



## ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI

# Türkiye

## Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005

### Ana Rapor

Teknik destek sağlayan kuruluşlar

PUBLIC SECTOR



Hacettepe Üniversitesi  
Nüfus Etütleri Enstitüsü





## ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI

# Türkiye

## Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005

### Yazarlar

*Doç. Dr. İsmet Koç, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*  
*Dr. Rudolf Schumacher, ICON Public Sector GmbH*  
*Dr. Oona Campbell, London School of Hygiene and Tropical Medicine*  
*Dr. A. Sinan Türkyılmaz, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*  
*Doç. Dr. Banu Ergöçmen, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*  
*Araştırma Görevlisi İlknur Yüksel, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*

Teknik destek sağlayan kuruluşlar

PUBLIC SECTOR



Hacettepe Üniversitesi  
Nüfus Etütleri Enstitüsü



PUBLIC SECTOR



Teknik destek sağlayan kuruluşlar

**Hacettepe Üniversitesi**  
**Nüfus Etütleri Enstitüsü**



# KONSORSİYUM VE MERKEZ PROJE EKİBİ(\*)

<p><b>Konsorsiyum Üyeleri</b> ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH (Almanya)</p> <p>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Türkiye)</p> <p>BNB Danışmanlık (Türkiye)</p> <p><b>Proje Direktörü</b> Prof. Dr. Sabahat Tezcan, HÜNEE</p> <p><b>Teknik Direktör</b> Doç. Dr. İsmet Koç, HÜNEE</p> <p><b>Uzun Dönemli Uzmanlar</b> Dr. Rudolf Schumacher, <i>Ekip Lideri, ICON</i></p> <p>Doç. Dr. İsmet Koç, <i>Saha Ekip Lideri, HÜNEE</i></p> <p>Dr. Oona Campbell, <i>Temel Araştırmacı, ICON</i></p> <p>Dr. A. Sinan Türkyılmaz, <i>İstatistikçi/Örnekleme Uzmanı, HÜNEE</i></p> <p><b>Kısa Dönem Uzmanlar</b> Doç. Dr. Banu Ergöçmen, HÜNEE</p> <p>Doç. Dr. Attila Hancıoğlu, HÜNEE</p> <p>Doç. Dr. Turgay Ünal, HÜNEE</p> <p><b>Yönlendirme Komitesi Üyeleri</b> Prof. Dr. Sabahat Tezcan, HÜNEE Müdürü</p> <p>Doç. Dr. İsmet Koç, HÜNEE Teknik Demografi ABD Başkanı</p> <p>Dr. Rudolf Schumacher, <i>Ekip Lideri, ICON</i></p> <p>Dr. Mehmet Rifat Köse, <i>Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürü</i></p> <p>Figen Tunçkanat, <i>Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu</i></p> <p>Tuncer Kocaman, <i>DPT Nüfus Sektörü</i></p> <p>Dr. İbrahim Açıkalın, <i>Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Md. Yrd.</i></p> <p>Dr. Levent Eker, <i>Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü</i></p> <p>Ayşe Toprak, <i>Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Sor.</i></p> <p>Hakan Sakallı, <i>İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü</i></p> <p>Hafize Zülüflü, <i>İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü</i></p> <p>Göksel Toker, <i>İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık Hiz. GM</i></p> <p>Berrak Bora Başara, <i>Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi</i></p>	<p><b>Merkezi İnceleme Komitesi Üyeleri</b> Prof. Dr. Sabahat Tezcan, <i>İnceleme Komitesi Başkanı</i></p> <p>Prof. Dr. Tekin Durukan, <i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p>Prof. Dr. Hilal Özcebe, <i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı</i></p> <p>Prof. Dr. Levent Akın, <i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı</i></p> <p>Prof. Dr. Onur Karabacak, <i>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p>Doç. Dr. Işıl Maral, <i>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı</i></p> <p>Doç. Dr. Aydan Biri, <i>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p>Doç. Dr. Sefa Kelekçi, <i>Sağlık Bakanlığı Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p>Doç. Dr. Seçil Özkan, <i>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı</i></p> <p>Dr. Utku Özcan, <i>Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p>Dr. Levent Eker, <i>Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı</i></p> <p>Dr. Murat Ekin, <i>Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p>Dr. A. Okyar Erol, <i>Sağlık Bakanlığı Etlik Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı</i></p> <p><b>Ön İnceleme Komitesi Üyeleri</b> Dr. Rudolf Schumacher, <i>Ön İnceleme Komitesi Başkanı</i></p> <p>Dr. Alev Yücel, <i>Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü</i></p> <p>Dr. Meltem Şengelen, <i>Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi</i></p> <p>Dr. Nurten Çakmak, <i>Sağlık Bakanlığı Çubuk Devlet Hastanesi</i></p> <p>Dr. Aylin Sepici, <i>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi</i></p>
---	--

(\*)UAÖÇ'deki görev dağılımının detaylı listesi Ek 3'te verilmektedir.

**Önerilen Kaynak Gösterim Şekli:** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-İNSTITUT 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.

