdanına göre sağlanması istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmamasına ya da toplumsal baskılar sonucunda merdiven altı yöntemlerle sağlıksız koşullarda sonlandırılmaya çalışılmasına yol açtığını beyan eden uzmanlar, bu sürecin anne ölümlerini artırma riskine vurgu yapmışlardır.

Zihniyetin dönüşümünün ise, sağlık sisteminde bahsedilen eksikliklerin giderilmesine paralel bir şekilde kadınların güçlenmesinin desteklenmesiyle mümkün olacağı aktarılmıştır. Birbirinin içine geçen ve birbirini pekiştiren birçok faktörün gerçekleşmesine bağlı olarak kadınların güçlenmesinin görüşmelerde en temel olarak tüm toplumun eğitim düzeyinin arttırılmasıyla mümkün olduğu ifade edilmiştir. Ancak, bu eğitimin sadece formel bir eğitim ile sınırlı olmayan, kadınlar ve erkekler arasındaki eşitliği gündeme getiren farklı eğitim modellerini de içerdiği vurgulanmıştır. Anne ölümleri açısından düşünüldüğünde, çocukluktan itibaren her yaş döneminde uygun şekilde verilecek etkin cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleriyle kadınların ve erkeklerin kendi bedenini daha iyi tanımasının, gebeliği önleyici yöntemleri öğrenmesinin sağlanacağı, kadınların yaşamın her alanında eşit biçimde var olmaları ile kendi sağlıklarının ve dolayısıyla da toplumun sağlığının daha iyi korunacağı vurgusu yapılmıştır.

## Veri Kayıt Sistemi

Anne ölüm verilerinin nedenleriyle birlikte bilgisayar ortamına aktarıldığı bir sistem olan ÖBS'nin, hakkında bilgi sahibi olan uzmanlar tarafından eksiklikleri ve sorunları olduğu da belirtilmiştir. Genel olarak anne ölümlerine dair tutulan verinin öneminin hekimler tarafından yeterince anlaşılmadığı, sistemin nasıl kullanılacağına dair eğitimlerin eksik olduğu ve var olan verinin de güvenilirliğinin sorgulandığı gündeme gelen konular arasındadır. ÖBS'nin iyileştirilmesine rağmen halen geliştirilmesi gereken alanlara işaret eden, ÖBS hakkında kapsamlı bilgiye sahip olan A5, hekimlerin veriye yaklaşımları hakkında şunları söylemiştir:

“Hekimler de açıkçası kolaya kaçıyoruz biz, ben de kendim için de aynı şeyi söyleyeceğim. Benim de doldurduklarım da yazmışlığım vardır yani anlatabiliyor muyum o ilk erken dönemde. Çünkü bu bir farkındalık işi.

Yani hekimlere deniyor ki siz şahane cerrahi operasyonlar yaparsınız hayat kurtarırsınız filan ama veriyi oluşturma ile ilgili sorun bu. Yani şu denmiyor siz iyi anamnez alıp şahane tanı koyabilirsiniz ama onu işte dosyalarınıza geçirmesiniz sonra onlar hani birileri tarafından üstten bakıldığında veri üretilerek bilgiye dönüştüğünde politika oluşturmada kullanılamıyor.”(A5)

Ölüm verilerinin politika oluşturmadaki yerinin hekimlerde mevcut olmadığını, bunun tıp fakültesi eğitiminden itibaren verilmesi gerektiğini belirten A5, halen çalışmakta olduğu tıp fakültesindeki öğrencilere ölüm bildirim sisteminin uygulamalı olarak öğretildiğini aktarmıştır. Ancak halk sağlığı alanında akademisyen olan A10 ise, ölüm bildirim sisteminin elektronik ortama aktarılmasından sonraki sürece ilişkin şunları belirtmiştir:

“... Sağlıkta dönüşümle birlikte sistem değişince bize akademisyenler olarak açıkçası sistemin ayrıntıları ve şeyleri hakkında genel bilgiler dışında çok şey verilmedi. Ben sürekli asistanlarımla da aynı şeyi tartışıyorum yani biz daha önce hard copy kart formlar üzerinden doldurulan veri toplanan dönemlerde Sağlık Bakanlığı bize her formun şeyi sistemi değiştiğinde bütün kayıtlarla ilgili dosya gönderirdi bir ya da iki tane boş ve bunların açıklamalarıyla ilgili veri seti gönderirdi. Yani bunlarla veri toplanıyor siz de buna göre eğitim yapın diye. Şimdi ben sistemi görmüyorum ki ben nerden veri toplandığını bunun veri kaynaklarının ne tür hatalara yol açabileceğiyle ilgili şeyi bilemiyorum ki.”(A10)

Ölüm kayıt sisteminin elektronik ortama geçerek iyileşmesine rağmen, verinin bölgesel sorunları çözmede etkin olarak kullanılmadığına kamuda aktif olarak görevine devam eden K6 tarafından değinilmiştir:

“Tüm bilgiler bakanlığa gidiyor, tüm veriyi bakanlık topluyor ancak sıra illerin ihtiyacını karşılamaya geldiğinde bu kadar ciddi faydalanamıyoruz diyeyim.” (K6)

Tüm illerde gerçekleşen anne ölümlerinin sözel otopsi yapıldıktan sonra sisteme geçmesi ve her ilde bu verilere erişebilen bir yetkilinin bulunması, aslında her il için imkanların olduğunu ancak belki il yetkililerinin anne ölümlerine yönelik politikaların geliştirilmesinde verilerin önemine dair yeterli farkındalığa sahip olmadığını düşündürmektedir.

Ölüm bildirim sisteminin hekimler için oluşturduğu sorunlar arasında bürokratik baskıdan da söz edilmiştir. Anne ölümlerinin incelenmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı bünyesinde oluşturulan komisyonlar<sup>6</sup> aracılığıyla yapılmaktadır. Bilimsel kriterlere göre oluşturulan komisyonlara ilişkin olarak son dönemde anne ölümleri inceleme komisyonu üyelerinin, sağlık personeline ve sağlık kuruluşlarına “hesap sorulacağı” kaygısıyla değerlendirmelerinde “koruma” içgüdüleriyle hareket edebildikleri durumların varlığı da gündeme getirilmiştir. Böyle durumların komisyon üyelerinin verileri gerçekte olduğundan farklı şekilde tanımlamalarına sebep olduğu ve bu durumun da anne ölümü verilerinin güvenilirliğinin sarsılması riskini beraberinde getirdiğine vurgu yapılmıştır. Bu konuda eski bir öğrencisinin deneyimini aktaran A1, komisyonlar içerisinde neler yaşandığına dair şu örneği vermiştir:

<sup>6</sup> **Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyonu:** İlde gerçekleşen anne ölümüne ait toplanan tüm verileri değerlendirerek anne ölümü hakkında karar verir. Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyonunca karara bağlanan muhtemel ölüm sebebinin eldeki bulgularla desteklenmesi, gecikme modeli, ICD-10 sınıflamasına göre kodlanması “Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyonu” tarafından “Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyon Raporu Formu” doldurularak yapılır. İller, Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyon Üyeleri tarafından imza altına alınan “Anne Ölümleri İl İnceleme Komisyon Raporu Formu” ile birlikte her anne ölümüne bir kod numarası vererek, anne ölüm dosyalarını HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığına göndermektedir. **Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu:** Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen Anne Ölümleri İzleme Programı kapsamında bildiri yapılan anne ölümleri “Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonu”nda değerlendirilmekte, Dünya Sağlık Örgütüncü belirlenen üç gecikme modeli ve ICD-10 sınıflamasına göre ölüm nedenleri ve önlenilebilirlik durumuna karar verilerek anne ölümü sınıflandırması yapılmaktadır. **Anne Ölümleri Merkez İnceleme Komisyonu:** Nedenleri tam olarak belirlenemeyen ölümler, hastane, hekim ve anne adı gizli kalmak üzere (kodu ile değerlendirilerek) Anne Ölümleri Merkez İnceleme Komisyonunda belirli aralıklarla ve gerekli durumlarda toplanılarak görüşülmekte ve ölüm nedenlerine nihai olarak karar verilmektedir.

“Daha önce bu illerdeki bu anne ölüm inceleme komisyonunda görev almış... hocam dedi yani önlenbilir miydi bu ölüm, hani böyle bir şey var dedi şık [seçenek]. Önlenbilir miydi önlenemez miydi? Önlenemezdi diye işaretliyoruz genellikle. ‘Çünkü gidip onlardan hesap soruluyor tek tek’ diyor. Böyle bir cezalandırmayla olabilir mi arkadaşlar? Olmaz yani. Onun nedenini incelemek başka bir şeydir ama siz onu bir ceza yöntemi gibi uygulamaya kalkarsanız...”(A1)

Bunlara ek olarak, özellikle Covid-19 pandemisiyle birlikte verilerin saklandığı ya da sadece belirli kısımlarının paylaşıldığına ilişkin artan algının yalnızca pandemiyle bağlantılı veriler için değil, devlet kurumları tarafından yayımlanan diğer veriler hakkında da endişeye neden olduğu belirtilmiştir. Bilgi paylaşımıyla ilgili yalnızca akademik çevrelerin değil, politikaların geliştirilmesi amacıyla kamu kurumlarının da etik bir sorumluluğu olduğunu düşünen A5 bu konuya dair şu ifadeleri kullanmıştır:

“Ya bunları yapmıyorsanız zaten sizin anne ölümlerinizin hani yükselmemesini beklemek aslında mümkün değil. Şimdi geldiğimiz noktada bütün bunlarla ilgili sorunlarımız var. Covid-19 pandemisi bütün bunları artırdı. Ve elimizde kalan hani ne peki sonuç diye baktığımızda bilmiyoruz bu daha da kötü bir şey bence. Yani hiçbir yönetim bilgi olmadan yönetilemez. ... Oysa bütün paydaşlarla paylaşarak aslında bu sürece herkesin dahil edilmesi son derece önemli.”(A5)

Ölüm bildirim sisteminin içinde ölüm verisini elektronik ortama aktarma sürecinde birtakım sıkıntıların olduğu, son ölüm nedeninin her zaman hekimlerin değerlendirdiği şekliyle kayda geçirilemediği de uzmanlar tarafından belirtilen noktalar arasındadır. Hem hekim hem de sivil toplumda uzun yıllar deneyimi olan S4 bu konuda kendi deneyimlerini şu sözlerle aktarmıştır:

“...ÖBS sistemine ölüm giriyorum ben de. Ölüm istatistiklerinin çok da şey, kendim de içinde olan biri olarak çok da doğru işlemediğini düşünüyorum. Şimdi bilmiyorum o sistemi biliyor musunuz? Şey var, bir form var, formu dolduruyorsunuz. En sonunda, böyle 3-4 sütun ana ölüm nedeni var... Mesela gidiyorsunuz kişi kanser değil mi, kanserden öldü yazıyorsunuz işte. Akciğer kanseri, ne kadar? On yıldır. Bunu kabul etmiyor. Diyor ki yani on yıl kanser işte, on yıl bir ölüm nedeni için uzun bir süre. Kontrolör onayından geri geliyor. Siz onu değiştiriyorsunuz. ... Kalp krizi diyorsunuz. Kalp duruyor, o bir neden ama bu adamın ona götüren süreç bu. Öyle olunca alta, oraya buraya sıkıştırmaya çalışıyorsunuz.”(S4)

Anne ölümleri konusunda verinin önemi vurgulanırken, ölüm verisine ilişkin olarak, Sağlık Bakanlığının daha önce ölüm bildirimine dair bir değişiklik olduğunda açıklayıcı örnek materyaller hazırlayarak bunları hekimlere gönderdiği ancak elektronik ortama geçildikten sonra bu uygulamanın devam etmemesinin getirdiği sorunlar ölüm verisiyle ilgili bir diğer eleştiri olmuştur. Veriye dayalı politika üretmede verinin tam ve doğru şekilde paylaşılmasının önemini vurgulandığı görüşmelerde, ölüm bildirim sisteminde anne ölüm nedenlerine ilişkin sorunların var olduğu ve bunun en çok verinin kalitesini ve veri güvenilirliğini etkilediği gündeme getirilmiştir.





# Önlenebilir Anne Ölümünün Sıfırlanmasına Yönelik Öneriler

□ Yaser Koyuncu, İlkur Yüksel-Kaptanoğlu

Türkiye’nin anne ölümlerinin azaltılmasında önemli bir aşama kaydettiği, ancak son dönemde bir platoya girdiği görülmektedir. Yapılan derinlemesine görüşmelerde, bu platonun aşılması ve gelişmiş ülkeler seviyesine gelmesi için yapılması gerekenlere odaklanılmıştır. Bu alanda alınması gereken tedbirlerin ve uygulanması gereken politikaların; sağlık sistemi, çalışma koşulları, eğitim, bilinçlendirme, toplumsal cinsiyet ve veri alanlarını kapsayan geniş bir yelpaze ile ilgili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, kısa vadede sonuç alınabilecek politikaların yanında ekonomi, eğitim ve bilinçlendirme ile ilgili olan uzun vadede etkisi görülebilecek yapısal değişikliklerin gerekliliği söz konusudur. Bu bölümde akademisyen, kamu kurumu temsilcileri ve sivil toplum örgütleri temsilcileriyle yaptığımız görüşmeler çerçevesinde anne ölümlerinin nasıl daha çok azaltılabileceğine dair değerlendirmeleri *sağlık sistemine ilişkin öneriler, bilgi ve farkındalık ihtiyacı ile kadın hakları ve kadının statüsüne yönelik iyileştirmeler* olmak üzere üç tema altında incelemekteyiz. Sağlık sistemi ile ilgili değişiklikler temasını aile hekimliği sisteminin iyileştirilmesi, sevk sisteminin kurulması ve anne ölümleri verisi ile ilgili değişiklikler alt başlıkları oluştururken; bilgi ihtiyacı teması altında bilgilendirme programlarını yapılması ve cinsel sağlık eğitimlerinin verilmesi konularına yoğunlaşmaktadır. Son olarak, kadın hakları ve kadının statüsü ile ilgili değişiklikler teması istenmeyen gebeliklerle ilgili hizmetlerin verilmesi ve kadının güçlenmesi başlıklarıyla açıklanmaktadır. Keskin ayrımları ifade etmeyen bu temalar ve alt başlıklar iç içe geçebilen ve birbirini kesebilen unsurlar olarak değerlendirilmelidir.

