

Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım

Füsün Aysın Artıran İğde¹, Rukiye Gül², Murat Yalçın¹, Demet Karadenizli¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

²Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara

Amaç: Türkiye’de ana sağlığı programları anne ölümlerini azaltmak için genellikle komplikasyonlu gebelikleri tespit etmeye yönelik olarak yürütülmüştür. Bu yaklaşım kazandırdığı pek çok artıya rağmen ana ölümlerini azaltmaya yetmemektedir. **Ana bulgular:** Birçok araştırma komplikasyonlu gebeliklerin çoğunun bilinen bir risk faktörü taşımadığını ve obstetrik komplikasyonların genellikle önceden tahmin edilemeyip önlenemediğini göstermiştir. Bu nedenle tüm gebe kadınlar için Acil Obstetrik Bakım (AOB) sisteminin kullanılabilir olması şarttır ve birçok gelişmekte olan ülkede sağlık kuruluşları AOB hizmet sunumu için gerekli yapıya zaten sahiptir. **Sonuç:** Ana ölümlerinin azaltılması için harcanacak çabaların odağında mutlaka AOB hizmetlerine ulaşılabilirlik olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Güvenli annelik, anne ölümleri, acil obstetrik bakım

Maternal mortality and emergency obstetric care

Objective: In Turkey, mother health programs are commonly focused to define pregnant women who have complications to decrease maternal deaths. Although gains of this approach, it is not enough to decrease the number of maternal deaths. **Main findings:** Many researches showed that pregnancies that have complications do not carry any known risk factor and most obstetric complications can neither be predicted nor prevented. Because of this reason, effective use of Emergency Obstetric Care (EmOC) system is needed for all pregnant women. In many developing countries, facilities that are supposed to provide emergency obstetric services already exist. **Conclusion:** Prompt access to EmOC should be centralized to reduce deaths among pregnant women.

Key words: Safe motherhood, maternal mortality, emergency obstetric care

Genel Tıp Derg 2008;18(1):47-53

Bir yüzyıldan fazladır nüfusun hızlı artışı uluslararası platformda tedirginlik yaratırken, pek çok ülkede hâlâ göz ardı edilen bir trajedi olan anne ölümü de geçtiğimiz 20 yılda uluslararası hareketin odağı olmuştur. Yapılan girişimlere ve anne ölümü konusundaki bazı gelişmelere rağmen hâlâ her yıl, gebeliğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle 210 milyon kadının hayatı tehlikeye girmekte, birçoğu ciddi sakatlıklarla yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmakta ve yarım milyon kadın, gebeliğe, doğuma ve lohusalık dönemine ait problemler nedeniyle hayatını kaybetmektedir (1-4).

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr. Füsün Aysın Artıran İğde, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

e-posta: fartiran@yahoo.com

Obstetrik komplikasyonların çoğunun önceden tahmin edilemeyip, önlenemediği tüm dünyaca kabul edilen bilimsel bir gerçek olduğundan ülkemizde artık komplikasyonlu gebelikleri tespit etmeye yönelik olarak yürütülen programların yerini, yeni uygulamaların alması gerekmektedir (5-8)

Bu yazıyla, anne ölümlerinin birçoğunun önlenmesine katkıda bulunacak Acil Obstetrik Bakım (AOB) yaklaşımı konusunda bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Güvenli annelik girişimi nasıl başladı?