Yayın no: NEE-HÜ.06.02

ISBN 975-491-236-X

Bu yayında yer alan bilgilerden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü sorumludur ve hiç bir şekilde Avrupa Birliği'nin görüşünü yansıtmamaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 06100 Ankara, Türkiye  
Tel: (312) 310 79 06; Faks: (312) 311 81 41;  
e-posta: hips@hacettepe.edu.tr; internet: www.hips.hacettepe.edu.tr

Elma Teknik Basım Matbaacılık tarafından basılmıştır  
Çatal sok. 11/A Maltepe 06570, Ankara,  
Tel: (312) 229 92 65 Faks: (312) 231 67 06  
e-posta: elmateknikbasim@mynet.com

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler.....	i
Tablolar Listesi.....	iv
Şekiller Listesi.....	vi
Kısaltmalar.....	vii
<b>Önsöz.....</b>	<b>1</b>
<b>Özet.....</b>	<b>5</b>
<b>Giriş.....</b>	<b>9</b>
1.1 Türkiye’deki Anne Ölümleri.....	9
1.2 Türkiye Nüfusuna Genel Bakış.....	10
1.3 Nüfus ve Aile Planlaması Politikaları ve Programları.....	13
1.4 Türkiye’deki Sağlık Hizmetleri Sistemi.....	14
1.5 Projenin Hedefleri.....	15
<b>Yöntem.....</b>	<b>17</b>
2.1 Araştırma Tasarımının Çerçevesi.....	17
2.2 Yenilikçi Bir Veri Toplama Sistemi.....	18
2.2.1 Ulusal Anne Ölümleri Araştırması.....	18
2.2.2 Örneklem.....	20
2.2.3 Pilot Çalışma.....	22
2.2.4 Araçlar.....	22
2.2.5 Saha Çalışması.....	23
2.2.5.1 Saha Ekibi.....	23
2.2.5.2 Saha Ekibinin Eğitimi.....	25
2.2.5.3 Denetleme Faaliyetleri.....	27
2.2.5.4 Veri Kalitesi Kontrolü.....	29
2.2.5.5 Saha Sonuçları.....	30
2.2.6 Kavramlar ve Tanımlar.....	35
2.2.7 Ölüm Nedeninin Tespit Edilmesi.....	37
2.2.8 Veri Girişi, Kodlama ve Veritabanının Oluşturulması.....	38
2.2.9 Niteliksel Çalışma.....	38
2.3 Destekleyici Veri Kaynakları.....	39
2.3.1 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003.....	39
2.3.2 Genel Nüfus Sayımı, 2000.....	40
2.4 Karşılaştırma Grubu.....	40
2.5 Veri Analiz Yöntemleri.....	41
2.5.1 Niceliksel Yöntemler.....	41
2.5.1.1 Ağırlıklandırma, Cevaplamama ve Kapsam Hatası için Düzeltme Faktörleri.....	41
2.5.1.2 Projeksiyonlar.....	44
2.5.1.3 Diğer Düzeltmeler: İstanbul Mezarlık Defin Listesi.....	47
2.5.1.4 Karşılaştırmalı Analizler.....	47
2.5.1.5 Anne Ölümü Göstergelerinin Modele Dayalı Tahminleri.....	48
2.6 Zaman Çizelgesi: Proje Faaliyetlerinin Aşamaları.....	49