## Sağlık Sistemine İlişkin Öneriler

Bu bölümde, anne ölümlerinin azaltılması için temelde sağlık sistemi ile ilgili olan konular ele alınmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) en önemli ayaklarından olan aile hekimliği sistemine dair iyileştirme önerileri; bölge tabanlı ve alan hakimiyetine dayalı hizmet, yardımcı sağlık personelinin daha etkin olması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, kadın ve gebe izlemlerinin artırılması ve aile planlaması hizmetlerinin canlandırılması çerçevesinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, sevk zincirinin oluşturulması ve anne ölümleri verisine ilişkin öneriler de sağlık sistemi ile ilgili diğer başlıklar olarak ortaya konmaktadır.

## Aile Hekimliği Sisteminin İyileştirilmesi

Görüşmelerde SDP ile hayata geçirilen ve gelişmiş ülkeler örnek alınarak oluşturulan aile hekimliği sistemi eleştirilmekle birlikte, bu sisteme yönelik kökten bir karşıtlık ifade edilmemiştir. Görüşmelerde dile getirilen iyileştirme önerilerinin daha çok mevcut sistemin geliştirilmesiyle ilgili olduğu söylenebilir. Görüşmelerden elde edilen izlenim, bu sorunların özverili bir planlamayla çözüleceği ve Türkiye’nin bu konuda yeterli kapasitesinin olduğu yönündedir.

## Bölge Tabanlı Hizmet ve Alan Hâkimiyeti

Yapılan görüşmelerde öne çıkan konulardan biri aile hekimliği sistemiyle beraber zayıflayan bölgesel hâkimiyet olmuştur. SDP’nin ayaklarından biri olarak kurulan aile hekimliği sisteminde, sağlık çalışanları belirli bir hasta portföyüne talepler doğrultusunda hizmet vermektedir. Katılımcıların birçoğu, bu sisteme geçişin sağlık ocaklarının özellikle kırsal alanlarda oldukça etkin olduğu modelin terk edilerek bölge tabanlı hizmet anlayışından uzaklaşılması anlamına geldiğini belirtmiştir. Sağlık ocakları, kadınların hastalık geçmişleri hakkında bilgi sahip

olmayı, güncel durumlarını bireysel olarak takip etmeyi ve izlemlerini yapmayı zorunlu kılan model olarak tanımlanmıştır.

Görüşmelerde alan hâkimiyetinin azalması çerçevesinde değerlendirilen bu durumdan dolayı hekimlerin bulunduğu bölgedeki nüfusla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığı, kadın ve gebe izlemlerinin azaldığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gerektiği kadar verilemediği vurgulanmaktadır. Katılımcılardan halk sağlığı uzmanı A6, anne ölümlerinde riskleri artıran bu sebeplerin önlenmesi için bölge tabanlı bir hizmet modeli önererek sağlık çalışanlarının makul büyüklükte bir nüfustan sorumlu olmaları durumunda koruyucu hizmetleri daha kaliteli bir şekilde verebileceklerini ifade etmiştir:

“Sisteme eleştirim aile hekimleri nüfusunun belli bir nüfusa dayalı bölgesinin olmamasıydı. Onu önereyim: Bölge tabanlı bir aile hekimliği. Yani hiç görmediği insanların kaydolduğu bir aile hekimliği sistemi olmamalı. Bölge tabanlı olmalı. Nüfusu düşük olmalı. 1500-2000 nüfusa bir aile hekimi olacak. Bir kendi bölgesi olacak. O bölgesinin içerisinde olan kişilerin bireysel koruyucu hizmetlerinin hepsini aile hekimi verecek. İşte, bireysel koruyucu hizmet dediğin zaman zaten kadına yönelik doğumundan itibaren izleyeceği kız çocuğunu, üreme dönemine sağlıklı getirecek. Üreme döneminin doğru dürüst, sağlıklı geçmesini sağlayacak.” (A6)

Aile hekimliği sisteminin bölge tabanlı bir anlayışla bütünleştirilmesini öneren, hekimliğin yanında sivil toplum örgütlerinde de çalışan katılımcı S4 ise, hekimlerin kendilerine tâbi olan nüfus hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, insanların çeşitli sebeplerle bölgeleri dışında aile hekimi seçebildiklerini söyleyerek özellikle bu tip bir durumda hekimlerin hastalarla ilişkisini “sadece ilaç yazıp gönderme” şeklinde tarif etmiştir. 27 yıldır hekimlik yapan S4, ayrıca aile hekimlerinin mahalle düzeyinde kendine bağlı nüfusu “sokak sokak”, “ev ev” tanıyabileceği bir sistemi ideal olarak gördüğünü söylemiştir.

Bölge tabanlı ve alan hâkimiyetine dayalı, çeşitli açılardan SDP öncesini andıran ve çok daha fazla sağlık çalışanı istihdamını gerektiren bir yapılanmaya gidilmesinin gerçekçiliği, planlamanın zorluğu ve maddi kaynakların yeterliliği açısından sorgulanabilir. Ancak halk sağlığı uzmanı A3, Türkiye'nin sahip olduğu olanaklarla ve nitelikli insan kapasitesiyle böyle bir sistemin planlanmasının ve hayata geçirilmesinin gayet mümkün olduğunu ifade etmiştir. Mevcut sistemde aile hekimlerinin ve yardımcı sağlık personelinin sadece kendisine kayıtlı hastaları üstünkörü bir şekilde takip ettiğini anlatan A3, anne ölümlerini daha da azaltmak için sağlık çalışanlarının buldukları alandaki nüfusu tanıdığı bir sisteme geçilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Öte yandan, yine A3'ün yaptığı kayıt hâkimiyeti ve alan hâkimiyeti karşılaştırması, Türkiye'deki kayıt sisteminin geldiği nokta açısından olumlu bir gelişme olarak yorumlanabilir.

“Aile Sağlığı Merkezlerinin muhakkak alan hâkimiyeti kurmaları lazım. Yani kayıt hâkimiyeti değil. Kayıtlar üzerinden değil. Alandaki kişileri saptayarak alan hâkimiyetlerini kurmaları lazım. Aksi takdirde kaçırırsınız” ... “Yani Karadeniz'de bir ev burada öbür evde orada (*Evlerin birbirinden uzaklığını kastediyor*). On bin nüfus olmuyor. Yani onlara göre başka bir mesafe planlaması da mesafe faktörü de vardır. Bu sağlık yönetiminin işidir. Nasıl yapılacağını biliyorum. Ama yani il-il yapman lazım hatta bölge-bölge. İl-il de değil yani Antalya'yı, Konya'yı düşünürseniz çok büyük iller bunlar. Buralarda belki bölge-bölge, yerel çalışılması lazım. Yapılamayacak bir şey değil. Yeteri kadar bu konuda nitelikli insan da var Türkiye'de. Yapılabilir. Ama alan hâkimiyetinin sağlıkta kurulması lazım.” (A3)

### ***Yardımcı Sağlık Personelinin Daha Etkin Olması***

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde yardımcı sağlık personelinin rolü ve ağırlığı ciddi şekilde değişmiştir. Özellikle, SDP öncesi etkin ve prestijli bir konumda olan ebelerin geri planda kaldıkları

ifade edilmektedir. Bu durumu eleştirenlere göre ebelerin sistemde aktif biçimde rol almaları, hem aile hekimlerinin iş yükü hem de gebelerin ve kadınların izlemeleri bakımından önemlidir. Böyle bir adımla, birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlerlik kazanacağı ve anne ölümlerinin önüne geçilmesinin kolaylaşacağı dile getirilmiştir. Bu minvalde, sivil toplum, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında çalışmaları olan A6, aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi, izlemlerin daha düzgün ve sürekli şekilde yapılması ve aile hekimlerinin yükünün azaltılması için ebelerin ve yardımcı sağlık personelinin görevlerinin yeniden tanımlanması gerektiğine dikkat çekmektedir:

“Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için benim önerim, direkt söylüyorum; ASM’lerde her aile hekimi yanına kendi bölgesiyle ilgili bir tane de ebe olmalı. Bir de istenmeyen gebelikler çok önemli bir problem anne ölümlerinde. ASM’ye bir aile planlaması kliniği konmalı. Benim önerim bu. Bunu başka bir personel yapmalı yani. Var olan sistem içerisindeki 3500-4000-5000 nüfusa bir aile hekimi, bir ASM elemanı değil. Bu bölgedeki kadın ve çocuk sağlığı hizmetleriyle, evlerde ya da direkt onunla ilgilecek bir personel, aile hekiminin yanında.” ... “Ebe, ebeyi eğer anne ölümlerini engellemek istiyorsak ebeyi o sistemin içerisine koymamız lazım bence. Ben bunu şey için de söylüyorum, emzirme komisyonlarında da söylüyordum. Yani başka bir şey yapmamıza gerek yok. Aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimi yanına sadece görevi evlerde izlem yapacak... Her bölge için olmayabilir. Yani sürekli nüfusu çalışan bölge için ebe gerekemeyebilir ama evde izlem yapacak bir sağlık personelinin olması düşünülmeli diye söylüyorum ben.” (A6)

Benzer biçimde, uzun süredir halk sağlığı dersleri veren akademisyen A2, özellikle büyükşehirlerdeki çok hızlı nüfus artışının üzerinde durarak bölge tabanlı bir aile hekimliği sistemine geçiş için hekimlerin iş yükünün azaltılması ve yardımcı sağlık personeline daha fazla sorumluluk verilmesi gerektiğini belirtmiştir:

“Zaten büyükşehirleri, 80’den sonra yatırım yapamaz olduğu için büyükşehirleri, metropollerini elinden kaçırmıştı Sağlık Bakanlığı. İstanbul, İzmir, Ankara, işte Adana, Konya; hızla büyüyen Bursa gibi büyük metropollerini elinden kaçırmıştı. Aile hekimliği de buna çözüm olmadı maalesef... Onun yerine o bölgelerde bölge tabanlı hizmetin artırılması (*gerekir*)... Ve aile hekimi sayımız da az. Artı, aile hekiminin yapması gereken pek çok hizmeti zaten yardımcı sağlık personeli yapabilir. Onun yerine on bin nüfusa beş ebe, bir hekim yapsa bu işi... Ebeler aracılığıyla izlemleri yaptırma çok daha akıllıca bir planlama olurdu bence.” (A2)

Görüşmelerde özellikle halk sağlığı alanında çalışan uzmanlar, ebelerin SDP dönemi öncesinde buldukları bölgelerde daha etkin ve mesleki anlamda prestijli bir konuma sahip olduklarına değinmişlerdir. Bunu destekleyecek şekilde, 1960-1970 yıllarında Türkiye’nin doğu illerinde ve kırsal bölgelerde hekim olarak görev yapmış olan halk sağlığı uzmanı S3, ebe ve hemşirelerin aile hekimliği sistemine daha faal olacakları bir şekilde eklemlenmesinin bölge tabanlı hizmetin gerektirdiği bir unsur olduğuna değinmiş, yardımcı sağlık personelinin görevleri ile eğitimlerini karşılaştırarak bir anlamda boşa emek harcadığını belirtmiştir:

“Yanında bir tane bir şey var, ona da aile sağlığı elemanı diyorlar. Bir özelliği yok. Özelliği olan ebe, hemşireler de var, onlar da kayıt yapıyorlar. Allah aşkınıza... Lise mezununu eğitirsiniz, otursun kayıt yapsın. Ama koca diploması olan bir hemşireye sade kayıt yaptırma. Aşısını yapsın, bir izlemesini yapsın. Hekime yardımcı (*olsun*)... Dolayısıyla (*sistemin*) o yönü düzeltilmeli.” (S3)

Ebelerin rolünün sağlık hizmetlerine yardımcı olmanın ötesinde kadınlarla, gebelerle ve adolesanlarla kurulan iletişimde önemli olduğuna değinilmektedir. Bu bakımdan, kamu kurumlarında anne ve çocuk sağlığı alanında çalışmış olan halk sağlığı uzmanı akademisyen A3, anne ölümlerinin önlenmesinde ebelerin rolünün önemine

dikkat çekerek, sistemde daha etkin görev almaları halinde ebelerin adölesanlarla iletişime onları gelecekte güvenli gebeliğe hazırlayabileceklerini söylemiştir:

“Liseye gitmemiş pek çok kızımız var. Evli olabilir, evli olmayabilir ama hiç olmazsa ebeler bu konuşmalar (*kurulacak iletişimi kastederek*) sayesinde bunları hem evliliğe hem de gebeliğe hazırlarlar. Gebelik doğal bir olaydır ama komplikasyonlarla seyreden doğal bir olaydır. Yani sadece doğal diye geçiştiremiyorsun. Gebelik bir kadın için bir risk faktörüdür. Risk faktörünü ekarte etmek kolaydır. Ama o kadın riske girmiştir gebe kalarak.” (A3)

Yardımcı sağlık personelinin daha etkin bir rol alması için ise özellikle ebelere pratiğe dayalı bir eğitimin verilmesi gerektiği, ebelerin doğum yaptırmadan mezun oldukları ve bu konuda simülasyona dayanan bir eğitim sistemine ihtiyaç duyulduğu kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim K1 tarafından vurgulanmıştır.