1987’de Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası ve 37 ülkeden çeşitli kuruluşlar

Güvenli Annelik Girişimi ile 2000 yılına dek anne ölümlerinin % 50 oranında azaltılmasını amaçlamışlardır. Kısa bir süre sonra nüfusa yönelik olarak yapılan Birleşmiş Milletler konferans serisinin içinde yer alan ve 1994'de 179 ülke hükümetinin delegasyonu, 1200'den fazla sivil toplum örgütünün katılımıyla Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı gerçekleştirilmiştir. Bu konferans ile cinsel ve üreme sağlığının geliştirildiği, üreme haklarının güçlendirildiği ve dünya nüfusunun sabitleneceği 20 yıllık bir eylem planı yapılmış ve hükümetler, toplumun sağlığının, iyilik halinin geliştirilmesi, nüfus büyüme hızının azaltılması ve sürdürülebilir kalkınma paketinin bir parçası olarak, 2015 yılına kadar dünya yüzeyinde yaygın olarak üreme sağlığına ulaşılabilirliğin sağlanması konusunda görüş birliğine varmışlardır (9). Bundan bir yıl sonra 1995'de Pekin'de yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansında başta anne ölümü ve uzun dönem sekelleri olmak üzere kadın sağlığı konularına global anlamda dikkat çekilmiş, içlerinde Türkiye'nin de bulunduğu pek çok gelişmekte olan ülke bu hareketi tanıyarak içinde yer almıştır (10,11).

Anne ölümlerinde bölgesel farklılık

Her ülke ve toplumdaki gebeler komplikasyon geliştirme riskini taşımakta olup, yalnız gelişmekte olan ülkelerdeki gebeler zamanında uygun tedavi alamadıklarından daha çok ölümle karşı karşıya kalmakta, anne ölümlerinin % 99'undan fazlası gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır. Artık içinde bulunduğumuz yüzyılda gebeliğe ve doğuma bağlı bu kadar çok ölümün ve sakatlığın yaşanması kabul edilemez bir problem olarak karşımızda durmaktadır (12-14).

Anne ölümü ve sakatlıkları konusunda; DSÖ'nün sistematik gözden geçirme çalışması, bölgesel farklılıkların ana ölüm nedenlerine olan katkısını vurgulamaktadır (15). Gelişmiş ülkelerde ilerlemeyen eyleme bağlı anne ölümleri tarihe karışmış olup, doğum sonrası kanama, enfeksiyon ve gebeliğe bağlı hipertansif hastalıkların tedavisi ve korunması ile ilgili etkin ve ucuz uygulamalar yıllardır mevcuttur (16). Gelişmekte olan ülkelerde ise; gebe kadınların hala üçte biri gebelikleri sırasında sağlık bakım hizmeti almamakta, % 60'ı doğumu bir sağlık kuruluşu dışında gerçekleştirmekte ve yine yalnızca tüm doğumların % 60'ı eğitilmiş bir sağlık

profesyoneli tarafından yaptırılmaktadır (17,18). Ülkemizde ise yıllardır sürdürülen programlar sayesinde bazı gelişmeler elde edilse de veriler hâlâ istenilen düzeylere ulaşmamıştır. En son yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre araştırmanın öncesindeki son beş yıllık süre içinde gebelerin % 23'ü doğum öncesi bakım almamış, doğumların beşte biri bir sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmiş ve tüm doğumların % 83'ü eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından yaptırılmıştır. Ülkemizde de üreme sağlığı hizmetlerinin arz ve sunumunda maalesef hala belirgin bölgesel ve yerleşimsel farklılıklar süregelmektedir (19) (Şekil).

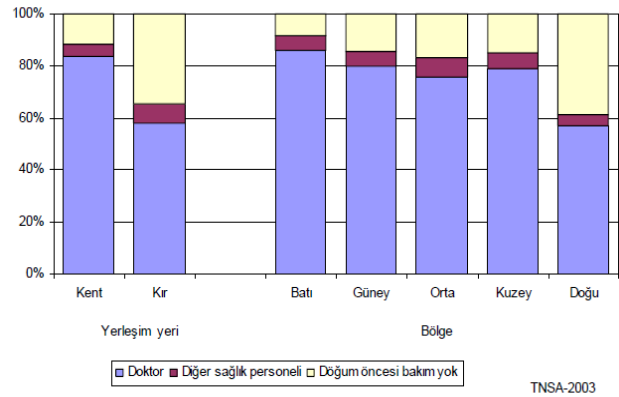
Anne ölüm nedenleri

Anne ölümü; bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür.