	Sayfa
<b>Niceliksel Araştırmanın Sonuçları.....</b>	<b>51</b>
3.1 Anne Ölümleri .....	51
3.1.1 Anne Ölümünün Seviyesi .....	51
3.1.2 Gebeliğe Bağlı Ölümün Nedenleri.....	56
3.1.3 Anne Ölümünün Gerçekleştiği Dönem ve Bebeğin/Fetüsün/Embriyonun Durumu	61
3.1.4 Doğumun ve Ölümün Gerçekleştiği Yer.....	63
3.1.5 Doğum Şekli ve Komplikasyonların Yönetilmesi.....	64
3.1.6 Anne Ölümünün Biyo-Medikal Risk Faktörleri .....	65
3.1.7 Anne Ölümüne Neden Olan Önlenebilir Faktörler .....	70
3.1.7.1 Sağlık Hizmeti Verenlerle ilgili Faktörler.....	70
3.1.7.2 Sağlık Hizmetindeki Malzeme/Donanım ile ilgili Faktörler .....	71
3.1.7.3 Hanehalkı Faktörleri ve Toplumsal Faktörler .....	71
3.1.8 Kadınların Doğurganlık, Bebek Ölümleri, Düşükler ve Ölü Doğumlar Konusundaki Deneyimleri.....	77
3.2 15-49 Yaş Grubu Kadınların Ölüm Nedenleri .....	78
3.3. UAÖA Verisinin MERNİS ve Sağlık Bakanlığı Verisi ile Karşılaştırmalı Analizi .....	82
3.3.1 Hayati Kayıt Sistemi.....	82
3.3.2 Definler ve Defin İzinleri ile ilgili Veriler ve İstatistikler.....	85
3.3.3 Hastane/Sağlık Kurumu Kayıtları ve İstatistikleri .....	86
3.4 Anne Ölüm Göstergelerinin Modele Dayalı Tahminlerine Yönelik Sonuçları.....	88
<b>Niteliksel Çalışmanın Sonuçları .....</b>	<b>93</b>
4.1, Birincil Kaynaklar: ‘Muhtarlar’ .....	93
4.1.1 Muhtarların Görev Algıları.....	93
4.1.2 Muhtarlık Kurumu Hakkındaki Düşünceler .....	100
4.2 Belediyesi Olan Yerleşim Yerlerindeki Mezarlıkların Yönetimi.....	102
4.3 ‘Gece Gömüsü’ Uygulaması .....	104
4.4 Mevcut Defin Sistemine Yönelik Görüşler .....	105
4.5 Doktorlar Tarafından Verilen Ölüm Nedeni Raporları ve Hastane Kayıt Sistemine İlişkin Görüşler .....	107
4.6 UAÖÇ Katılımcılarının UAÖÇ Sistemi Hakkındaki Görüşleri .....	110
4.7 Niteliksel Çalışmanın Genel Olarak Değerlendirmesi .....	111
<b>Çıkarılan Dersler ve Öneriler.....</b>	<b>115</b>
5.1 Anne Ölümleri: Düzey, Nedenler ve Katkıda Bulunan Faktörler .....	115
5.2 Mevcut Veri Toplama Sistemlerinin ve UAÖÇ Sisteminin Sorunları ve Öneriler ...	117
5.2.1 MERNİS ve Sağlık Bakanlığı Sistemleri .....	117
5.2.2 Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Bildirim Sistemi.....	120
5.2.3 UAÖÇ Sistemi.....	122
5.2.3.1 UAÖÇ İl Ekiplerinden Kaynaklanan Sorunlar.....	122
5.2.3.2 UAÖÇ Birincil Kaynaklarından Kaynaklanan Sorunlar .....	123
5.2.3.3 Diğer Sorunlar .....	125
5.3 Ölümün Raporlanmasına İlişkin Öneriler .....	126
5.4 Anne Ölümünün Azaltılmasına Yönelik Tedbirlere İlişkin Öneriler.....	128
<b>Kaynakça.....</b>	<b>131</b>

<b>Ekler.....</b>	<b>139</b>
Ek 1 – Görev Tanımları.....	141
Ek 2 –Türkiye’deki Anne Ölümü Verisi .....	147
Ek 3 – Görev Dağılımı .....	149
Ek 4 – Pilot Çalışma.....	157
Ek 5 – Mezarlık Defin Listesi .....	167
Ek 6 – Kadın Defin Bildirim Formu.....	171
Ek 7 – Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu.....	173
Ek 8 – Kadın Ölümleri SoruKağıdı.....	185
Ek 9a – Anne Ölümleri için Merkezi İnceleme Komitesi Değerlendirme Formu.....	231
Ek 9b – Kadın Ölümleri için Merkezi İnceleme Komitesi Değerlendirme Formu .....	245
Ek 10 – Derinlemesine Görüşme Yönergeleri.....	249
Ek 11 – Birincil Kaynakların Eğitimleri ile ilgili Özet Rapor.....	257
Ek 12 – Niteliksel Görüşmelerin Tarihi ve Yeri .....	261
Ek 13 – Bennett ve Horiuchi Ölümlülük Metodu .....	263
Ek 14 – Kadın ve Doğum Sayılarının Projeksiyonunda Kullanılan Varsayımlar .....	265
Ek 15 – Ölüm Belgesi.....	267



# TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1 UAÖA için seçilen iller ve NUTS bölgeleri .....	21
Tablo 2.2 Bölgelere göre yerleşim yeri ve nüfus büyüklüğü bazında kapsam yüzdeleri .....	31
Tablo 2.3 Defin sayıları ve bazı temel veri kalitesi göstergeleri .....	32
Tablo 2.4 Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu ve Kadın Ölümleri SoruKağıdı Cevaplama Oranı .....	34
Tablo 2.5 Bölgelere göre ölen kadınların ikamet yerinin, ölüm yerinin ve defin yerinin yüzde dağılımının TNSA-2003’de görüşülen kadınların yüzde dağılımı ile karşılaştırması .....	35
Tablo 2.6 İl ve yerleşim yerine göre orantısız dağılım düzeltme ağırlıkları ve veri göndermeme düzeltme faktörleri .....	42
Tablo 2.7 Veri toplama faaliyetleri süresince tespit edilen kadın ölümlerinin (15-49) veri göndermeme ve eksik bildirim düzeltmesi yapıldıktan sonraki kadın ölümlerinin ve görüşmesi yapılmış ve ağırlıklı kadın ölümlerinin bölgelere göre sayıları .....	43
Tablo 2.8 Proje faaliyetlerinin aşamaları için zaman çizelgesi .....	49
Tablo 3.1.1 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre gebeliğe bağlı ölüm göstergeleri .....	52
Tablo 3.1.2 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre anne ölümü göstergeleri .....	53
Tablo 3.2 Dünyadaki anne ölümlerine ilişkin Birleşmiş Milletler’in tahminleri ile Türkiye için UAÖA’dan elde edilen anne ölümleri .....	55
Tablo 3.3.1 Ölen kadınların yaşına göre gebeliğe bağlı ölüm göstergeleri .....	55
Tablo 3.3.2 Ölen kadınların yaşına göre anne ölümü göstergeleri .....	56
Tablo 3.4 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre 15-49 yaş grubu kadın ölümlerinin ana kategorilerinin yüzde dağılımı .....	58
Tablo 3.5 Türkiye’de 15-49 yaş grubundaki gebeliğe bağlı ölümlerin, doğrudan, dolaylı ve tesadüfi nedenlere göre dağılımı .....	60
Tablo 3.6 Yerleşim yerine göre gebeliğe bağlı ölümünün gerçekleştiği dönem ile bebeğin/fetüsün/embriyonun durumu .....	62
Tablo 3.7 Gebeliğe bağlı ölümünün gerçekleştiği dönem ve bebeğin/fetüsün/ embriyonun durumu .....	63
Tablo 3.8 Bakım alınan sağlık kuruluşuna göre doğum ve ölümün gerçekleştiği yer. ....	63
Tablo 3.9 UAÖA’daki son ve önceki doğumların ve TNSA-2003’de son beş yılda meydana gelen doğumların doğum şekline göre yüzde dağılımı .....	64
Tablo 3.10 Sezaryen ile doğuma karar verme ve sezaryen ile doğumun nedenleri .....	64
Tablo 3.11.1 Anne ölümlerinin biyo-medikal risk faktörlerinin bölgelere ve yerleşim yerine göre yüzde dağılımı .....	66
Tablo 3.11.2 Risk kategorilerinden bağımsız olarak gebeliğe bağlı ölümlerde gözlenen biyo-medikal risk faktörlerinin dağılımı .....	67
Tablo 3.12.1 Anne ölümlerinin biyo-medikal risk faktörlerinin yüzde dağılımı .....	68
Tablo 3.12.2 Gebeliğe bağlı ölümlerin biyo-medikal risk faktörlerinin yüzde dağılımı .....	69

Tablo 3.13.1 Türkiye’deki gebeliğe bağlı ölümler için standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörlerin yerleşim yerine göre yüzde dağılımı .....	72
Tablo 3.13.2 Türkiye’deki anne ölümleri için standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörlerin yüzde dağılımı .....	73
Tablo 3.14 Temel özelliklere göre kadınların yüzde dağılımı, TNSA-2003 ve UAÖA .....	74
Tablo 3.15 Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların son gebelikleri öncesinde ve TNSA-2003’deki kadınların araştırma sırasında kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere göre yüzde dağılımı .....	75
Tablo 3.16 TNSA-2003’den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ’ndaki ölen annelerin son ve bir önceki gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım sayısına ve ilk bakımın gebeliğin kaçınıcı ayında yapıldığına göre yüzde dağılımının karşılaştırılması .....	75
Tablo 3.17 TNSA-2003’den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ’ndaki ölen annelerin son gebelikleri sırasında aldıkları doğum öncesi bakımın içeriğinin yüzde dağılımının karşılaştırılması .....	76
Tablo 3.18 TNSA-2003’den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ’ndaki ölen annelerin son ve bir önceki gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım aldıkları kişilerin yüzde dağılımının karşılaştırılması .....	76
Tablo 3.19 TNSA-2003’den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ’ndaki ölen annelerin son ve bir önceki gebelikleri sırasında doğuma yardım eden kişiye göre yüzde dağılımının karşılaştırılması .....	77
Tablo 3.20 Yaş gruplarına göre, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları, TNSA-2003 ve UAÖA .....	77
Tablo 3.21 TNSA-1998, ve TNSA-2003’den önceki beş yıllık dönemler ve UAÖA’dan elde edilen bebek ve beş altı çocuk ölüm hızları .....	78
Tablo 3.22 Kadınların düşük ve ölü doğum sayılarına göre dağılımı, TNSA-2003 ve UAÖA .....	78
Tablo 3.23 15-49 yaş grubundaki kadınların ölüm nedenlerinin yerleşim yerine göre yüzde dağılımı ve nedene özel ölüm hızları .....	79
Tablo 3.24 UAÖA’daki ölüm nedenleri ile WHO Küresel Hastalık Yüğü 2002 verilerine göre EURO ve EMRO ülkelerindeki 15-59 yaş grubundaki kadınların ölüm nedenlerinin yüzde dağılımı .....	80
Tablo 3.25 Proje illerinde MERNİS ve UAÖA ile toplanan ölümlerin yaş dağılımı (Haziran 2005-Mayıs 2006) .....	85
Tablo 3.26 UAÖA anne ölüm verisinin Sağlık Bakanlığı verisiyle karşılaştırması .....	87
Tablo 3.27 Regresyon modelleri ile gözlenen ve tahmin edilen AÖKO değerleri .....	90