### *Çalışma Şartlarının İyileştirilmesi*

Türkiye’de son dönemde yoğun bir şekilde tartışılan bir konu olan sağlık personelinin çalışma şartları anne ölümlerinin azaltılmasında bir etken olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz etmenlerin arasında hekimlerin iş yükleri nedeniyle aile planlaması hizmetlerini verebilecek zamanlarının olmaması, maaşlarının yetersizliği ve malpraktis korkusu gibi sorunlar yer almaktadır. Kamu sektöründe üst düzey idari görevler yapmış olan K1, aile hekimi sayısının artırılmasını ve daha rahat çalışma şartlarının sağlanmasını önererek personelin sıkılmışlığından ve motivasyon düşüklüğünden bahsetmiştir:

“Doktorları da bir rahatlatmak lazım. İşte böyle malpraktisten korkuyorlar, mutsuzlar yani. Bunların iş yükünü azaltmak lazım. Bunları daha rahat hale getirmek lazım. Hani özlük haklarını (*iyileştirmek gerekir*), işte insan gücünü artırmak lazım. Dediğim gibi biz OECD ortalamasının üzerindeyiz, DSÖ’de üzerindeyiz (*Ebe ve hemşire sayısını kastediyor*) ama doktor sayısında onlardan aşağıdayız.” ... “Ama önce aile hekimlerinin nüfuslarını düşürecekler. Ondan sonra aile hekimleri de o zaman kendilerini daha iyi hissedecek. Çünkü sağlık çalışanlarının, doğru; ücreti düşük vesaire ama sağlık çalışanları bu kadar çok sıkılmışken; bir yandan ücretten sıkılmış, bir yandan malpraktisten sıkılmış, bir yandan hasta yükünden sıkılmış, bir yandan kısıktırılmış sağlık ihtiyacından (*fazla iş yükünü kastediyor*) ... Böyle abartılmış bir sağlık ihtiyacıyla sıkıştırılmış bir şeyde uğraşıyorlar ama sistemi biraz düzelttiğiniz zaman aile hekimi de öyle demeyecektir yani (*şikâyet etmeyeceklerini kastediyor*).” (K1)

Bu duruma ilaveten, yasal sorunlar nedeniyle hekimlerin sorumluluk almaktan kaçınmaları anne ölümleri gibi hızlı ve ciddi müdahale gerektiren bir konuda aleyhte bir durum yaratmaktadır. Perinatoloji uzmanı S7, bu konuda sağlık personelinin güvende hissettirecek bir hukuk sisteminin kurulmasını önermiştir:

“Kanamalar... Şu anki anne ölümlerinin en büyük sebebi de bu. Kimse bu işi yapmak istemiyor. Kanama sifıra iner mi? Sifıra yakın iner. Acil durumlarda kanar eder vesaire olur ama bugünkü kanamadan ölen annelerin sebebi kimsenin sorumluluk alıp o hastaları yönetmemesi. Yönetmesi için de bir neden yok. Ben göz göre göre davayla yüz yüze kaldım. Senin bu sağlık sistemi içerisinde sağlık hukuk sistemi kurulmadığı sürece insanlar sorumluluk almaktan çekinecektir. Niye sorumluluk alsın? Ama sen bunu yaparsan, herkes elini sokar. Daha fazlasını yapar”. (S7)

## *İzlemlerin Artırılması*

15-49 yaş grubu kadın ve gebe izlemleri ile ilgili sorunlar anne ölümlerine sebep olabilecek rahatsızlıkların ve risklerin tespitini ve bu rahatsızlıklara zamanında müdahale edilmesini zorlaştırmaktadır. Bölgesel hâkimiyet anlayışına dayalı olmayan aile hekimliği sistemi, birinci basamak hizmetlerindeki personel yapısı, görev dağılımı ve performans sisteminin izlemleri yeterince teşvik etmemesi doğurganlık çağındaki kadınların takibinin iyi yapılmamasıyla ilişkilendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri uzmanı yönetici K3, kendi ilindeki başarının ülke çapında tekrarlanabileceğinin altını çizerek anne ölümlerinin azaltılmasında kadın izlemlerinin önemine değinmiştir:

“Ve en baştan söylediğim gibi iyi bir takip; gebe kalmaması gerekenlerin gebeliklerinin, kadınların gebe kalmaması. İyi bir takip! Bence çözülebilecek bir şey gibi. Sonuçta bir yıl içinde bile 19 rakamından 7-8 rakamına inebilmişiz il olarak. En düşük rakamının üç anne ölümü olduğu yılları görmüşüz istatistiksel anlamda. O zaman yapabileceğimiz şeyi de tekrar yapabileceğimizi düşünürüm. Yani izlem; takip, tansiyon ölçümü, hemotopik temoglobin düzeltilmesi, riskli gebelerin yakından izlenmesi, hastanede doğum diyeceğim ama zaten çok istisnai durumlar harici anneler hastanede doğum yapıyor.” (K3)

Sık yapılan gebelik izlemlerinin preeklampsi gibi sorunlara zamanında müdahaleyi ve riskli gebeliklerin kontrol altında tutulmasını kolaylaştıracağı vurgulanmaktadır. Üreme sağlığı alanında yaklaşık otuz yıldır çalışmalar yaptığını ifade eden A6, bir Batı ilindeki preeklampsiden kaynaklı ölüm oranından bahsederken gebe izlemlerinin yılda en az dört kez yapılması gerektiğini vurgulamış, üç ayda bir yapılacak kontrollerle sorunların ilk trimesterde saptanabileceğini ve anne ölümleri ile ilgili risklerin en aza indirilebileceğini belirterek, izlemler vasıtasıyla preeklampsinin ve diğer önlenbilir nedenlerin tespiti üzerinde durmuştur:

“Şimdi bakın, anne ölümlerinde üç anneden bir tanesi preeklampsi denilen şeyden ölüyor. Yani o kadar kolay ki önlenmesi. Üç anneden birini biz preeklampsiyle kaybediyoruz. Bu ne demek? Bu gebe aile hekimi tarafından takip edilse tansiyonuna bakılacak, ödeme bakılacak baştan zaten. Diyecek tuzsuz yiyeceksin, bak tansiyonunu kontrol ediyorum diyecek ebe yönetiminde. Preeklampsi olsa bile izleme, diyetle, fiziksel aktiviteyle eklampsiye dönmesini engellersin. Anne ölüm nedenlerine baktığınız zaman üç kadından bir tanesini preeklampsiyle kaybediyoruz. Bu birinci basamak, yani çok kolay çözebileceğiniz bir şey. İkinci ölüm nedeniniz antepartum, intrapartum, postpartum kanamalar. Lohusalık izlemine doğru dürüst yaparsınız. Kadının izlemine düzgün yaparken riskli olabilecek kanaması olan kadınları daha erken dönemde, ikinci basamak kurumların izlemesini sağlarsınız. Yani bakın yüzde altmış. Üç kadından ikisini kurtardınız. Ee zaten anne ölümünüz düşer.” (A6)

Benzer şekilde, hem akademi hem de sivil toplum alanında üreme sağlığı konusunda çalışmalarına devam eden A1, doğum öncesi bakımda izlemlerin önemine değinerek güvenli olmayan koşullardaki doğumların yarattığı enfeksiyon riskinin bu tedbirlerle önlenilebileceğini vurgulamaktadır:

“Bakın tıbbi şeylerin üstünde çok durmadım. Yani tıbbi nedenler işte; kanamadan ölüyor, toksemiden ölüyor, enfeksiyondan ölüyor. Siz doğru dürüst bir doğum öncesi bakım verirsiniz kanamadan ölmez kadın. Doğru dürüst bir doğum öncesi bakım verirsiniz toksemiden ölmez. Çünkü izliyorsunuz, düzenli izliyorsunuz. Doğru dürüst politika yürütürseniz enfeksiyondan ölmez. Kadın çünkü ev doğumlarında, işte daha çok da şeyler oluyor... Ne denir ona; “unsafe” (güvensiz) koşullardaki doğumlarda gerçekleşen bir şey oluyor enfeksiyon meselesi. Onların hepsini önleyebilirsiniz.” (A1)

Ayrıca, izlemlerin artırılması için teşvik edici adımlar atılması gerektiği ifade edilmektedir. Mevcut uygulamada 15-49 yaş izleminin aile hekimi performans kriterleri arasında olmamasının hekimlerin bu konudaki motivasyonunu düşürdüğüne değinilmektedir. Sivil toplum alanında faaliyet yürüten ve aynı zamanda bir ilçe sağlık müdürlüğünde çalışan hekim S4, 15-49 yaş kadın izlemlerinin bir şekilde değerlendirme kriterleri arasında yer almasının gerekliliğinden ve bütünlüklü bir hizmet anlayışı ihtiyacından bahsetmiştir. Bunun yanında üreme sağlığı ile ilgili kurumların isimlerinin ve yapılarının sürekli değişmesinin odaklanılması gereken noktaların kaçırılmasına neden olduğunu anlatmıştır:

“Ama yıllardır bunu da dile getiriyorum. 15-49 yaş izlemi şeyde olmalı... Hani performans kriteri olmasa bile en azından değerlendirilen kriterlerden biri olmalı. Ama bunu bakanlık koymuyor. Zaten şeyi de değiştirdi bakanlık, eskiden şeydi: Ana, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Daire Başkanlığıydı. AÇSAP. Bunu kapattılar. Şimdi mesela şeyi kullanıyorlar; ÇEKÜS gibi bir isim, Çocuk, Ergen, Kadın, Üreme Sağlığı... Garip bir isim haline döndürdüler. Mesela şey de, aile planlaması da artık üreme sağlığı olarak geçiyor. Çünkü sadece burada şey değil... Bütüncül bir yaklaşım gerekiyor. Kadının doğurganlığı değil; doğurganlık sonrası, işte anne olduktan sonraki, tüm bunları içine alsın. Ama sadece isimler değişiyor.” (S4)

### *Aile Planlaması Hizmetlerinin Canlandırılması*

Türkiye’de son dönemde kamu tarafından aile planlaması hizmetlerinin gerektiği gibi verilmemesi pronatalist bir politika çerçevesinde değerlendirilmektedir. Yapılan görüşmelerde kamunun gebeliği önleyici yöntem konusundaki desteğini büyük ölçüde çektiği, aile planlaması hizmetlerinin rafa kalktığı ve bu alanın özel sektöre devredildiği ifade edilmektedir. Bu yüzden, bilhassa yoksul ve dezavantajlı insanların gebeliği önleyici yöntemlere ve aile planlaması hizmetlerine ulaşımının zorlaştığı, bunun riskli gebeliklere ve dolayısıyla anne ölümlerine sebep olabileceği belirtilmektedir. Görüşmelerde SDP’nin uygulanmasından önce aile planlaması hizmetlerinin ve gebeliği önleyici yöntemlerin kamu sektörü tarafından sağlandığı ve kullanımının teşvik edildiği vurgulanırken, bu hizmetin muhakkak tekrardan sunulması gerektiği ve aile hekimliği sistemi çerçevesinde RİA gibi uygulamaların daha sistemli bir şekilde ele alınması ihtiyacı üzerinde durulmuştur. Halk sağlığı uzmanı S9 bu konu hakkında, rahim içi araç uygulaması eğitiminin zorunlu kılınmasından ve gebeliği önleyici yöntemlerin yine kamu tarafından temin edilmesi gerekliliğinden bahsederken kendisi yönetici konumunda olsa yapabileceklerini şu şekilde aktarmıştır:

“Hizmetin sunumunu mutlaka sağladım (*Aile planlaması hizmetlerini kastediyor*). ASM’lerde, diyelim ki eğer tek bir aile hekimi biriminden oluşuyorsa aile hekimini rahim içi araç uygulama ve de yanında çalışan sağlık çalışanını; yani ebe, hemşireyi rahim içi araç uygulama eğitimine mutlaka alınmasını planladım. ASM’lerde yine en az diyelim ki hekim sayısına göre üçte birinin ya da yarısının rahim içi araç uygulama sertifikasının olmasını şart koşardım. O eğitimleri verirdim. Ve de kontrasepsiyon teminini de aksatmadan sağlanması için bütçe ayırırdım.” (S9)

Aynı doğrultuda, bir dönem üniversite araştırma bölgesinde idarecilik yaparak gebe izlemleri konusunda çalışmış olan A6 ise, aile planlaması hizmetleriyle ilgili aile hekimliği sistemi içinde yeni bir örgütlenmeyle ve bu hizmetleri sağlayabilecek donanımına sahip yardımcı sağlık personellerinin etkin şekilde görev almasıyla sorunların çözüleceğini belirtmiştir.

Görüşmelerde dikkat çeken konulardan biri “Sağlık Ocağı Dönemi”nin özellikle halk sağlığı uzmanları tarafından olumlu bir referans olarak alınmasıdır. Halk sağlığı alanında çalışan bir uzman, anne ölümlerini azaltmak için

seksenli-doksanlı yıllarda kamu tarafından sunulan aile planlaması hizmetlerinin, bu alandaki örgütlenmenin, ekip ruhunun ve gayretin tekrar canlandırılmasının önemini vurgulamaktadır.