Anne ölümlerinin büyük kısmı beş obstetrik komplikasyon nedeniyle ki bunlar kanama (% 25), enfeksiyon (% 15), gebeliğe bağlı hipertansiyon (% 12), sağlıklı düşük (% 13) ve engellenmiş doğum (% 8) olarak sayılabilir (20).

Türkiye'de her yıl 1.780.000 gebelik gerçekleşmekte, 1.378.000 canlı doğum, 201.000 isteyerek düşük, 178.000 kendiliğinden düşük, 23.000 ölü doğum olmaktadır (19).

Ülkemize ait ana ölüm nedenlerine bakıldığında; gebe kadınların yüzde 58.4'ü doğrudan, 15.8'i ise



Şekil: Yerleşim yerine ve bölgelere göre doğum öncesi bakım (TNSA-2003)

dolaylı nedenlere bağlı olarak ölmüştür. Doğrudan nedenler arasında yer alan kanama % 24.9 oranında, gebeliğe bağlı hipertansiyon % 18.4, enfeksiyon % 4.6, emboli, cerrahi komplikasyonlar, uterus rüptürü gibi diğer doğrudan nedenler % 15.7 oranında tespit edilmiştir (21) (Tablo).

Maalesef halihazırda ülkemizde rutin kayıt bildirimle saptanan ana ölüm hızına ait düzenli veri olmasa da ülkeyi temsil eden geniş çaplı örneklem üzerinde yapılan araştırmalarla ya da projeksiyonlarla Türkiye’de ana ölüm hızı (AÖH)’na ait bilgi sahibi olunmaktadır.

Ülkemizde 1974-75 yıllarında AÖH’nın değerlendirildiği bir çalışmada 100 bin canlı doğumda 208 olarak belirlenmiş, Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından 1989 yılında kızkardeş yöntemi kullanılarak yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, AÖH 100 bin canlı doğumda 132 olarak bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından Hacettepe Üniversitesi, DSÖ ve UNFPA işbirliği ile anne ölümlerinin nedenlerinin belirlenmesi çalışması ise 1997-1998’de 53 ilin 615 hastanesinde yürütülmüş, saptanan anne ölümlerinin, tüm kadın ölümleri arasındaki payının % 5 ve hızının da 100 bin canlı doğumda 49.2 olduğu tespit edilmiştir (22).

Bu araştırmanın en önemli sonuçlarından birisi, anne ölümlerinin önlenebilirliğine yönelik olan bulgulardır. Ölümlerin % 58.4’ünün mevcut koşullarda, % 22.7’sinin ileri koşullarda önlenebilir nitelikte olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de anne ölümleri ile ilgili son çalışma ise TC Hükümeti ve Avrupa Birliği arasında yapılan bir

anlaşma gereği Sağlık Bakanlığınca yürütülen, “Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün de içinde bulunduğu uluslararası bir konsorsiyum tarafından gerçekleştirilmiştir. “Ulusal Anne Ölümleri Araştırması” Ekim 2004-Aralık 2006 yılları arasında 29 ilde yürütülmüştür.

Bu araştırmaya göre ana ölüm hızı Türkiye için yüz bin canlı doğumda 28.5 olarak tespit edilmiştir. En düşük seviye yüzbinde 7.4 ile Batı Anadolu’da, en yüksek seviye yüzbinde 68.3 ile Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu’da elde edilmiştir. Bu hız kentsel alanlar için yüzbin canlı doğumda 20.7, kırsal alanlar için 40.3 olarak hesaplanmıştır (21).