# ŞEKİLLER LİSTESİ

---

	Sayfa
Şekil 1.1 NUTS-1 bölgelerinin ve illerinin haritası.....	11
Şekil 2.1 UAÖÇ'nin veri toplama faaliyetleri.....	19
Şekil 2.2 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması için seçilen illerin haritası .....	21
Şekil 2.3 UAÖA'da ve Niteliksel Çalışmada kullanılan veri toplama araçları.....	23
Şekil 2.4 UAÖA'da yürütülen temel eğitimler ve eğitim methodolojisinin kilit noktaları ve eğitim materyalleri.....	26
Şekil 2.5 Ölümlerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı .....	33
Şekil 3.1.1 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre gebeliğe bağlı ölüm oranları ve güven aralıkları .....	54
Şekil 3.1.2 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre anne ölüm oranları ve güven aralıkları.....	54
Şekil 3.2 Ölen kadınların yaşına göre doğumların, gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde dağılımı ve anne ölüm oranı .....	56
Şekil 3.3 Gebeliğe bağlı ölümlerin nedenlere göre dağılımı .....	58
Şekil 3.4 Anne ölümlerinin nedenleri.....	59
Şekil 3.5 Anne ölümlerinin biyo-medikal risk faktörlerine göre dağılımı .....	66
Şekil 3.6 Kadın ölümlerinin (15-49 yaşlar) ölüm nedenine göre dağılımı.....	79

# KISALTMALAR

---

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
AIDS	Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu
AK	Avrupa Komisyonu
AÖ	Anne Ölümü
AÖH	Anne Ölüm Hızı
AÖKO	Anne Ölümlerinin Kadın Ölümlerine Oranı
AÖO	Anne Ölüm Oranı
APH	Antepartum Hemoraji
BM	Birleşmiş Milletler
BT	Bilgisayarlı Tomografi
C/S	Sezeryan ile Doğum
CDS	Canlı Doğum Sayısı
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
EE	Eğitimcilerin Eğitimi
EMRO	Doğu Akdeniz Bölge Ofisi
EURO	Avrupa Bölge Ofisi
GBÖ	Gebeliğe Bağlı Ölüm
GBÖH	Gebeliğe Bağlı Ölüm Hızı
GBÖO	Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı
GDH	Genel Doğurganlık Hızı
GNS	Genel Nüfus Sayımı
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HIV	Vücut Bağışıklık Sistemi Virüsü
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IPH	Intrapartum Hemoraji
IUFD	Intrauterin Fetal Ölüm
İK	İlçe Koordinatörü
İPA	İl Proje Araştırmacısı
İPD	İl Proje Doktoru
İPE	İl Proje Ekibi
KDBF	Kadın Defin Bildirim Formu
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KÖ	Kadın Ölümleri
KÖS	Kadın Ölümleri Soru Kağıdı
MDL	Mezarlık Defin Listesi
MERNİS	Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
MR	Magnetik Resonans
NUTS	İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması
NVİGM	Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü

PPH	Postpartum Hemoraji
PPP	Satın Alma Gücü Paritesi
RAMOS	Üreme Çağında Ölümlülük Çalışması
RIA	Rahim İçi Araç
SB	Sağlık Bakanlığı
SKKİF	Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSİM	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UAÖA	Ulusal Anne Ölümleri Araştırması
UAÖÇ	Ulusal Anne Ölümleri Çalışması
UNAIDS	Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YÖDH	Yaşa Özel Doğurganlık Hızı

# ÖNSÖZ

---

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

“*Türkiye Üreme Sağlığı Programı*” kapsamında gerçekleştirilen Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ), Türkiye’deki bölgesel ve kent-kır arasındaki farklılıklara yoğunlaşarak ve mevcut duruma ilişkin doğru veriyi sağlayarak anne ölümleri ile ilgili mevcut bilgi eksikliğini kapatmak için önemli fırsat sunmaktadır. Ayrıca bu çalışma, konu ile çalışanların farkındalığının artırılmasına da katkıda bulunacaktır. Çalışmanın veri toplama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu ve belediyeler gibi ölümler üzerine ve de özellikle anne ölümleri üzerine bilgi toplamak ile görevli olan kurumlar arasında yeni ve yakın bir işbirliği yaratmıştır. Projenin sonuçları, mevcut kayıt ve bildirim sistemlerinin iyileştirilmesi için yapılan çalışmalarda yöneticilerin sorumluluk almalarını sağlayacak etkili bir kaynak olarak kullanılabilir.

UAÖÇ’nin temel bulgularının sunulduğu bu rapor, Türkiye’deki anne ölümlülüğünün seviyesi ve anne ölümlerinin nedenleri konusunda ayrıntılı bilgiler vermektedir. Daha da önemlisi, anne ölümlerine neden olan önlenbilir faktörler incelenmekte ve mevcut hizmet programlarının geliştirilmesi için risk faktörleri de belirlenmektedir. Bunlara ek olarak bu raporda, doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen ölüm nedenlerine ve bunlarla ilişkili risk faktörlerine de yer verilmektedir. Bu çalışma, Türkiye’deki mevcut ölüm kayıt sistemlerini değerlendiren ve yeni bir ölüm kayıt sistemi için öneriler ve yöntemler geliştiren bir kapsamda gerçekleştirilmiştir.