“Doksanlı yıllarda göreve başladığım zamanki çalışmalarını hatırlıyorum. Topyekûn bu, aile planlaması hizmetleri olsun, işte kadın sağlığı, güvenli annelikle ilgili yapılan bütün bu çalışmalar... Belki yeniden böyle bir canlandırmaya ihtiyaç var. Onların yapılması için önceliği olmalı diye düşünüyorum. Aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen gebeliklerle ilgili hizmetlerin verilmesi, gebeliklerin önlenmesi kesinlikle gerekli diye düşünüyorum”... “O hizmeti verecek kurum da var. Kuruluş da var. İçeride donanım da var, insan gücü de var. Bu hizmet verilebilir, sadece verilmek istenmediği için geri çevriliyor bu insanlar. Aile planlaması hizmetlerini yeniden canlandırmak, istemli düşüklük için uygun hizmetin verilmesini yeniden canlandırmak büyük anlamda bize ivme kazandıracaktır.” (A2)

### Sevk Sisteminin Kurulması

Görüşmelerde anne ölümlerinin azaltılması için bölge tabanlı bir yaklaşımın yanında sevk sistemine duyulan ihtiyaç da gündeme gelmiştir. Sevk sisteminin olması, kişilerin sağlık sorunları yaşadığında öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmasını ve eğer sorun çözülemezse hastaların sırasıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesini gerektirmektedir. Fakat Türkiye’de şu an sevk sisteminin olmadığı, dolayısıyla yaşanan yoğunluk nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinin birinci basamakta aksadığı, aile hekimlerinin iş yükünün arttığı ve ayrıca bunun hizmetler zincirinde keyfiliğe ve karmaşaya sebep olduğu vurgulanmaktadır. Görüşmelerde bu sorunla ilgili olarak sevk sisteminin kurulmasının birinci basamak hizmetlerini ve aile hekimliği sistemini iyileştireceği ve hastaların şu an uygulanmayan şekilde sağlık hizmetlerine başvururken bir sırayı takip etmesi gerektiği gündeme gelmiştir. Örneğin, kadın ve çocuk sağlığı alanında sivil toplum örgütlerinde çeşitli görevler yürüten hekim S1, anne ölümlerine yönelik riskleri artıran sevk zinciri sorununa değinirken gelişmiş ülkelerle karşılaştırma yaparak Türkiye’deki aile hekimliği sisteminin sevk zincirinin olmaması yönünden ayrıştığını ve Türkiye’de benzer bir sistemin tesis edilmesi gerektiğini belirtmiştir:

“Türkiye’nin aile hekimliği modeli çok farklı. Dışardaki ülkelerden çok farklı. Orada ikinci basamağa gidebilmek için aile hekimliği birinci basamak sistem. İkinci basamak sistem de devlet hastaneleri. Üçüncü basamak da üniversite hastaneleri. Aslında bunların sevk zincirinin çalışması lazım. Orada, mesela Almanya’da asla kendi kafanıza göre bir kadın doğum polikliniğine hastanede başvuramazsınız. Muhakkak, aile hekimliğinden bir sevk zincirinin olması lazım. Türkiye’de böyle bir sevk zinciri zaten çalışmıyor.” (S1)

Sevk zinciri eksikliğinin sağlık hizmetlerinin önceliklerinin belirlenmesinde sorun yarattığı ve verimsizliğe sebep olduğu değerlendirilmektedir<sup>7</sup>. Anne ölümlerinin önlenmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi üzerinde duran yönetici doktor K6, sevk sistemi eksikliğinin genel sağlık hizmetlerine ket vurduğunu ve sağlık hizmetlerinde düzensizlik yarattığını anlatarak yeni bir kurgunun gerekliliğine işaret etmiştir:

“Zincir belli; birinci basamak, ikinci basamak takip edeceğiz yani. Birinci basamağın güçlenmesi gerekiyor. Belki bir sevk zincirinin Türkiye’ye gelmesi gerekiyor. Elini kolunu sallaya sallaya hastaneye gidince insanlar, birinci basamakta çözülmesi gereken şeyleri ikinci basamağa taşıyınca ikinci basamakta alınması gereken hizmetler alınmıyor diye düşünüyorum. Mesela ülkemize özgü; sadece anne ölümlerinde değil, sadece obstetrik hizmetlerde değil, diğer sağlık sorunlarında da benzer şeyler

<sup>7</sup> Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü uzmanları tarafından verilen bilgiye göre, belirlenen kriterler doğrultusunda temel ve kapsamlı sağlık kuruluşları Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ile yapılan ortak çalışma ile belirlenerek sahaya duyurulmuş ve illerin sevk haritaları güncellenmiştir. İller, acil obstetrik bir vaka olduğunda sevklerini buna göre gerçekleştirmektedirler.



var. Yani birinci basamakta çözülecek sorunlar ikinci basamağa taşıyor, ikinci basamakta çözülecek sorunlar üçüncü basamağa taşıyor. Ve bunun da neticesinde işte üst solunum yolu enfeksiyonu vakasıyla kanser vakasını aynı suya sokuyorsunuz. Yani bu çok doğru bir şey değil. Zaten sağlık hizmet durumu açısından onun belki bir kurgulanması gerekiyor bu saatten sonra. “(K6)

## Veri ile İlgili Değişiklikler

Anne ölümleri verisinin doğru bir şekilde kaydedilmesi ve paylaşılması, politikaların belirlenmesi, toplumda farkındalığın oluşması ve ilgili çalışmaların yapılması açısından oldukça önemlidir. Yapılan görüşmelerde Türkiye'nin bu konuda Ölüm Bildirim Sistemi ile ciddi aşamalar kaydettiği ve ilgili komisyonların titizlikle çalıştığı birçok kez dile getirilmiştir. Fakat çoğu katılımcının kamu tarafından yayımlanan verilerin doğruluğu ve şeffaflığı ile ilgili endişelere sahip olduğu ve benzer şekilde anne ölümleri verilerine çekinceli yaklaşımları anlaşılmaktadır.

Görüşmelerde sorunun tespiti açısından anne ölüm istatistiklerinin önemi sıklıkla vurgulanmaktadır. Veri sisteminin iyileştirilmesiyle ilişkili olarak ise kadın ve üreme sağlığıyla ilgili ulusal ve uluslararası birçok projede görev almış olan hekim S1, ölüm istatistiklerinin doğru şekilde tutulmasının hayati önemde olduğunu ve tıp fakültesinden başlamak üzere hekimlerin konu hakkındaki farkındalıklarının artırılması gerektiğini ifade etmiştir:

“Önce bir kere ihtiyaç saptanması lazım ki ihtiyaç saptanması için de ölüm istatistiklerinin doğru yapılması lazım ve o anne ölümünün... kardiyovasküler sebeptir mesela. Ölüm sebepleri, sadece anne ölümü için de değil, kardiyovasküler denir. Zaten kalbin durması demek arkadaşlar, ölüm demek. Bu bir ölüm sebebi değil. Tıp fakültesinden, öğrencilerinden itibaren yapılması gerekiyor bunun. Ne kadar önemli bir bulgu olduğu. Dünyada mesela bütün hipertansiyon, kalp hastalıkları, bir sürü şeyin takip edildiği Amerika'da bir kohort grubu vardır. Kohort araştırmalarının esas sebebi odur. Yüzyıllardır orda kapalı toplumu, her türlü şeyi izlenir. İşte amcasının kızında mı meme kanseri çıktı, bilmem ne'nin torununda mı çıktı? Bütün izleme o kadar değerli ki. İstatistiklere dikkat edebilmek için, bu da tıp fakültesi öğrencilerinden başlıyor. O ölüm nedeninin doğru yazılmasının, hipertansiyon tedavisi kadar önemli olduğunu bilmesi gerekiyor hekimlerin bir kere. “(S1)

Bunun yanında, kadın hakları konusunda sivil toplum faaliyetlerinde çalışan hekim S4, güncel ölüm bildirim formuyla ilgili ara ve temel nedenlerin daha ayrıntılı ve net bir şekilde yazılması gerektiğini ve bunun için formda değişiklikler yapılmasının faydalı olacağını belirtmiştir:

“Bu ana ölüm nedenleri burada hep atlanıyor. Çünkü işte o ana ölüm nedenini belirten belki de bir ayrı şey olması gerekir. Hani ölüme götüren neden değil ama ölüme o an için sebep olan şey değil ana ölüm nedenini gösterecek alanın da olması gerekir. Şimdi bu tüm istatistikleri etkiler. Hani genetik bozukluğu vardır, ondan ölmüştür ama o genetik bozukluk nedeniyle kalbi çalışmıyordu. Ama siz olaya kalp durması diye yazarsınız ana ölüm nedeni şey oluyor... Birincil ölüm nedeni. Kalple ilgili problemler oluyor. Ama alttaki aslında onu oraya götüren süreç, onu yazamıyorsunuz. Öyle bir yerin olması belki o formun üzerinde daha iyi olur diye düşünüyorum.” (S4)

## Bilgi ve Farkındalık İhtiyacı

Görüşmelerde, sağlık sistemindeki gerekli değişiklikler dışında anne ölümlerinin azaltılması için insanların bilinçlendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması gerekliliği sıklıkla vurgulanmıştır. Bu bölümde kadınların ve gebelerin doğum öncesi, sırası ve sonrası hakkında bilgilendirilmesi gerektiği ile ilgili öneriler ve zihniyet



değişikliği gerektirmesi bakımından yapısal bir faktör olarak görülebilecek cinsel sağlık eğitimlerinin verilmesi konusuna yer verilmiştir.

### Bilgilendirme Programlarının Yapılması

Anne ölümlerinin önlenmesinde toplumun ve bireylerin bilgilendirilmesi, olası riskler hakkında farkındalık yaratılması ve acil durumlarda nasıl davranılması gerektiği ile ilgili programların ve projelerin yürütülmesi önem taşımaktadır. Yapılan görüşmelerde gebelere özel eğitimlerin düzenlenmesi, preeklampsisi ile ilgili tanıtımların medyada yer alması ve sağlık okuryazarlığının artırılması gibi öneriler sunulmuştur. Anne ölümleri inceleme komisyonlarında görev almış olan kadın hastalıkları ve doğum uzmanı A8, özellikle preeklampsisiyle ilgili bilgilendirmenin önemine değinmektedir:

“Yani bu preeklampsinin bulgularıyla ilgili kısa tanıtım filmleri, hani biz üniversitede hazırlayalım dedik; yerel olarak dönsün. Yapamadık tabii. Çünkü yani nasıl yapacaksınız? Zaten vakit meselesi. Birilerinin koşturması meselesi. İletişim fakültesinden hocayı arıyorsun bulamıyorsun filan. Hani onun da işi var. Kimseyi suçlamıyorum yani kasıtlı olarak çıkmıyor değil. Nasıl Covid olduğu zaman, bilmem ne Hıfzıssıhha Meclis Kurulu bilmem nesi toplantı aldı, karar gönderdi falan. Bu anne ölümlerinde sürekli koşturacak adamlar lazım yani sizin anlayacağınız. Televizyon programında yapacak, radyoya da program yapacak, maç mı çok izleniyor; o maça preeklampsisiyle ilgili on beş saniyelik bir tanıtım koyacak mesela. Yani bunu sürekli gündemde tutacaksınız. Bunu gündemden düşürürsen zaten sıkıntılı bir iş, kimse bakmaz.” (A8)

A8 ayrıca, konuyla ilgili doğrudan verilen eğitimlerin haricinde genel olarak sağlık okuryazarlığının da anne ölümlerini etkileyecek bir unsur olarak düşünülmesi gerektiğine ve Türkiye'nin bu konuda gelişmiş ülkelerden geride kaldığına işaret etmiştir. Bir kamu kurumunda sağlık sektörü uzmanı olarak çalışan K2 ise anne ölümlerinin azaltılmasıyla ilgili olarak Millî Eğitim Bakanlığının da devrede olduğu daha geniş katılımlı bilgilendirme eğitimlerinin yapılabileceğini söylemiştir:

“Doğurganlık çağındaki kadınlara bir bilgilendirme programı yapılması gibi bir şeyle ulaşılabilir. Bu tip şeyler yapılabilir orada da. Yani hani şey olabilir; dedim ya bilgilendirme faaliyetleri vesairede bir iş birliği yürütülebilir. Bu Millî Eğitim'in yaygın kursları vesaireleri var, özellikle kadınların yoğun olarak katılabildikleri. Oralarda hani mesela bir saat, iki saat bir şey olabilir. Programa bir ekleme yapılabilir, bilgilendirici bir şey katılabilir. Böyle bir katkısı olabilir oranın da.” (K2)

Doğuma hazırlık amacıyla yürütülmekte olan gebe bilgilendirme sınıfı programı ya da yaygın kullanımıyla “gebe okulları” olumlu bir gelişme olarak değerlendirilse de, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı (perinataloji) hekim S7'nin bu konudaki eleştirileri, bu eğitimlerin içeriğinin geliştirilmesine işaret etmektedir. S7, gebelerin doğum öncesi, doğum sırası ve sonrası ile ilgili bilgi sahibi olması amacıyla birçok hastanede açılan gebe okullarını eleştirerek bu uygulamanın içeriğinin yetersiz olduğunu, göstermelik hale geldiğini ve özel sektörde sadece ticari kaygılarla yürütüldüğünü belirterek bu tip programların içeriğinin geliştirilmesi ve programlara daha fazla kişinin katılması gerektiğini söylemektedir:

“Bakın ben şimdi (İl ismi)'te idarecilik de yaptım. Gebe okulu yapıyoruz. Bilgilendirme şeyi yapıyoruz. Bir sürü hastanede var gebe okulu. Bizim özel hastanelerde de var. Bunun temel mantığı ne? Popülizm. Başka hiçbir şey yok. Özel hastanede hasta doktora gelsin ilişkisi. . . Ki bunu iki kere, üç kere yaptım sonra bıraktım. Çünkü bir anlamı yok. Bizim derdimiz göstermelik işler yapmak. Gebe okulu yapıyorsun; oraya bir jimnastik koy, beslenme koy. Hiçbir şey söylemiyorum. Bunların hepsi olmalı. Ama en

önemli şeylerden biri şu; gebenin acil durumları ve anne ölümüne sebep olan durumlar gebelere detaylı olarak anlatılmalı. Ve buraya olabildiğince çoğunluk sağlanmalı.” (S7)

## Cinsel Sağlık Eğitimlerinin Verilmesi

Saha çalışması kapsamında, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında bilinç düzeyi yüksek bir toplumun anne ölümleri konusunda daha hassasiyetli ve hazırlıklı olacağı birçok defa dile getirilmiştir. Ancak, Türkiye’de son dönemde cinsel sağlık ile ilgili eğitimlerin örgün eğitimden çıkarıldığı görüşmelerde sıklıkla dile getirilmiştir. Sivil toplum alanında çalışan hekim S1, yakın dönemde hazırladıkları cinsel sağlık eğitimi standartlarını içeren bir önerinin kamu kurumları tarafından kabul edilmediğini anlatmıştır. Halk sağlığı uzmanı ve akademisyen A3 ise anne ölümlerinin azaltılması için cinsel sağlık bilgisinin yaygınlaştırılması gerektiğini ve bu eğitimin kamu tarafından sistematik bir şekilde verilmesi gerektiğini belirtmektedir:

“Bizim cinsel sağlık bilgisine ihtiyacımız var. Cinsel sağlık illa pornografik bilgiler aktarmak değildir insanlara. Yaşamlarının bir parçasıdır. Aynı sindirim sistemi sağlığı gibi, göz sağlığı gibi, kulak sağlığı, diş sağlığı gibi bir sağlıktır bu. Bunu biz ebeler vasıtasıyla ulaştırıyoruz. Bu durumun geliştirilmesi lazım. Bu eğitimde de olabilir yani ilkokul, ortaokul lise diyeceğim ama bir pedagoğ olmadığım için bunun seviyesini söyleyemem. İlkokulda mı olur lisede mi olur bilemem bunu.” (A3)