Anne ölümlerinin önlenmesi

Anne ölümlüğünün yüksek olduğu ülkelerde genellikle birçok problem mevcuttur ki bunlar; fakirlik, eğitimsizlik, kadının statüsündeki düşüklük, hijyen ve beslenmedeki eksiklikler, ulaşım ve uygun tıbbi bakımı almadaki yetersizlikler şeklinde sayılabilir. Eğer bu problemlerin hepsi çözülebilseydi anne ölümleri çok belirgin bir şekilde düşüş gösterebilirdi fakat ne yazık ki bu sorunların hepsinin kısa dönemde çözülmesi pratik olmayıp, problemlerin hepsi çözülmeden de anne ölümlerini azaltmak mümkün olabilmektedir.

Anne ölümlerini azaltmak için geliştirilecek müdahalelerin mutlaka;

- Kadının gebe kalma olasılığını,
- Gebe kalan kadının gebelik veya doğuma ait ciddi bir komplikasyon deneyimi yaşama olasılığını,
- Komplikasyon yaşayan gebelerde de ölüm olasılığını azaltması gerekmektedir (23,24).

Acil obstetrik bakım

AOB gebelik, doğum ve doğum sonrası oluşabilecek acil durumlara karşı sağlık kuruluşlarının cevap verme yeteneği olarak tanımlanabilecek hayat kurtarıcı hizmetlerin bütünüdür. Güvenli annelik programı her zaman kanama, ilerlemeyen eylem, güvensiz düşük, eklampsi ve enfeksiyon gibi sık görülen obstetrik ölüm nedenlerinin yönetiminde AOB hizmetlerine ulaşılabilirliğin önemini vurgulamıştır (25-27).

Tablo. Anne ölümlerinin nedenlere göre dağılımı (Türkiye ulusal anne ölümleri araştırması 2005)

Ante- intra ve post-partum hemoraji	% 24.9
Ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar	% 18.4
Diğer doğrudan nedenler (emboli, cerrahi komplikasyon uterus rüptürü)	% 15.7
Bilinmeyen doğrudan nedenler	% 10.1
Gebeliğe bağlı komplikasyonlar	% 4.6
İntihar	% 3.2
Erken gebelik dönemi ölümleri	% 1.8
Dolaylı nedenler	% 21.2

Neden acil obstetrik bakım?

AOB; uluslar arası platformda iyi bilinen bir konsept olup, anne ölümlerinin büyük oranda sorumlusu olan doğrudan obstetrik komplikasyonlara odaklanmıştır (28-33). Son dönemlerde yapılan kapsamlı bir gözden geçirme çalışması, AOB hizmetlerinin sunulmaya başlaması ile birlikte ortaya çıkan, deneysel, gözlemsel, tarihsel, ekolojik etkileri ve ana ölüm hızının trendindeki değişiklikleri birlikte değerlendirerek, AOB'ın etkinliğini göstermiştir (34).

AOB eğitilmiş, becerileri geliştirilmiş sağlık personeli tarafından verilen hizmetin temel bileşenidir. Kaynakların kısıtlılığından dolayı anne ölümlerinin azaltılmasında müdahale alanının iyi seçilmesi gerekmektedir. Burada problem, kadınların gebelik bakım hizmetlerine nasıl ulaştığı ile ilgili olarak değişmektedir. Eğer kadın, doğum öncesi, doğum hizmetlerine rahatlıkla ulaşabiliyorsa, bu normal doğum hizmetlerinin kullanımı ile sonuçlanır ve buna paralel olarak AOB hizmetleri daha az kullanılır (23). Çalışmalar, eğitilmiş sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumların problem olduğu topluluklarda AOB stratejisinin daha etkin olabileceğini göstermektedir. Avrupa ve ABD'de hizmetlerin gelişimi üzerinde yapılan tarihsel çalışmalar bu görüşü desteklese de bu iki stratejinin beraber uygulandıklarında sinerjik etki yarattıkları da gösterilmiştir.

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan “Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında anne ölümlerinin ve sakatlıklarının azaltılması amacıyla Erzurum, Kars, Ağrı, Iğdır ve Ardahan illerinde Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin organizasyonu ve geliştirilmesi için çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır.