UAÖÇ, Avrupa Birliği destekli Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde ICON-INSTITUT Public Sector GmbH (Almanya), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Türkiye) ve BNB Danışmanlık (Türkiye) tarafından oluşturulan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüştür. Konsorsiyum, proje faaliyetlerinin her aşamasında yakın bir işbirliği içerisinde çalışmış ve projeyi başarı ile tamamlamıştır. Merkez proje ekibinin görev tanımları Ek 1’de verilmektedir.

UAÖÇ’nin resmi başlangıç tarihi Avrupa Komisyonu Delegasyonu tarafından onaylanmış olan 4 Ekim 2004’tür. Araştırma protokolünde son şekli verilen araştırma tasarımı, 25 Kasım 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu Delegasyonu’na

sunulmuştur. Araştırma tasarımının ve tüm araştırma materyallerinin ön denemesini takiben 4 Mart 2005 tarihinde ilerleme raporu hazırlanmıştır. Veri toplama süreci esas olarak Haziran 2005'te başlamıştır. İlki Eylül 2005 ve ikincisi de Şubat 2006 tarihlerinde olmak üzere iki kez altı aylık ilerleme raporu sunulmuştur. Çalışma sonuçlarının daha geniş bir zamanda yayınlanmasına olanak tanımak için proje ortaklarının talebi üzerine Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu proje süresinin ek bir mali kaynak talep edilmeksizin 3 ay uzatılmasını, 31 Aralık 2006 tarihine kadar, kabul etmiştir. Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği'nin nihai raporu onaylamasından sonar, Aralık 2006'da bir ulusal ve iki bölgesel toplantı düzenlenerek çalışmanın sonuçları açıklanmıştır.

Ankara'daki Avrupa Birliği Delegasyonu'na ve Sağlık Bakanlığı'na bu çalışmayı başlattıkları ve destekledikleri için şükranlarımızı sunuyoruz. Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu temsilcisi Figen Tunçkanat'a özel olarak teşekkür ediyoruz. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, Üreme Sağlığı Programı ve özellikle de anne sağlığı konusundaki güçlü ve yoğun desteği ile, projemizin başarılı olmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Katkıları nedeniyle kendisine şükranlarımızı sunarız. Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü Dr. M. Rıfat Köse ve çalışma arkadaşlarına projedeki tüm katkıları için teşekkürü bir borç biliriz. Ayrıca, projenin yürütüldüğü illerdeki sağlık müdürlerinin ve sağlık personelinin yardımlarını da şükranla anıyoruz.

UAÖÇ'nin tüm aşamalarındaki güçlükleri paylaştığımız ve karşılaştığımız tüm sorunların çözümünde bizlere sürekli destek veren Hacettepe Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Tunçalp Özgen ile üniversitemizin diğer tüm idarecilerine özel olarak teşekkür ediyoruz.

Mayıs 2005'ten Haziran 2006 tarihine kadar olan sürede il proje koordinatörü, il proje doktoru ve il proje araştırmacısından oluşan 29 il ekibi, ilçe koordinatörleri birincil kaynaklarla (belediye mezarlık görevlileri ve köy muhtarları) yakın bir işbirliği içinde birlikte çalışmışlardır. Projede yer alan bu kişiler ölümlere ve özellikle de kadın ölümlerine ilişkin bilgi toplamışlardır. Bu çalışmanın başarıyla yürütülmesi ve sonuçlanması illerde görev yapan bu proje ekiplerinin sayesinde mümkün olmuştur. Proje illerinde görev yapan proje ekiplerine teşekkürlerimizi sunuyoruz.

İçişleri Bakanlığı'nın merkez yöneticileri ile projenin illerde uygulanması için gerekli tüm desteği ve katkıyı veren valilere, kaymakamlara ve belediye başkanlarına teşekkür ederiz. Ayrıca, UAÖÇ'nin veri toplama aşamasında birincil kaynak olarak görev yapan köy muhtarlarına ve mezarlık görevlilerine de şükranlarımızı sunuyoruz.

Kadın ölümlerinin ve gebeliğe bağlı ölümlerin değerlendirilmesinde ve bunların tıbbi ve diğer nedenlerinin tespit edilmesinde verdikleri zaman ve emekler için Ön İnceleme ve Merkezi İnceleme Komitesi üyelerine değerli katkılarından dolayı teşekkürü bir borç biliriz. Bu çalışmanın doğru ve başarılı bir şekilde yürütülmesini sağlayan herkese yoğun çabalar ve gösterdikleri gayretler için şükranlarımızı sunuyoruz. Projedeki yardımları ve katkılarından dolayı Proje Ekip Lideri Dr. Rudolf Schumacher ve Temel Araştırmacı Dr. Oona Campbell'a da şükranlarımızı sunarız.