Görüşmelerde, kamu kurumlarının bu konuda öneriyi açık olmadıkları ve cinsel sağlık eğitimi vermeyi muhafazakâr bir dünya görüşü çerçevesinde meşru olmayan cinsel ilişkiye teşvik olarak algılayabildikleri ifade edilmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünde bir süre görev almış olan halk sağlığı uzmanı S9, bu konudaki bilinçsizlikten bahsederken anne ölümlerinin azaltılması ve üreme sağlığının geliştirilmesi için eğitim konusuna ciddi önem verilmesi gerektiğini belirtmektedir:

“Çünkü erkek çok eşli yaşamında cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu alıyor kadına bulaştırıyor. Demek ki korunmak gerekiyor yani. Bunu bilmeleri yeter. Onun için de bu konuda eğitim, eğitim, eğitim. Yani bu şeyi teşvik etmek değil, sağlıksız bir birliktelik yaşamayı teşvik etmek, veyahut da evlilik dışı cinselliği yaşamayı teşvik etmek değil. Aksine bildiği zaman, hakikaten daha bilinçli davranıyor. Mesela bizim (Üniversite ismi) ’de Öğrenci Sağlık Merkezlerinde üreme sağlığı hizmetlerinin entegrasyonunda araştırma yaptık... Veyahut da eğitimler verdiğimizde mesela vajenin boyutunu soruyorum kimse bilmiyordu. Çoğu kişi bilmiyor öğrencilerden. Veyahut da kızkık zarının nerede olduğunu bilmiyor. Bilmediği için de yanlış giriyor işte...” (S9)

## Kadın Hakları ve Kadının Statüsüne Yönelik İyileştirmeler

Görüşmelerde, anne ölümlerinin azaltılması için kadının toplumdaki konumu ve kadınların sağlık haklarına erişimini engelleyen sosyal ve ekonomik faktörler ile ilgili birçok tespit ve öneri dile getirilmiştir. Birçok katılımcının ilgili sorunların çözümünde başlangıç noktası olarak gördüğü bu konular hakkında yapılması gerekenler, kadın hakları çerçevesinde istenmeyen gebeliklerle ilgili hizmetlerin verilmesi ve kadının güçlenmesi başlıkları altında değerlendirilmektedir.

## İstenmeyen Gebeliklerle İlgili Hizmetlerin Verilmesi

Görüşmelerde, aile planlaması hizmetlerinin kamu sektörü tarafından sağlanmasında geçmiş yıllara oranda bir azalmanın yaşandığı, bu nedenle gebeliklerin planlanmasının zorlaştığına değinilmiştir. Türkiye’de halen yasal olmasına rağmen kamu hastanelerinde farklı saiklerle kürtajın yapılmadığı ya da zorlaştırıldığı durumlar

gündeme getirilmiş, bu hizmetlerin merdiven altına kayması ve dolayısıyla riskli uygulamalara yol açması birçok katılımcının kaygılandığı konular olarak öne çıkmıştır. Kadın hakları ile doğrudan ilgili olan bu durumun anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik politikalara aykırı olduğu birçok görüşmede tartışılmıştır. Sivil toplum alanında çalışan sosyolog S2, bu hizmetlerin kamu tarafından mutlaka verilmesi gerektiğini, aksi bir uygulamanın şiddet olgusu olarak değerlendirilebileceğini ve bazı sağlık personelinde kürtaj hizmetinin yasal olmadığı ile ilgili bir algı oluştuğunu ifade etmiştir:

“Bu olay en genelde baktığımızda artık bir hak ihlalini de geçip biraz şiddete dönüşmüş durumda. Bu sorunu kendi inisiyatifıyla, kendi maddi kaynaklarıyla çözemeyecek kadınlar için istenmeyen bir gebelik bir şiddet olgusudur diye düşünüyorum. Onun için hiç tartışmasız yani. Buna erişim kamuda olmalı. Yani yasal olduğunu biliyoruz ama... Ve de şey de çok açıktı tabii, yani kendi başına değerlendirilmesi gereken apayrı bir olgu: Bugün sağlık hizmet sunucularının “Artık bu hizmet yasal değildir.” demeleri. Bunu kimi zaman da inanarak diyor olmaları. Yasanın referansı nedir bir tıp mezunu için? Bu çok acıklı bir durum diye düşünüyorum. Yani hani “Yasa nedir?”, “Hukuk nedir?”e geldik zaten. O ayrı bir şey. Bir de siz bir taraftan doğurganlığı düzenlemek için kadınlara hiçbir şey sunmayın kamuda. Yani yöntem sunmayın, onları çaresiz bırakın. Hem yöntem yok. Hem bilgi yok kadında.” (S2)

Bunlara ek olarak, bazı sağlık personelinin dinî görüşlerini ve inançlarını sebep göstererek bu hizmeti vermekten imtina ettikleri belirtilmiştir. Bir kamu kurumunda halk sağlığı ile ilgili idarecilik yapan K6, bu *de facto* yasağa direnç gösterdiklerini, bu tavrı gösteren sağlık personelinin tutumunu eleştirerek bu hizmetin hukuki çerçeveye gereği verilmesi gerektiğini ve kendilerinin her durumda kürtaj hizmetini sağladıklarını söylemiştir:

“İşte efendim; inanç gereği biz kürtaj yapmayacağız diyen hekimler de olmuştu. Kadın doğum uzmanlarımız olmuştu. Onlara da yaptırırız efendi efendi bu işi... Yoksa nöbet listesi çıkarırız kardeşim. Çünkü Aile Planlaması Polikliniğimiz var bizim bir kadın doğum hastanesinde. Orada RİA uygulaması yapıyoruz. Kürtaj, istemli gebelik sonlandırma ya da medikal abortus yapılması gerekiyorsa onu yapıyoruz. Biz bu hizmeti kamu kurumlarında vermeye devam ediyoruz. Çünkü yasal olarak böyle bir hak var ve bu hakkın kişiye teslimi de hekimlerin aracılığıyla olacak bir iştir, kadın doğum uzmanlarımızın aracılığıyla olacak bir iştir. Ve yapmak zorundalar. Orada dini görüş gerekçeleri ya da dünya görüş gerekçeleri geçersizdir.” (K6)

## Kadınların Güçlenmesi

Görüşmelerde sıklıkla değinilen konular arasında kadının statüsü ve toplumsal cinsiyet ile ilgili konular da yer almıştır. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadının güçlenmesi, özellikle halk sağlığı ve sivil toplum alanında çalışan katılımcılar tarafından anne ölümlerinin azaltılması sürecinde temel bir sorun alanı olarak değerlendirilmektedir. Örneğin kadın hastalıkları ve doğum uzmanı A9, anne ölümleri konusu tartışılırken toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin odak nokta olarak alınması gerektiğini belirtmiştir:

“Şimdi şöyle bakmak istiyorum, yani esas bizim Türkiye olarak temel sorunumuz toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadın üreme sağlığına etkisi diye düşünüyorum. Onunla ilgili birçok da yazı okudum, bilgim oldu. Bir kere sorun buradan başlıyor. Yani toplumsal cinsiyet eşitsizliğimiz hala ön planda. Bazı politik etkiler altında daha ön planda olarak karşımıza çıkıyor diye düşünüyorum. Temel konu oradan başlıyor.” (A9)

Bunun yanında, kadının ekonomik ve toplumsal anlamda güçlenmesinin doğurganlıkla ilgili baskılardan kurtulması anlamına geleceği ve anne ölümlerini tetikleyen riskli ve istenmeyen gebeliklerin bu sayede

azalabileceği görüşmelerde gündeme gelmiştir. Örneğin halk sağlığı uzmanı A5, bu konuda bütünlüklü bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulanmıştır:

“Aslında çok ortak kök nedenleri var tüm dünyada, bunu biliyoruz. Yani kadının statüsünü iyileştiremezseniz... Kadının kiminle, ne zaman evleneceğini tanımlayamazsınız. Hükümetler, devletler olarak bunları güvence altına alamazsanız o kız çocuklarını küçücük yaşta evlenmeye itersiniz... Anlatabiliyor muyum? Ve sonra da doğru doğru doğru diye üzerinde baskı yaparsanız”... “Ondan sonra hem hizmet kullanımı anlamında yükseltmezseniz ne eğitimi ne sağlık okuryazarlığını üstelik de hizmeti de tam olarak sunmazsanız aile planlaması hizmetlerinde olduğu gibi. Yani sonuçta hayat akışında devam eder ve gerçekten de ne yazık ki anne ölümüyle, bebek ölümlülüğüyle, diğer ölümlülüklerle karşılaşırız.” (A5)

Sivil toplum örgütlerinde çalışan ve aktivistliğiyle öne çıkan S1 ise, karşılaştığı birçok kadının söz hakkı olmamasından dolayı tek başına sağlık hizmetlerine dahi başvuramadığından ve bu sorunları çözmek için daha geniş kapsamlı bir anlayış değişikliğine ihtiyaç olduğundan söz etmiştir:

“Mesela ben hekim olarak söylüyorum size, hekim olarak da çok fazla kadın hastam olduğundan... Kadın kendi yaşını dahi söyleyemiyor. “Benim beyim bilir” şeklinde. Hiçbir şekilde söz hakkı yok. Muhakkak ya kayınvalidesiyle gelir ya da kocasıyla birlikte gelir. Kadın tek başına hiçbir yere gidemez. Bunların hepsi kadının sağlığını ve anne ölümlerine kadar gidecek süreci belirliyor tabii ki. Yani ortada yapılması gereken çok fazla şey var. Sadece Sağlık Bakanlığının yapmasıyla çözümlenecek şeyler değil tabii ki.” (S1)

Katılımcıların penceresinden bakıldığında, anne ölümlerinin daha da azalması ve anne ölüm oranlarında görülen durağanlaşma platosundan çıkılarak gelişmiş ülke seviyesine ulaşılması için öncelikli olarak aile hekimliği sistemi ve aile planlaması hizmetleri ile ilgili reform niteliğinde değişiklikler gerekmektedir. Akademisyenler ve bu alandaki uzmanların görüşleri ışığında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulanmaya başlayan aile hekimliği sisteminin özellikle bölge tabanlı hizmet ve izlemler açısından yarattığı olumsuzlukların son dönemde gitgide billurlaşan nüfusu artırmaya dönük politikalarla harmanlandığı ve bu yüzden anne ölümleri ile ilgili risklerin arttığı değerlendirilmektedir. Dolayısıyla alan hâkimiyetini önceleyen, yardımcı sağlık personelinin etkin olduğu ve aile planlaması hizmetlerinin kamu tarafından sağlandığı bir modele geçilmesi önerilmektedir.

Aile hekimliği sistemi ile ilgili bir diğer önemli iyileştirmenin genel olarak sağlık sistemini rahatlatarak olan sevk zincirinin kurulmasıyla yapılabileceği düşünülmektedir. Anne ölümleri verisi ile ilgili olarak ise, Türkiye’de zaten gündemde olan kamu kurumları tarafından yayımlanan verilerin doğruluğuyla ve paylaşımıyla ilgili yapılan genel eleştirilerin yanında ölüm istatistikleri hakkında bilinçlendirmenin önemi vurgulanmış ve ölüm bildirim formu hakkında bazı değişiklik önerileri gündeme getirilmiştir. Ayrıca, görüşmelerde birçok kez dile getirilen kamu hastanelerinde uygulanan fiili kürtaj yasağı, istenmeyen gebelikleri artırarak anne ölümüne giden yolu açabilmektedir. Halk sağlığı uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, hekimler ve sivil toplum alanında çalışan katılımcılar, sağlık personelinin tereddüt içinde bırakan bu uygulamaya son verilmesinin ve yasal zemine dönülmesinin gerekliliğinden bahsetmiştir. Böyle bir değişiklik, anne ölümlerinin azaltılması için gündeme gelen diğer konular olan bilinçlendirme ve kadının güçlenmesi için ihtiyaç duyulan anlayış farklılığı ile de büyük ölçüde örtüşmektedir.

# Sonuç Yerine: Görüşmelerde Öne Çıkanlar

□ İlknur Yüksel-Kaptanoğlu

### Küresel Ölçekte Anne Ölümünün Güncel Durumu

Kadınların doğumda ya da doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle ölmesi, 21. yüzyılda en az konuşulması gereken sağlık sorunlarından biridir. Bugün, anne ölümleri, üzerinde uzlaşılan anne ölüm oranı ya da yaşam boyu anne ölüm riski gibi göstergeler ile küresel düzeyde ölçülmekte, izlenmekte ve karşılaştırma yapılarak azaltmaya çalışılmaktadır. Dünya genelinde 2000'li yıllardan itibaren daha da yaygınlaşan veriye dayalı politika üretimi, sağlık ile ilgili birçok gösterge gibi anne ölümleri göstergeleri için de kapalı olan kapıyı biraz daha aralamıştır. Ancak, halen Binyıl Kalkınma Hedeflerinin toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamayı amaçlayan göstergelerinden biri olan anne ölüm oranlarının %75 oranında azaltılması hedefine ulaşamamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000-2017 yıllarını referans alan en güncel tahminlerine göre, her gün yaklaşık 810 anne ölümü gerçekleşmekte; dünya genelinde 100.000 canlı doğumda 211 anne ölmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının 3.1 nolu hedefinde belirtildiği gibi, anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 70'e düşmesi hedefi için yaklaşık 8 yıl kaldığı düşünülürse, anne ölümleri sorununun hala güncelliğini koruduğu görülmektedir (WHO, 2019; UN; 2015). Bu durumun bir sonucu olarak Kahire Konferansı'ndan 25 yıl sonra Nairobi'de yapılan zirvede önlenebilir anne ölüm oranının sıfırlanması taahhüdü dünyaya tekrar hatırlatılmıştır. Bütün bu çabalara rağmen halen önlenebilir anne ölümlerinin düzeyi bu yüzyılın beklentisinin altındadır.