Hizmetin önündeki engeller-AOB'da üç gecikme modeli

Anne ölümlerinin azaltılmasında son derece etkin bir strateji olan AOB hizmetlerine, obstetrik komplikasyonlu kadının ulaşımını engelleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu engellerin bazıları ekonomik (örn: ulaşım veya sağlık hizmetleri için maddi yetersizliğin olması), bazıları kültürel (örn: kadının yaşamına değer verilmemesi), bazıları coğrafi (örn: sağlık kuruluşunun uzak mesafede

olması, yolların uygunsuzluğu) olabilmektedir. Her ne şekilde olursa olsun kadının hizmete ulaşmasındaki herhangi bir gecikme hayatına mal olmaktadır.

Kadının AOB hizmetlerine ulaşmasında rol alabilecek birçok faktör gruplanarak “Üç Gecikme Modeli” olarak tanımlanmıştır ki bu modelde gecikmeye neden olabilecek nedenler üç başlık altında toplanmıştır;

- (1) Sağlık bakım hizmetini almaya karar vermede gecikme
- (2) Sağlık bakım hizmeti verecek kuruluşa ulaşmada gecikme
- (3) Kuruluştaki uygun tedaviyi almada gecikme (35)

1. Gecikme Modeli: Hizmeti almaya karar vermede gecikme

Komplikasyonlu bir kadının AOB hizmetini almaya karar vermesi ilk adımda karşı karşıya kalınacak bir gecikme nedenidir. Bu karar pek çok faktörden etkilenebilir ki bunların ilki kadının, ailesinin ya da yakınlarının hayatı tehdit eden bir komplikasyonla karşı karşıya olduklarını kavrayabilmeleridir yanı sıra yardıma ihtiyaçları olduğunu da bilmeleri gerekir.

Kültürel faktörler sağlık hizmetini almaya karar vermede önemli bir rol oynayabilir, örneğin kadının sessizce acı çektiği toplumlarda çevresindekiler uzamış doğum eylemini fark etmeyebilirler. Kadının statüsü de aynı şekilde hizmeti alma kararını etkileyebilir ki bazı toplumlarda kadın eşinin izni olmaksızın hastaneye tıbbi bakım için başvuramaz.

Sağlık kuruluşuna olan uzaklık, uygun ve etkin taşıma sisteminin olmaması, sağlık bakımının ve ulaşımın maliyeti de kişilerin sağlık bakımı alma kararını etkilemektedir. Sağlık kurumlarına olan güven de anahtar rol oynamaktadır, kişiler kuruluşa verilen hizmetin kalitesinden emin değiller ve yetersiz olduğunu düşünüyorlarsa da hizmet talebinde bulunmayabilirler.

Gecikme Modeli 2: Sağlık kuruluşuna ulaşmada gecikme

Sağlık hizmeti almaya karar verdikten sonra kadın AOB hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna ulaşmak zorundadır. Kuruluşun ulaşılabilirliği bu noktada gecikmeyi etkileyebilmektedir. Hizmet veren sağlık

kuruluşuna olan mesafe, ulaşımın uygunluğu ve yeterliliği, yanı sıra maliyeti, gecikmede önemli noktalar.

Gecikme Modeli 3:Tedaviyi almada gecikme

Birinci ve ikinci gecikme modelindeki engelleri aşarak hastaneye ulaşan kadınların pek çoğunun hastanede öldüğünü hatırd tutmak gerekmektedir. AOB hizmet sunumu; eğitimli personelin sayısı, gerekli ilaç ve malzemenin yeterliliği, kuruluşun genel durumu gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Yanı sıra hizmetlerin yönetimi son derece yaşamsal bir öneme sahiptir, sağlık kuruluşu hizmet sunumu için ihtiyacı olan tüm personel ve malzemeye sahip olsa da yine de iyi hizmet vermeyebilir ki bu noktada performans değerlendirilmesinin unutulmaması çok önemlidir.