Projenin Teknik Sorumlusu ve Saha Ekip Lideri Doç. Dr. İsmet Koç'a, İstatistik ve Örnekleme Sorumlusu Dr. A. Sinan Türkyılmaz'a, Niteliksel Çalışma Sorumluları Doç. Dr. Banu A. Ergöçmen ve Ar. Gör. İlknur Yüksel'e, Veri Girişi Koordinatörleri Doç. Dr. Turgay Ünalın, Ar. Gör. M. Ali Eryurt ve Ar. Gör. Yadigar Çoşkun'a teşekkür ediyoruz.

Katkılarından dolayı bütün araştırma görevlilerine, proje asistanlarına, proje koordinatörlerine ve veri girişi ekibine proje boyunca gösterdikleri çabalardan dolayı minnettarız (Ek 3). Ayrıca, ICON ve BNB çalışanlarına da değerli katkıları için teşekkür ediyoruz.

Son olarak, en zor zamanlarında UAÖÇ'na katılmayı kabul ederek soruları yanıtlayan cevaplayıcılar olmadan bu araştırma gerçekleşemezdi, bu nedenle hepsine minnettarız. Bu çalışmanın Türkiye'de anne ölümlerini azaltmaya yönelik çalışmaların başarılı olmasına ve mevcut kayıt ve bildirim sistemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmasına yardımcı olacağını umuyoruz.

Prof. Dr. Sabahat Tezcan  
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü  
Müdür

Stephan Krische  
ICON-Institute Almanya  
Projeler Direktörü

Birol Baysal  
BNB Danışmanlık Türkiye  
Genel Müdür



# ÖZET

---

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ), Ekim 2004-Aralık 2006 dönemi içerisinde uygulanan T.C. Sağlık Bakanlığı'nın bir projesidir. UAÖÇ, ICON-İNSTITUT Public Sector GmbH (Almanya), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Türkiye) ve BNB Danışmanlık (Türkiye) firmasından oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüştür. Bu çalışma beş bileşkeenden oluşmaktadır:

- Köy muhtarları ve mezarlık görevlileri aracılığıyla yaşa ve cinsiyete göre bütün definlerin kaydedilmesini, 12-50 yaş kadın ölümlerinin araştırılması için ekipler kurularak hastane kayıtlarının mevcut olduğu durumlarda bunların incelenmesini, mümkün olmadığı durumlarda ise sözel otopsinin yapılmasını içeren yeni bir saha çalışmasıyla Üreme Çağında Ölümlülük Çalışmasının (RAMOS) stratejisi kullanılarak doğurganlık çağındaki kadın ölümleri içinden anne ölümlerini belirlemek için Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'nın (UAÖA) yürütülmesini sağlamak,
- Bildirim ve kayıtlardaki eksikliğin nedenini anlamaya yönelik derinlemesine görüşmeler ve odak grup tartışmaları aracılığıyla Niteliksel Çalışma yapmak,
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 ile Genel Nüfus Sayımı, 2000'in ileri analizlerini yaparak karşılaştırma grubu oluşturmak ve göstergelerin payda kısmı ile modeller için gerekli veriyi sağlamak,
- Anne Ölüm Göstergelerinin Modele Dayalı Tahminlerinden yola çıkarak il bazında anne ölümlülüğü seviyesini tesbit etmek için çalışmalar yapmak,
- Mevcut Kayıt ve Bildirim Sistemleri ile Karşılaştırmalı Analizler yaparak bu sistemlerin göreceli olarak işleyişini değerlendirmek.

Araştırma tasarımının ve materyallerinin ön denemesi 2005 yılı Ocak ayında Antalya'da yapılmıştır. Ana saha çalışması ise Haziran 2005-Mayıs 2006 döneminde 29 ilde gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada belirlenmesi gereken temel göstergeler 100,000 canlı doğumda gebeliğe bağlı (pregnancy related) ölüm oranı (GBÖO) ve anne ölüm oranı (AÖO) olmuştur. GBÖO göstergesi, doğrudan ve dolaylı anne ölümü nedenleri ile birlikte tesadüfi nedenleri de içermektedir. Haziran 2005-Mayıs 2006 dönemi için GBÖO 100,000 canlı doğumda 38.3 ( $\pm$  2.8) olarak bulunmuştur. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 28.2 olan GBÖO, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 53.7 olarak tespit edilmiştir. Aynı dönemde AÖO ise, Türkiye geneli için 100,000 canlı doğumda 28.5 ( $\pm$  2.5) olarak bulunmuştur. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 20.7 olan AÖO, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 40.3'tür. UAÖÇ sonuçlarına göre, gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 58.4'ü doğrudan anne ölüm nedenleri ile, yüzde 15.8'i dolaylı anne ölüm nedenleri ile ve yüzde 23.2'si ise tesadüfi nedenler ile gerçekleşmiştir. Geriye kalan yüzde 2.4'lük gebeliğe bağlı ölüm için ise ölüm nedeni belirlenmemiştir.