DSÖ'nün güncel tahminleri, az gelişmiş ülkelerin yüz bin canlı doğumda 415 olan anne ölüm oranının Avrupa'daki (yüz bin canlı doğumda 10) oranın 40 katından fazla olduğunu, Sahra-Altı Afrika'da ise bu oranın 542'ye kadar yükseldiğini göstermektedir. Aynı dönem aralığında, Amerika Birleşik Devletleri ve Dominik Cumhuriyeti başta olmak üzere 13 ülkede anne ölüm oranlarının arttığına dikkat çekilmektedir (WHO, 2019). Anne ölümleri, sadece doğurganlığın yüksek olmasıyla sınırlı olmayan, sağlık politikasından, sağlık personelinin donanım ve farkındalığına, kadınların sosyo-ekonomik statülerinden, ülkelerin sosyal güvenlik sistemine, toplumsal cinsiyet ilişkilerine kadar uzanan ve birbirinin içine geçen birçok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle, önlenebilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılmasında hızlı ilerleme sağlanamamaktadır.

### Türkiye'de Anne Ölümünün Güncel Durumu

Bu nitel araştırma ile küresel hedeflerin birçoğuna uzun zaman önce ulaşmış olan Türkiye'de anne ölümlerine dair güncel durumun değerlendirmesi amaçlanmıştır. Türkiye'de anne ölümlerine ilişkin ilk geniş kapsamlı araştırmayı yürütmüş ve bu alana katkıda bulunmuş bir kurum olan Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün, aradan geçen yaklaşık 20 yılı değerlendirme sorumluluğunun bu araştırmanın kurgulanmasında önemli bir payı bulunmaktadır. 2005 yılında yürütülen Ulusal Anne Ölümüne Araştırması'nda 100.000 canlı doğumda 28.5 olarak tahmin edilen anne ölüm oranının bugün 100.000 canlı doğumda 13.1 olduğu görülmektedir (HÜNEE,2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021b). Bu seviye ulaşılmasında, Sağlık Bakanlığının hem anne ölüm oranlarının azaltılması hem de anne ölüm bildirim sisteminin oluşturulması ve kayıt sisteminin iyileştirilmesi önemli bir rol oynamıştır. Öte yandan, birçok ülkede gözlemlendiği gibi, kadınların sosyo-ekonomik

özelliklerine, toplum içindeki konumlarına ve bölgelere göre farklılıklar Türkiye açısından da geçerlidir. Güncel verinin işaret ettiği noktalardan biri de her 4 anne ölümünden 1'inin önlenebilir ölüm olduğudur.

Türkiye'nin anne ölümlerine ilişkin güncel rakamları ülke genelinde elde edilen önemli başarıyı ortaya koymaktadır. Bu nedenle nitel yaklaşımın kullanıldığı bu araştırmada, rakamlara odaklanmak yerine bu başarıda emeği olan ve bu alanda çalışmaya devam eden kişilerin deneyimlerinin ve görüşlerinin anlaşılması amaçlanmıştır. Kamu kurumları, akademi ve sivil toplum örgütlerinden temsilciler ile yapılan görüşmelerde, anne ölümlerinin belirli bir düzeye kadar azalmasının dinamikleri ile daha fazla azalabilmesinin önünde engel oluşturan sorun alanları ve çözüm önerilerine odaklanılmıştır. Gerçekleştirilen 25 görüşmede gündeme gelen konulara, bu raporun önceki bölümlerinde olumlu gelişmeler, sorun alanları ve öneriler başlıklarında yer verilmiştir. Bu bölümde ise, araştırmanın politika yapıcılar ve karar alıcılar için verdiği mesajlara kısaca değinilecektir.

### **Mevcut Başarıyla Yetinmemek ...**

Kamu, akademi ve sivil toplum deneyimini büyük oranda harmanlayan ve çoğunluğu halk sağlığı disiplininin olan katılımcılar, anne ölüm oranlarındaki azalmayı ülke geneli açısından olumlu bir adım olarak değerlendirmişlerdir. Bu alanda emek harcamış birçok katılımcının anlatımı sık sık geçmiş ve bugün arasında bir karşılaştırma biçiminde ilerlemiş; kurumlararası işbirliği ve iletişim ile sağlık personelinin "çalışma ruhuna" ilişkin nostaljik atıflar söz konusu olmuştur. Bu atıflarda, yüz bin canlı doğumda 13.1 olan anne ölüm oranına ilişkin ulusal hedeflerin 13'ün altında olması gerektiğine dikkat çekilmiş ve sağlık politikaları için çıtanın yükseltilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, Nairobi'de verilen "sıfır önlenebilir anne ölümü sözünün" ülke geneli, bölgesel dağılım ve farklı özelliklere sahip gruplar açısından da sağlanması ve son dönemde anne ölüm oranlarındaki azalmanın durağanlaşmasının nedenlerinin araştırılması akademisyenlerin eleştirileri arasında yer almıştır.

### **Veri Eksikliği ...**

Anne ölümlerine ilişkin gelişmeleri takip edebilmeyi mümkün hale getiren zamanlı verinin önemi, hemen hemen tüm görüşmelerde dile getirilen ortak noktalardan birisi olmuştur. Görüşmelerde anne ölüm bildirim sistemi öncesinde, üç fotokopili karbon kâğıtlarıyla ölüm bildirim yapılan günler ile kıyaslanarak bugün bildirimlerin dijitalleşen ortamda yapılması önemli gelişmelerden biri olarak tanımlanmıştır. Günümüzün ruhuna uygun biçimde veriye dayalı politikalar için, tanımlarında uzlaşmış göstergelerin olması da dönemin kazanımları arasında sayılmıştır. Öte yandan, 2011 sonrasında Suriye'den Türkiye'ye gelen göç ve 2020 yılından itibaren yaşanan Covid-19 pandemisinin anne ölümleri üzerindeki etkisi konusunda veri eksikliğinin olduğuna dikkat çekilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 etkisi ile 2019-2020 döneminde anne ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 13.1'den 19.9'a yükseldiğini açıklamış olması (Sağlık Bakanlığı, 2022b) önemli olmakla birlikte, bu artışın sonraki yıllarda sürüp sürmediği ve bölgesel farklılıklar konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ayrıca, 2020 ve 2021 yıllarına ait ölüm ve ölüm nedenleri istatistiklerinin halen açıklanmamış olmasının da sıfır önlenebilir anne ölümü hedefinin neresinde olduğumuz konusunda muğlaklık yarattığı da gündeme gelen konular arasındadır.

### **Şeffaf Politika İhtiyacı ...**

Covid-19 pandemisiyle birlikte günlük covid vakası ve ölüm sayısının takip edilmesi, veriyi birçok insanın gündelik yaşamının bir parçası haline getirmiştir. Sadece Türkiye'de değil, dünyanın birçok ülkesinde gözlenen

bu durum, sağlıkla ilgili veriye güvenin sorgulanmasına da neden olmuştur. Görüştüğümüz uzmanlar ve temsilciler, Türkiye zeline ise, ekonomik göstergelerin üretildiği verilerin güvenirliğine ilişkin sorgulamaların da yaşandığı bir ortamda, sağlık istatistiklerine yönelik güvenin yeniden oluşturulması gerekliliğinden söz etmişlerdir. Sadece veri ile sınırlı olmayan, sağlık politikalarının tamamı için talep edilen bir şeffaflık ihtiyaı da araştırma sonuçlarına dair yorumlardan bir diğeri olarak karşımıza çıkmıştır. Sağlık Bakanlığının COVID-19 dönemindeki anne ölümlerindeki artışı açıklamış olması, Bakanlığın şeffaflık konusundaki çabası olarak değerlendirilebilirse de, bu politikanın sonraki yıllar için de, önlenebilir anne ölümlerinin seviyesi, bölgesel farklılıklar, yoğun mülteci göçünün etkileri konuları da kapsanarak ortaya konulması gerekmektedir.

### **Cinsel Sağlık ve reme Sağlığına İlişkin Politikaların Gözden Geçirilmesi . . .**

Görüşmelerin merkezinde sağlık politikaları, bu politikaların merkezinde ise cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerde ortaya çıkan gelişmeler ve sorun alanları yer almıştır. Bu kapsamda, bazı politikaların anne ölümlerini artırma riski sık sık gündeme getirilmiştir. Anne ölümlerini artıran riskler arasında istenmeyen gebelikler, karşılanamayan aile planlaması ihtiyaının artması, en az 3 ocuk söylemi, gebeliği önleyici yöntemlere ve istemli düşüğe ulaşmaya ilişkin sorunlar dile getirilmiştir. Bu politika, uygulama ve söylemlerin kadınların sağlığı, güçlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması yoluyla önlenebilir anne ölümlerinin sıfırlanmasındaki olumsuz etkisi, birçok görüşmede hatırlatılan önemli konu başlıkları arasında yer almıştır.

### **Hak Temelli Yaklaşım ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri . . .**

Sağlık politikalarının herkese eşit sağlık hizmeti sunarak kimseyi geride bırakmayacak biçimde oluşturulması da araştırmanın önemli mesajlarından birisi olmuştur. Görüşmelerde dezavantajlı grupların yaşadıkları sorunlar gündeme geldiğinde, özellikle göçmenler dezavantajlı grupların yaşadıkları sorunlar gündeme geldiğinde, özellikle göçmenler, engelliler, bekrlar, boşanmış kadınlar ile ocuk yaşta evlenenlerin ön plana çıktığı görülmüştür. Ayrıca, birden fazla dezavantaja sahip olan kadınların anne ölümü riskinin de daha yüksek olduğuna vurgu yapılmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin herhangi bir ayırım yapılmaksızın herkese hak temelli bir yaklaşımla sunulmasının önemi ortaya konulmuştur.

Önlenebilir anne ölümlerinin sıfırlanması hedefine dikkat çeken bu araştırmanın sonuçları, sağlık politikalarını belirleyen karar alıcılara ve politika yapıcılara yol göstererek anne ölümü riski altında bulunan kadınların tamamına hak temelli bir yaklaşımla erişilebilmesini sağlayacak veri temelli sağlık politikaları geliştirilmesine imkân sağlamaktadır. Bu nedenle, bu araştırmanın sonuçlarının anne ölümleri konusunda politika ve stratejilerin geliştirilmesinde ve konu ile ilgili politika önceliklerinin belirlenmesinde dikkate alınması durumunda yararlı olacağı düşünülmektedir.





Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak:  
Nitel Araştırmanın Söyledikleri

**EKLER**

# EK 1

## Anne Ölümlerine İlişkin Temel Kavramlar ve Göstergeler

- **Gebeliğe bağlı ölüm** bir kadının gebelik süresince ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde herhangi bir nedenle ölmesidir.
- **Anne ölümü** bir kadının, gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik sürecinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan anne ölümüdür.
- **Doğrudan anne ölümü** gebelik sürecinde, doğumda veya lohusalık döneminde yapılan müdahaleler, ihmaller, yanlış verilen bakım hizmeti ya da bu olaylar zinciri sonucunda meydana gelen obstetrik komplikasyonlar olarak tanımlanmaktadır.
- **Dolaylı anne ölümü** kadında daha önceden var olan bir hastalık veya hastalıklar nedeniyle gebelik sırasında gelişen ama obstetrik kaynaklı olmayan ancak gebeliğin fizyolojik etkisi ile şiddetlenen nedenlerden meydana gelen kadın ölümleridir.
- **Tesadüfi anne ölümü**, gebelik, doğum veya lohusalık döneminde dolaylı veya doğrudan obstetrik kaynaklı olmayan nedenlere bağlı olarak ölen kadınları ifade etmektedir.
- **Anne ölüm oranı (AÖO)**, 100.000 canlı doğumda anne ölümü sayısı olarak ifade edilmektedir.
- **Anne ölüm hızı**, üreme çağındaki (15-49 yaş grubu) 100.000 kadında anne ölümlerinin sayısıdır.
- **Gebeliğe bağlı ölüm oranı**, 100.000 canlı doğumda gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısıdır.
- **Gebeliğe bağlı ölüm hızı**, üreme çağındaki 100.000 kadında gebeliğe bağlı ölümlerin sayısıdır.
- **Yaşam boyu anne ölüm riski**, üreme çağının sonuna kadar dolaylı ya da dolaysız anne ölüm nedenlerinden dolayı ölme riskidir.
- **Yaşam boyu gebeliğe bağlı ölüm riski**, üreme çağının sonuna kadar gebeliğe bağlı bir nedenden dolayı ölme riskidir.

## EK 2

### Anahtar Kişi Görüşmeleri (yüz yüze ve çevrim içi) Görüşme Yönergesi

Anne ölümlerinin güncel durumunun değerlendirilmesi konusundaki nitel araştırmamıza katılmayı ve görüşme kaydını kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederim. Görüşmemize sizi tanıyarak başlamak istiyoruz. Biraz kendinizden bahsedermisiniz?

#### Demografik Bilgiler ve İş Yaşamı

- Demografik bilgiler (yaş, eğitim vb.)
- Çalışma yaşamı (daha önce ve halen çalıştığı kurumlar, çalışma süreleri)
- Halen çalıştığı/aktif olarak görev yaptığı kurum (kadın sağlığı ve anne ölümlerine ilişkin çalışmalar, kurumun yakın dönem planı, personel sayısı ve niteliği, kurumsal kapasite, kurumun bu alanda çalışma süresi)
- Anne ölümleri alanıyla ilgili diğer deneyimler (Ulusal-uluslararası STK/dernek/topluluk)

#### Türkiye’de Anne Ölümleri Düzeyi ve Nedenleri

Türkiye’de önlenebilir anne ölümleri önemli derecede azaldı. Siz bu alanda çalışan biri olarak anne ölümlerini Türkiye açısından değerlendirdiğinizde neler söyleyebilirsiniz?