Temel ve kapsamlı AOB kuruluşları ve standartlar

AOB hizmet sunumunda ilk adım, AOB hizmetlerinin varlığı ve yeterliliğidir, etkin AOB hizmeti vermek için “temel” ve “kapsamlı” olmak üzere iki çeşit kuruluş tanımlanmaktadır:

Temel AOB hizmeti veren bir sağlık merkezi anne ölümlerinin pek çoğunu önleyebilir, bazı durumlarda sunduğu hizmetler yeterli olurken, bazı şartlarda da (örn: engellenmiş doğum eylemi) daha kapsamlı tedavi gerekebilir. Fakat her durumda kadının sevk edilmeden önce sağlık durumunu stabilize eden ilk yardım hizmetleri yaşam kurtarıcıdır.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşun basamağını değerlendirmek ve temel ve kapsamlı AOB hizmeti veren kuruluşu belirlemek için bazı önemli AOB fonksiyonlarına göre sınıflandırma yapılmıştır. Söz konusu fonksiyonlar verilmesi gereken hizmetlerin ayrıntılı bir listesi olmayıp, izleme amacıyla “minimum standartlar”ın açıkça belirlendiği kısa bir listedir.

Temel AOB fonksiyonları - Ameliyat salonuna ihtiyaç göstermeyen sağlık merkezi

- IV/IM antibiyotik
- IV/IM antikonvülzan
- Plasentanin elle çıkarılması
- Müdahaleli vajinal doğum

- Kalan parçaların çıkarılması

- IV/IM oksitoksin

Kapsamlı AOB fonksiyonları-Ameliyat salonuna ihtiyaç duyan genellikle il/ilçe hastanesi

Altı temel AOB fonksiyonunun yanı sıra:

- Kan transfüzyonu
- Sezaryen

Genellikle, birinci basamak sağlık kuruluşlarının “temel AOB”, ilçe/il hastanesinin ise “kapsamlı AOB” kuruluşu olması beklenmektedir.

Söz konusu altı veya sekiz fonksiyonu yerine getiren kuruluşların üç ila altı ayda bir düzenli olarak performans yönünden değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Birleşmiş Milletler süreç göstergeleri

Ana ölüm hızının azalması konusundaki ilerlemeyi izlemek için etkinin ölçülmesi uygulanan sağlık programlarının başarısını ölçmede ideal yol olsa da, gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlülüğü son derece yüksek olmasına rağmen, toplum içinde görülme hızı göreceli olarak nadir olduğundan, yanlış sınıflandığından ya da yeterli kayıt tutulamayıp gerçek rakamlar tespit edilemediğinden, son derece zor olmaktadır (35,36).

1997’de UNICEF, WHO, ve UNFPA bu problemi çözümleyebilmek için bir “süreç gösterge seti” oluşturmuşlardır (37,38). Söz konusu göstergeler geniş araştırmalarda ve seçilmiş hastanelerde hizmetlerin değerlendirilmesinde kullanılmış olup, AOB hizmetlerinin ulaşılabilirliği, kullanımı ve kalitesindeki değişimlerin izlenmesi ve değerlendirmesinde son derece faydalı oldukları tespit edilmiştir (39-41).

Süreç göstergeleri altı adet olup; ilki, AOB hizmeti sunan kuruluşların sayı ve yoğunluğudur ki; her 500.000 nüfusa karşılık en az bir “kapsamlı”, dört adet de “temel” AOB hizmeti sunan kuruluş gerekmektedir.

Eğer yeterli kuruluş mevcutsa bundan sonraki adım kuruluşların yerleşimlerinin uygunluğu açısından değerlendirilmesidir. Hizmetlerin dağılımı göz ardı edilmeyecek kadar önemlidir. Burada amaç, ülke

çapında AOB hizmetlerine % 100 ulaşılabilirlik için kuruluşların uygun dağılımıdır.

Üçüncü gösterge, AOB hizmeti sunan kuruluşlardaki doğumların tüm doğumlara oranıdır ki, gelişmiş ülkelerde bile en az % 15 doğumun en az bir komplikasyon nedeniyle AOB hizmetine ihtiyaç duyacağı bilinmektedir.

Karşılanmış AOB hizmet ihtiyacı bir diğer gösterge olup, AOB ihtiyacının % 100 oranında karşılanması istenmektedir.

Sezaryen uygulanan doğumların tüm doğumlara oranının da en az % 5, en çok % 15 olması beklenmektedir.

Altıncı göstergede ise doğumlara bağlı vaka ölüm hızı kullanılmakta ve % 1'den az olması istenmektedir.

Tipik olarak anne ölüm düzeyi belirgin derecede yüksek olan ülkeler için bu göstergelerin kullanımı uygun olup, anne ölüm düzeyini azaltmak amacıyla yapılması gereken eylemlerin belirlenmesinde, planlanmasında son derece faydalıdır (38-41).

Önceleri, anne ölüm düzeyleri çok düşük olan, gelişmiş ülkelerde bu göstergeler uygulanmazken, şimdilerde iyi kalitede AOB hizmeti veren kuruluşların sayısının yeterliliğini göstermede faydalı olabilecekleri düşünüldüğünden süreç göstergeleri gelişmiş ülkelerde de kullanılmaktadır (41,42).

Sonuç

Kadınların iş dünyasının bir üyesi ve ailenin belkemiği olarak bulundukları toplumların sosyal ve ekonomik gelişimleri için vazgeçilmez oldukları bir gerçektir. Onlar yeni bir yaşamı şekillendiren, onun bakımını yapip koruyan varlıklardır.

Gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle her yıl ölen yarım milyon kadının arkasında yine her yıl artmış ölüm riski ile karşı karşıya olan en az bir milyon annesiz çocuk kalmaktadır (43,44).

Tüm ülkeler kendi anne ölümlerini önleme programlarını tasarlamalı, değerlendirmeli, ülkedeki kişi ve kuruluşların katılımını da sağlayacak şekilde ana müdahale alanlarını belirlemeli, söz konusu ölümlere karşı etkili, ülke çapında bir cevap geliştirebilmeli ve tüm bu yaklaşımların merkezinde AOB yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Rosenfield A, Maine D, Freedman L. Meeting MDG-5: An impossible dream? Lancet 2006;368:1133-5.
2. Starrs AM. Safe motherhood: 20 years and counting. Lancet 2006;368:1130-2.
3. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where and why. Lancet 2006;368:1189-200.
4. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu M. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health 2004;1:3.
5. World Health Organization. Mother—baby package: A roadmap for implementation in countries. Geneva/WHO, Division of Family Health; 1994.
6. McGinn T. Monitoring and evaluation of PMM efforts: What we have learned? Int J Gynecol Obstet 1997;59:245-51.
7. Maine D, Rosenfield A. The safe motherhood initiative: Why has it stalled? Am J Public Health 1999;89:480-2.
8. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works. Lancet 2006;368:1284-99.
9. UN Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1995: Sales No. 95.XIII.18.
10. United Nations. (1995) Beijing Declaration of Platform for Action. Fourth World Conference for Women, Beijing, China. September 4-15, New York.
11. WHO. Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: World Health Organization, 1999.
12. Berer M. Implementing ICPD: What's happening in countries. Reprod Health Matters 2005;13:6-10.
13. WHO. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2004.
14. UN Millennium Project. Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals. New York: United Nations Development Programme, 2006.
15. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet 2006;367:1066-74.
16. AbouZahr C, Royston E. Maternal mortality: A Global fact book, World Health Organization, Geneva, 1991.
17. WHO. The WHO Reproductive Health Library No.9. Oxford: Update Software, 2006. www.rhlibrary.com (accessed July 5, 2006).
18. World Health Organization. The World Health Report 2005- Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
19. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AnaÇocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği, Ekim 2004
20. WHO. Skilled attendant at birth—2006 updates. Geneva: World Health Organization,