- Anne ölümleri değişimi (doğrudan ve dolaylı anne ölümleri düzeyi)
- Anne ölümleri nedenleri
  - Bireysel algılar
  - Sağlıkla ilişkisi (kürtaj, sezaryen, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, CSÜS)
  - Sağlık politikaları ile ilişkisi (yasal mevzuat, hizmetler)
  - Farklı gruplar açısından
    - Göçmenler, bekâr kadınlar, yoksul gruplar, yaş grupları, ÇEZE, eğitim durumu vb.
    - Sosyo-ekonomik koşullar
    - Toplumsal – kültürel faktörler

#### Anne Ölümlerine İlişkin Veri Kayıt Sistemi

Anne ölümlerinin azaltılmasında ölüm istatistiklerinin kapsamı ve niteliğinin iyileştirilmesi de sorunun tespiti açısından önemli. Siz anne ölümleri özelinde ölüm kayıtlarına ve istatistiklerine dair neler söylemek istersiniz.

Anne ölümlerine ilişkin kayıt sistemi (ölüm nedenleri, kayıt süreci, sağlık çalışanları, kurumlar)

- Veri kalitesi (sorunlar, kapsam, bölge, kent/kır)
- Özel durumlar ve farklı gruplar (COVID-19, göçmenler gibi)
- Verinin iyileştirilmesine ilişkin öneriler

## Güncel Duruma İlişkin Değerlendirme ve Öneriler

---

Türkiye’de anne ölümlerini çeşitli açılardan değerlendirdik. Sizce anne ölümleri Türkiye için güncel/önemli bir sorun mudur? Gelecekteki dönemler için nasıl bir öngörüde bulunursunuz?

- Covid-19 dönemi sorunlar, önlemler
- Göçmenler
- Genel bir değerlendirme
- Çözüm önerileri (politika, hizmetler, eğitim)
- Sorumluluk alacak kurumlar

Deneyimlerinizi ve görüşlerinizi bizimle paylaştığınız için çok teşekkürler...

## EK 3

### Anahtar Kişi Görüşmeleri (çevrim içi) Gönüllü Katılım Formu

Türkiye'nin anne ölümleri konusundaki güncel durumunu, süreç içindeki olumlu/olumsuz gelişmeleri, önlenebilir anne ölümlerinin nedenleri ile alana ilişkin sorunları ve çözüm önerilerini ele almayı hedefleyen araştırmamıza katıldığınız ve çevrim içi görüşmeyi kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederim. Daha önce de belirttiğimiz gibi, çalışmayı Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ile işbirliği içinde yapmaktayız. Bu araştırma çerçevesinde konuya ilişkin görüşleriniz, algılarınız ve deneyimleriniz hakkında sizinle yüz yüze görüşmek istiyoruz. Anne ölümleri alanında çalışan bir uzman olarak görüşleriniz bu çalışma için çok değerli.

Bildiğiniz gibi, araştırmaya katılımınız tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Herhangi bir rahatsızlık hissederseniz istediğiniz anda, hiçbir neden ya da koşul belirtmeksizin araştırmadan çekilebilir ve istemediğiniz konulara değinmeyebilirsiniz. Sizinle yapacağımız görüşmede söylediklerinizin kesinlikle gizli kalacağını ve kimliğinizin açıklanmayacağını da belirtmek isteriz. Görüşme süresince paylaştığınız bilgiler yalnızca araştırma kapsamında ve araştırma sonuçları içinde anonimleştirilerek kullanılacaktır. Görüşmemiz yaklaşık 1-1.5 saat sürecektir. Bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli iznin alındığını da belirtmek isteriz.

Anne ölümlerine ilişkin yapacağımız değerlendirme ile önlenebilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunmayı amaçladığımız bu çalışma kapsamında, sizin söylediğiniz hiçbir konuyu atlamamak adına görüşmelerimizi kayıt etmek istediğimizi belirtmiştik. Ben görüşmemize başlamadan önce araştırmamıza katılmayı, görüntü ve/veya ses kaydı onayı verdiğinizi teyit etmek istiyorum.

Gönüllü katılım formunu okudum. Görüşme, ses ve görüntü kaydı için onay aldım.	
Görüşmeci kodu	
Araştırmacı adı-soyadı	
Araştırmacı imzacı	
Tarih	



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Rektörlük

Tarih: 16/04/2022 18:37  
Sayı: E-35853172-010.99-00002139765



Sayı : E-35853172-010.99-00002139765  
Konu : Etik Komisyon İzni (Doç. Dr. İlknur YÜKSEL  
KAPTANOĞLU)

16.04.2022

## NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 04.04.2022 tarihli ve E-85844849-010.99-00002119728 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Araştırma Yöntemleri Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç. Dr. İlknur YÜKSEL KAPTANOĞLU**'nun sorumluluğunda Enstitünüz adına yürütülecek “**Anne Ölümüne Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri**” başlıklı araştırma projesi Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **12 Nisan 2022** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vural GÖKMEN  
Rektör Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 3F4E2F15-715E-411D-91FF-21744CBA2FEE

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys>

Adres: Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara  
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr Elektronik  
Ağ: www.hacettepe.edu.tr  
Telefon: 0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992  
Kep: hacettepeuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Çağla Handan GÜL  
Bilgisayar İşletmeni  
Telefon: 03123051008



## EK 5

### Anahtar Kişi Görüşmeleri Hakkında Bilgi

Kod	Alan	Mod	Tarih
A1	Halk Sağlığı Uzmanı	Yüz yüze	18.05.2022
A2	Halk Sağlığı Uzmanı	Zoom	20.06.2022
A3	Halk Sağlığı Uzmanı	Yüz yüze	27.05.2022
A4	Halk Sağlığı Uzmanı	Yüz yüze	02.06.2022
A5	Halk Sağlığı Uzmanı	Zoom	03.06.2022
A6	Halk Sağlığı Uzmanı	Zoom	07.06.2022
A7	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Zoom	08.06.2022
A8	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Zoom	10.06.2022
A9	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Zoom	14.06.2022
A10	Halk Sağlığı Uzmanı	Zoom	20.06.2022
K1	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Yüz yüze	13.05.2022
K2	Uzman	Zoom	25.05.2022
K3	Yönetici Doktor	Zoom	07.06.2022
K4	Uzman	Yüz yüze	09.06.2022
K5	Uzman	Yüz yüze	22.06.2022
K6	Yönetici Doktor	Zoom	27.06.2022
S1	Halk Sağlığı Uzmanı	Yüz yüze	17.05.2022
S2	Sosyolog	Zoom	30.05.2022
S3	Halk Sağlığı Uzmanı	Yüz yüze	03.06.2022
S4	Doktor	Zoom	16.06.2022
S5	Halk Sağlığı Uzmanı	Zoom	17.06.2022
S6	Uzman Hemşire	Zoom	03.07.2022
S7	Perinatoloji Uzmanı	Zoom	27.07.2022
S8	Hemşire	Yüz yüze	02.08.2022
S9	Halk Sağlığı Uzmanı	Yüz yüze	25.05.2022





# Anne Ölümlerine Yeniden Bakmak: Nitel Araştırmanın Söyledikleri

## **KAYNAKLAR**



## KAYNAKLAR

1. Anderson, F. W., Morton, S. U., Naik, S., & Gebrian, B. (2007). Maternal mortality and the consequences on infant and child survival in rural Haiti. *Maternal and child health journal*, 11(4), 395-401.
2. Bazile, J., Rigodon, J., Berman, L., Boulanger, V. M., Maistrellis, E., Kausiwa, P., & Yamin, A. E. (2015). Intergenerational impacts of maternal mortality: qualitative findings from rural Malawi. *Reproductive health*, 12(1), 1-10.
3. Bell, D., Hansen, K. S., Kiragga, A. N., Kambugu, A., Kissa, J., & Mbonye, A. K. (2020). Predicting the impact of COVID-19 and the potential impact of the public health response on disease burden in Uganda. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 103(3), 1191. Blagoeva Atanasova, V., Arevalo-Serrano, J., Antolin Alvarado, E., & García-Tizón Larroca, S. (2018).
4. Blagoeva Atanasova, V., Arevalo-Serrano, J., Antolin Alvarado, E., & García-Tizón Larroca, S. (2018). Maternal mortality in Spain and its association with country of origin: Cross-sectional study during the period 1999–2015. *BMC Public Health*, 18(1), 1-9.
5. Calvello, E. J., Broccoli, M., Risko, N., Theodosis, C., Totten, V. Y., Radeos, M. S., ... & Wallis, L. (2013). Emergency care and health systems: consensus-based recommendations and future research priorities. *Academic Emergency Medicine*, 20(12), 1278-1288.
6. Calvello, E. J., Skog, A. P., Tenner, A. G., & Wallis, L. A. (2015). Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 417-423.
7. Chinn, J. J., Eisenberg, E., Dickerson, S. A., King, R. B., Chakhtoura, N., Lim, I. A. L., ... & Bianchi, D. W. (2020). Maternal mortality in the United States: research gaps, opportunities, and priorities. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(4), 486-492.
8. CISU Platformu. (2021). Pandemi Dönemlerinde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmetleri: Toplum Temelli Hizmetler için Rehber. Erişim adresi: [https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2021/07/CISU\\_Rehber\\_Tasarimi\\_Dijital.pdf](https://www.tapv.org.tr/wp-content/uploads/2021/07/CISU_Rehber_Tasarimi_Dijital.pdf) . Erişim tarihi: 12.08.2022.
9. Clark, S. L. (2012, February). Strategies for reducing maternal mortality. In *Seminars in perinatology* (Vol. 36, No. 1, pp. 42-47). WB Saunders.
10. Combs Thorsen, V., Sundby, J., & Malata, A. (2012). Piecing together the maternal death puzzle through narratives: the three delays model revisited. *PLoS one*, 7(12), e52090.
11. Creanga, A. A., Berg, C. J., Ko, J. Y., Farr, S. L., Tong, V. T., Bruce, F. C., & Callaghan, W. M. (2014). Maternal mortality and morbidity in the United States: where are we now?. *Journal of women's health*, 23(1), 3-9.
12. Deneux-Tharoux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M. H., & Bréart, G. (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3), 541-548.

13. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). (1978). Türkiye Nüfus Araştırması 1974-1975, Yayın No: 841.
14. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE). (1993). 1989 Türkiye Nüfus Araştırması, Yayın No.1483, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Entitüsü; Ankara.
15. Dinçer, O. (2014). Eşitlik tahayyülünün müşterek kurgusu: Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü komisyonunun çalışma öncelikleri ve çıkan politika metinleri üzerine bir analiz [Uzmanlık tezi]. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara.
16. Engin-Üstün, Y., Çelen, Ş., Özcan, A., Sanisoğlu, S., Karaahmetoğlu, S., Gül, R., ... & Köse, M. R. (2012). Maternal mortality from cardiac disease in Turkey: a population-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(11), 2451-2453.
17. Engin-Üstün, Y., Sanisoğlu, S., Keskin, B., Uygur, D., Özcan, A., Keskin, H. L., ... & Şencan, İ. (2016). Reducing Maternal Mortality in Turkey: Lessons Learned from Three Delays Model. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 49(1), 6-9.
18. Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160(1), 423.
19. Esin, A., Mihçioğur, S., Demir, C., & Kanal, G. (2021). Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu.
20. Euro-Peristat project with SCPE and Eurocat (2013). European Perinatal health report: The health of pregnant women and babies in Europe in 2010. Erişim adresi: <http://www.europeristat.com> Erişim tarihi: 07.03.2022
21. Evans, E. C. (2013). A review of cultural influence on maternal mortality in the developing world. *Midwifery*, 29(5), 490-496.
22. Family Care International, ICRW, & KEMRI/CDC Research and Public Health Collaboration. (2014). A Price Too High to Bear: The Costs of Maternal Mortality to Families and Communities. Family Care International.
23. Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research (Fourth edition)*. Sage Publication.
24. Ganatra, B., Gerdtts, C., Rossier, C., Johnson Jr, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., ... & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381.
25. Gianella, C., Ruiz-Cabrejos, J., Villacorta, P., Castro, A., & Carrasco-Escobar, G. (2021). Reverting five years of progress: Impact of COVID-19 on maternal mortality in Peru. *CMI Brief*, 2021(1).
26. Goyal, M., Singh, P., Singh, K., Shekhar, S., Agrawal, N., & Misra, S. (2021). The effect of the COVID-19 pandemic on maternal health due to delay in seeking health care: experience from a tertiary center. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 231-235.
27. Gulumser, C., Engin-Ustun, Y., Keskin, L., Celen, S., Sanisoglu, S., Karaahmetoglu, S., ... & Sencan, I. (2019). Maternal mortality due to hemorrhage: population-based study in Turkey. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(23), 3998-4004.

28. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2006). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.
29. Hirshberg, A., & Srinivas, S. K. (2017, October). Epidemiology of maternal morbidity and mortality. In *Seminars in perinatology* (Vol. 41, No. 6, pp. 332-337). WB Saunders.
30. Karaca-Bozkurt, Ö. (2011). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi [Uzmanlık tezi]. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara.
31. Kaur, M., Gupta, M., Pandara Purayil, V., Rana, M., & Chakrapani, V. (2018). Contribution of social factors to maternal deaths in urban India: Use of care pathway and delay models. *PLoS One*, 13(10), e0203209.
32. Kavak, S. B., Kavak, E. C., Demirel, I., Turkoglu, A., Akkus, I. H., Ilhan, R., & Kaplan, S. (2015). Evaluation of maternal mortality cases in the province of Elazig, Turkey, 2007-2013: a retrospective study. *Global journal of health science*, 7(1), 188.
33. Keskin, B., Engin-Üstün, Y., Sanisoğlu, S., Uygur, D. Ş., Keskin, H. L., Karaahmetoğlu, S., ... & Şencan, İ. (2017). Maternal mortality due to hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium between 2012 and 2015 in Turkey: A nation-based study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 18(1), 20.
34. Kumari, V., Mehta, K., & Choudhary, R. (2020). COVID-19 outbreak and decreased hospitalisation of pregnant women in labour. *The Lancet Global health*, 8(9), e1116-e1117.
35. Leininger, M. (1996). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.
36. Lumbreras-Marquez, M. I., Campos-Zamora, M., Lizaola-Diaz de Leon, H., & Farber, M. K. (2020). Maternal mortality from COVID-19 in Mexico. *Int J Gynaecol Obstet*, 150(2), 266-267.
37. MacDorman, M. F., & Declercq, E. (2018). The failure of United States maternal mortality reporting and its impact on women's lives. *Birth* (Berkeley, Calif.), 45(2), 105.
38. MacDorman, M. F., Declercq, E., & Thoma, M. E. (2018). Trends in Texas maternal mortality by maternal age, race/ethnicity, and cause of death, 2006-2015. *Birth*, 45(2), 169-177.
39. Manyeh, A. K., Nathan, R., & Nelson, G. (2018). Maternal mortality in Ifakara health and demographic surveillance system: spatial patterns, trends and risk factors, 2006–2010. *PLoS One*, 13(10), e0205370.
40. Maza-Arnedo, F., Paternina-Cacedo, A., Sosa, C. G., de Mucio, B., Rojas-Suarez, J., Say, L., ... & Colomar, M. (2022). Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *The Lancet Regional Health-Americas*, 12, 100269.
41. McCall, S. J., Nair, M., & Knight, M. (2017). Factors associated with maternal mortality at advanced maternal age: a population-based case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(8), 1225-1233.