- 2006c.http://www.who.int/reproductivehealth/global_monitoring/skilled_attendant.html (accessed July 5, 2006).
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
 22. Türkiye’de hastane kayıtlarından anne ölümleri ve nedenleri araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, DSÖ, UNFPA, Ankara, 2000
 23. Winikoff B., Carignan C., Bernardik E., and Semeraro P. "Medical Services to Save Mothers' Lives: Feasible Approaches to Reducing Maternal Mortality". The Population Council, Programs Division. Working Paper No. 4, March 1991.
 24. Maine, D. Safe Motherhood Programs: Options and issues. Columbia University, Center for population and family health, New York, 1991.
 25. Maine D, Wardlaw TM, Ward VM, McCarthy J, Birnbaum A, Akalin MZ, et al. Guidelines for monitoring the availability Emergency obstetric care in Pakistan: Potential for reduced maternal mortality and use of obstetric services. New York UNICEF/WHO/ UNFPA; 1997.
 26. McGinn T. Monitoring and evaluation of PMM efforts: what we have learned? Int J Gynecol Obstet 1997;59(suppl. 2): S245– 51.
 27. Government of Pakistan. Economic survey 2002—03. Economic Advisers Wing, Islamabad Finance Division; 2003.
 28. World Health Organization. Mother-baby package: a roadmap for implementation in countries. Geneva:WHO, Division of Family Health, 1994.
 29. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360: 1347–60.
 30. The Prevention of Maternal Mortality Network. Situation analysis of emergency obstetric care: examples from eleven operations research projects in West Africa. Soc Sci Med 1995;40:657– 67.
 31. MSU. Preparedness for emergency obstetrical care in Azad Jammu and Kashmir. Islamabad Multi Donor Support Unit, Social Action Programme; 2000.
 32. NIPS. Pakistan population data sheet 2001. Islamabad, Pakistan National Institute of Population Studies; 2002.
 33. Siddiqi S, Haq IU, Ghaffar A, Akhtar T, Mahaini R. Pakistan’s maternal and child health policy: analysis, lessons and way forward. Health Policy 2004;69:117– 30
 34. World Health Organization fact sheet. Making pregnancy safer. World Health Organization. Saudi Med J. 2004;25(8):1133-5.
 35. Maine, D. Rosenfield A. The AMDD program: History, focus and structure. Intern J Gynecol Obstet. 2001;74:99-103.
 36. Campbell O. Measuring progress in safe motherhood programmes: uses and limitations of health outcome indicators. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe motherhood initiatives: critical issues. Reproductive health matters. Oxford, Blackwell Science; 1999.
 37. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF; 1997.
 38. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: World Health Organization, 1999.
 39. Bailey PE, Paxton A. Program note: Using UN Process Indicators to assess needs in emergency obstetric services. Int J Gynecol Obstet 2002;76:299-305.
 40. Paxton A, Bailey P, Lobis S. The United Nations Process Indicators for emergency obstetric care: Reflections based on a decade of experience. Int J Gynaecol Obstet. 2006;95:192-208.
 41. Fauveau V, Donnay F. Can the process indicators for emergency obstetric care assess the progress of maternal mortality reduction programs? An examination of UNFPA Projects 2000—2004. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006;93:308-16.
 42. Centers for Disease Control and Prevention. Maternal mortality—United States, 1987–1996. Morbid Mortal Wkly Rep 47 34 (1998), pp. 705–707. Agha Khan University. Maternal and infant mortality policy and interventions. Pakistan, Karachi: report of an international workshop at the Agha Khan University; 1994.
 43. UNICEF. Programming for safe motherhood—guidelines for maternal and neonatal survival; 1999. UNICEF.
 44. Katz J, West KP Jr, Khatry SK, et al. Risk factors for early infant mortality in Sarlahi district, Nepal. Bull World Health Organ 2003;81:717–25.