42. Miskinzod, D. (2020). Maternal mortality in Tajikistan: Successes and challenges. *International Journal of Women's Health and Wellness*, 6(111), 2474-1353.
43. Molina, G., Weiser, T. G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Azad, T., ... & Haynes, A. B. (2015). Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *Jama*, 314(21), 2263-2270.
44. Molla, M., Mitiku, I., Worku, A., & Yamin, A. E. (2015). Impacts of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia. *Reproductive health*, 12(1), 1-9.
45. Nelson, D. B., Moniz, M. H., & Davis, M. M. (2018). Population-level factors associated with maternal mortality in the United States, 1997–2012. *BMC public health*, 18(1), 1-7.
46. Nyfløt, L., & Sitras, V. (2018). Strategies to reduce global maternal mortality. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 639-640.
47. Okafor, C. B., & Rizzuto, R. R. (1994). Women's and health-care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria. *Studies in family planning*, 353-361.
48. Omer, S., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2021). The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan. *Reproductive health*, 18(1), 1-12.
49. Öztekin, Z. (2018). Temel sağlık hizmetleri: 1978-2018. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*. Erişim adresi: <https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Temel-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-1978-2018.pdf>  
Erişim tarihi: 07.03.2022
50. Pattinson, R., Fawcus, S., Gebhardt, S., Soma-Pillay, P., Niit, R., & Moodley, J. (2021). The impact of COVID-19 on use of maternal and reproductive health services and maternal and perinatal mortality. *South African Health Review*, 2021(1), 105-119.
51. Puri, C. P. Van Look, P. F. A. (Eds.). (2001). *Sexual and Reproductive Health: Recent Advances, Future Directions*. New Delhi: New Age International Limited.
52. Ren, Y., Qian, P., Duan, Z., Zhao, Z., Pan, J., & Yang, M. (2017). Disparities in health system input between minority and non-minority counties and their effects on maternal mortality in Sichuan province of western China. *BMC Public Health*, 17(1), 1-10.
53. Riley, I. D., Hazard, R. H., Joshi, R., Chowdhury, H. R., & Lopez, A. D. (2019). Monitoring progress in reducing maternal mortality using verbal autopsy methods in vital registration systems: what can we conclude about specific causes of maternal death?. *BMC medicine*, 17(1), 1-4.
54. Ronsmans, C., Graham, W. J., & Lancet Maternal Survival Series steering group. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The lancet*, 368(9542), 1189-1200.
55. Sanisoğlu, S., Uygur, D., Keskin, B., Engin-Üstün, Y., Keskin, H. L., Karahmetoğlu, S., ... & Özkan, S. (2017). Maternal mortality cases from pulmonary embolism: A nation-wide study in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(2), 151-156.

56. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet global health*, 2(6), e323-e333.
57. Shah, I., & Åhman, E. (2009). Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(12), 1149-1158.
58. Solheim, K. N., Esakoff, T. F., Little, S. E., Cheng, Y. W., Sparks, T. N., & Caughey, A. B. (2011). The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(11), 1341-1346.
59. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2010). Türkiye’de Kadının Durumu, Ankara. Erişim adresi: [http://www.tekgida.org.tr/Dosya/2589/turkiyede\\_kadinin\\_Durumu\\_2010\\_ARALIK\\_2589.pdf](http://www.tekgida.org.tr/Dosya/2589/turkiyede_kadinin_Durumu_2010_ARALIK_2589.pdf) . Erişim tarihi: 10.06.2022.
60. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2022), Türkiye’de Kadın, Ankara. Erişim adresi: [https://www.aile.gov.tr/media/97652/tu-rkiye-de-kadin\\_20220214.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/97652/tu-rkiye-de-kadin_20220214.pdf) . Erişim tarihi: 10.06.2022.
61. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2018), Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023), Ankara. Erişim adresi: [http://www.sp.gov.tr/upload/xSPTemelBelge/files/RySPo+KADININ\\_GUCLENMESI\\_STRATEJI\\_BELGESI\\_VE\\_EYLEM\\_PLANI\\_2018-2023\\_.pdf](http://www.sp.gov.tr/upload/xSPTemelBelge/files/RySPo+KADININ_GUCLENMESI_STRATEJI_BELGESI_VE_EYLEM_PLANI_2018-2023_.pdf) . Erişim tarihi: 10.06.2022.
62. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2012), Türkiye’de Kadının Durumu, Ankara. Erişim adresi: <http://aihiz.org.tr/aktarimlar/dosyalar/1340894116.pdf> . Erişim tarihi: 06.05.2022.
63. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (1989). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994). Ankara. Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci\\_Bes\\_Yillik\\_Kalkinma\\_Plani-1990-1994.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Altinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1990-1994.pdf) . Erişim tarihi: 06.05.2022.
64. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (1995). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). Ankara. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Yedinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-Oncesinde-Makroekonomik-Gelismeler-1990-1994.pdf> . Erişim tarihi: 06.05.2022.
65. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (2000). Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005). Ankara. Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun\\_Vadeli\\_Strateji\\_ve\\_Sekizinci\\_Bes\\_Yillik\\_Kalkinma\\_Plani-2001-2005.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf) . Erişim tarihi: 06.05.2022.
66. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013). Ankara. Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu\\_Kalkinma\\_Plani-2007-2013.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Dokuzuncu_Kalkinma_Plani-2007-2013.pdf) . Erişim tarihi: 06.05.2022.
67. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (2010). Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu: Türkiye 2010. Ankara. Erişim adresi: [http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/07/UNDP-TR-TR-2010-MDG-Report\\_TR.pdf](http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/07/UNDP-TR-TR-2010-MDG-Report_TR.pdf) . Erişim tarihi: 12.06.2022.

68. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2008). Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler, Akın A (eds). Ankara.  
Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/1469111-Kadinin-statusu-ve-sagligi-ile-ilgili-gercekler.html> .  
Erişim tarihi: 12.06.2022.
69. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). On birinci Kalkınma Planı (2019-2023).  
Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On\\_Birinci\\_Kalkinma\\_Plani-2019-2023.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Plani-2019-2023.pdf) .  
Erişim tarihi: 06.05.2022.
70. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2020). 2021 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı.  
Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/11/2021\\_Yili\\_Cumhurbaskanligi\\_Yillik\\_Programi.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/11/2021_Yili_Cumhurbaskanligi_Yillik_Programi.pdf) . Erişim tarihi: 06.05.2022.
71. T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018). Ankara.  
Erişim adresi: [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu\\_Kalkinma\\_Plani-2014-2018.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf) .  
Erişim tarihi: 06.05.2022.
72. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). Hastane Kayıtları Çalışması. Ankara.
73. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Ankara. Erişim adresi: [https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5131\\_sdpturkpdf.pdf?0](https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5131_sdpturkpdf.pdf?0) . Erişim tarihi: 15.06.2022.
74. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara.  
Erişim adresi: <https://bartindh.saglik.gov.tr/Eklenti/281359/0/gebe-bilgilendirme-egitim-kitabipdf.pdf> .  
Erişim tarihi: 12.10.2022.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021a). Sağlık istatistikleri yıllığı 2019.  
Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> . Erişim tarihi: 06.07.2022.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021b). Türkiye anne ölümleri raporu (2015-2019).  
Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/yayinlarimiz/Raporlar/TURKIYE\\_ANNE\\_OLUMLERI\\_RAPORU\\_2015-2019.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/yayinlarimiz/Raporlar/TURKIYE_ANNE_OLUMLERI_RAPORU_2015-2019.pdf) . Erişim tarihi: 15.06.2022.
77. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022a). 2019-2023 Stratejik planı (Güncellenmiş versiyon-2022). Ankara.  
Erişim adresi: <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan-Web-Katalog.pdf> . Erişim tarihi: 10.07.2022.
78. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022b). Sağlık istatistikleri yıllığı 2020.  
Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> . Erişim tarihi: 06.07.2022.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022c). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2021 Yılı Birim Faaliyet Raporu. Ankara.  
Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM\\_2021\\_Birim\\_Faaliyet\\_Raporu.pdf?type=file](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2021_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file) . Erişim tarihi: 10.07.2022.



- 80.** T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022d). Sağlık istatistikleri yıllığı 2021 haber bülteni.  
Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf> .  
Erişim tarihi: 30.12.2022.
- 81.** Tessema, G. A., Laurence, C. O., Melaku, Y. A., Misganaw, A., Woldie, S. A., Hiruye, A., ... & Deribew, A. (2017). Trends and causes of maternal mortality in Ethiopia during 1990–2013: findings from the Global Burden of Diseases study 2013. *BMC public health*, 17(1), 1-8.
- 82.** Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*, 38(8), 1091-1110.
- 83.** Thaddeus, S., & Nangalia, R. (2004). Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of midwifery & women's health*, 49(4), 293-297.
- 84.** Tunçalp, Ö., Souza, J. P., Hindin, M. J., Santos, C. A., Oliveira, T. H., Vogel, J. P., ... & WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2014). Education and severe maternal outcomes in developing countries: a multicountry cross-sectional survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, 57-65.
- 85.** Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021). Birleşmiş Milletler toplumsal cinsiyet göstergeleri minimum seti, sağlık ve ilgili hizmetler, anne ölüm oranı (2007-2019).  
Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1> .  
Erişim tarihi: 10.09.2023.
- 86.** UN. (2022). Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise.  
Erişim adresi: <https://www.naibisummiticpd.org/content/icpd25-commitments#> . Erişim Tarihi: 13.09.2022.
- 87.** UN Statistical Division. (2022). Millenium Development Goals.  
Erişim adresi: <https://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm> .  
Erişim Tarihi: 13.09.2022.
- 88.** UN Women. (2022). Beijing and its follow-up.  
Erişim adresi: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/> . Erişim Tarihi: 13.08.2022.
- 89.** UNFPA. (2012). Giving Birth Should Not be a Matter of Life and Death. New York.  
Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-LifeandDeath.pdf> .  
Erişim tarihi: 13.08.2022.
- 90.** United Nations (UN). (1995). Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations.  
Erişim adresi: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_1995\\_programme\\_of\\_action\\_adopted\\_at\\_the\\_international\\_conference\\_on\\_population\\_and\\_development\\_cairo\\_5-13\\_sept\\_1994.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_1995_programme_of_action_adopted_at_the_international_conference_on_population_and_development_cairo_5-13_sept_1994.pdf) . Erişim tarihi: 07.07.2022.
- 91.** United Nations (UN). (1996). Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995. New York: United Nations. Erişim adresi: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf> . Erişim tarihi: 07.07.2022.

- 92.** Uzuncakmak, C., & Ozcam, H. (2016). Association between maternal mortality and cesarean section: Turkey experience. *PloS one*, 11(11), e0166622.
- 93.** Üstün, Y. E., Sanisoğlu, S., Çınar, M., Keskin, H. L., Uygur, D., Özcan, A., ... & Şencan, İ. (2018). A view of maternal mortalities in women conceiving through assisted reproductive techniques: A nation-based study of Turkey. *Journal of the Chinese Medical Association*, 81(11), 985-989.
- 94.** World Health Organization (2015a). Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/194254> . Erişim tarihi: 10.08.2022.
- 95.** World Health Organization (2019). Maternal mortality: levels and trends 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516488> . Erişim tarihi: 10.08.2022.
- 96.** World Health Organization, (2015b). UN Sustainable Development Goals on Maternal Mortality, Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153540/WHO\\_RHR\\_15.03\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153540/WHO_RHR_15.03_eng.pdf) . Erişim tarihi: 10.08.2022.
- 97.** World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)
- 98.** World Health Organization. (1994). Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FHE-MSM-94.11-Rev.1> . Erişim tarihi:12.08.2022.
- 99.** World Health Organization. (2004). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Vol. 2). World Health Organization. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42980/9241546530\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42980/9241546530_eng.pdf) . Erişim tarihi: 07.07.2022.
- 100.** World Health Organization. (2007). Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918> . Erişim tarihi: 07.07.2022.
- 101.** World Health Organization. (2008). Framework and standards for country health information systems. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43872> . Erişim tarihi: 10.08.2022.
- 102.** World Health Organization. (2014). Maternal mortality-fact sheet. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Key%20facts,dropped%20by%20about%2034%25%20worldwide> . Erişim tarihi: 10.08.2022.
- 103.** Yamin, A. E., Boulanger, V. M., Falb, K. L., Shuma, J., & Leaning, J. (2013). Costs of inaction on maternal mortality: qualitative evidence of the impacts of maternal deaths on living children in Tanzania. *PloS one*, 8(8), e71674.
- 104.** Yayla, Z. (2016). Assessment of the Completeness and Timeliness of Death Registration in Turkey: 2009-2015. Master's Thesis, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara.

**105.** Yılmaz, V. (2020). Pandemi Öncesi ve Sırasında Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri İzleme Raporu. Erişim adresi: <https://cisuplatform.org.tr/wp-content/uploads/2020/11/Pandemi-Oncesi-ve-Sirasinda-Turkiyede-CSUS-Hizmetleri-Izleme-Raporu-9.pdf> . Erişim tarihi: 13.09.2022.

**106.** Yüksel-Kaptanoğlu, İ., Türkyılmaz, A. S., & Koç, İ. (2014). Avoidable Factors Contributing to Maternal Deaths in Turkey. In Mortality in an International Perspective (pp. 187-205). Springer, Cham.