Ölümün tıbbi nedenlerinin başında hemoraji (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 17'si için) ve hipertansif bozukluklar (pre-eklampsi veya eklampsi) (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 14'ü için) gelmektedir. Kadınların yüzde 12'si ise, ante-partum, intra-partum ya da post-partum dönemlerinde gelişen emboli, uterus rüptürü gibi nedenlerden ya da cerrahi işlemlerle doğrudan ilgili nedenlerden ölmüşlerdir. Dolaylı anne ölümü nedenleri arasında en yoğun olarak dolaşım sistemi hastalıkları görülmektedir (Gebelige bağlı ölümlerin yüzde 8'i için). Daha sonra da neoplazm (yüzde 2), diğer ölüm nedenleri (yüzde 2) ve intihar (yüzde 1) gelmektedir. Tesadüfi nedenler içinde ise en yaygın olarak görülen ölüm nedeni trafik kazasıdır (yüzde 11).

Gebelige bağlı ölümlerin üçte birinden fazlası (yüzde 37) ante-partum dönemde gerçekleşmektedir. Bu dönemde gerçekleşen gebelige bağlı ölümlerin büyük bir bölümü tesadüfi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Gebelige bağlı ölümlerin yüzde 9'u doğum sırasında gerçekleşirken, büyük bir çoğunluğu (yüzde 54) post-partum döneminde gerçekleşmektedir. Bu gebeliklerin yarısı canlı doğumla sonuçlanmış olup bebeklerin bir kısmı (yüzde 5) doğumdan sonra ölmüştür. Ölü doğumların oranı yüzde 13 civarındadır. Gebeliklerin yüzde 32'si intra-uterin fetal ölümle ya da annenin ölümü nedeniyle kürtajla sonuçlanmıştır.

Anne ölümlerinin yüzde 65'inden fazlası belirgin şekilde biyo-medikal risk faktörlerine maruz kalmıştır. Bu faktörlerin yüzde 28'i annelerin 34 yaşın üstünde veya 18 yaşın altında olması ile ilişkilidir. Hemen hemen aynı orandaki kadın için paritenin 4'ten daha fazla olması bir risk faktörü olarak görülmektedir. Hipertansif bozuklukların da dahil edildiği dolaşım sistemi hastalıklarının risk faktörleri arasındaki payı yüzde 18'dir. Sorunun tanımlanmasında ve tedavi için başvuruda gecikme ile ilişkili faktörler, gebelige bağlı ölümlerin yüzde 30'u için geçerlidir. Sağlık hizmeti verenlerden kaynaklanan nedenler risk faktörlerinin yüzde 14'ünü oluşturmaktadır. Sağlık personelinin, malzemelerin, araç-gereçlerin ve ilaçların yetersizliği gibi sağlık hizmetindeki donanımın eksikliğinin gebelige bağlı ölümler üzerindeki etkisi yüzde 2 gibi düşük seviyelerdedir.

Türkiye'deki anne ölümü nedenlerinin genel örüntüsü ne gelişmekte olan ülkelerdeki ne de Batı Avrupa veya Kuzey Amerika'daki mevcut örüntüye benzemektedir. Bu çalışmada hesaplanan anne ölüm oranının geçiş sürecindeki ülkelerdeki oranlara yakın olduğu konusunda herhangi bir şüphe yoktur. Ancak, anne ölümü nedenlerindeki örüntü biraz daha karmaşık bir yapıdadır. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm nedeni olarak yaygın biçimde görülen enfeksiyonun, güvenli olmayan düşüğün ve zor doğumun payı Türkiye'de oldukça düşüktür, ancak eklampsi ve ağır kanamalar için gözlenen seviyeler gelişmekte olan ülkelerde gözlenen seviyelere yakındır. Bu bulgu, soruna müdahalenin zamanında yapılmaması halinde ani ölümlere neden olabilecek durumlar karşısında sağlık kuruluşlarının -özellikle de birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların- yetersiz kaldığını göstermektedir.

Bu çalışmanın metodolojisinde MERNİS verisinden yararlanılmamasının temel nedeni bu verilerin ölümün gerçekleştiği yere ilişkin bilgi içermemesidir. Aynı zamanda, ölümlerin ve nedenlerinin kaydedildiği MERNİS ve Sağlık Bakanlığı sistemlerinde eksik bildirim söz konusudur. MERNİS sistemi içerisinde yüzde 30, Sağlık Bakanlığı'nın anne ölümleri bildirim sisteminde ise yüzde 53 oranında bir eksik bildirim söz konusudur Sağlık Bakanlığı sisteminde eksik bildirim seviyesi UAÖÇ başlamadan önceki dönemde yüzde 68'dir. Eksik

bildirim nedenleri arasında, sistemler ve sistem içi çapraz kontrollerin olmaması, bilgilerin yayınlanmaması, kurumlararası işbirliğinin ve iletişimin olmaması, kentsel ve kırsal alanlarda kayıt sisteminin farklı işleyişi, veri toplama sistemi anlayışın olmaması, ölüm kayıt sisteminin öneminin ve kullanılabilir bir format içerisinde verilerin merkezde toplanması gerekliliğinin yeterince anlaşılabilmesi yer almaktadır.

UAÖÇ’da kullanılan metodoloji çerçevesinde bir yıl boyunca süren veri toplama faaliyetlerinde kapsanan nüfusun yüzde 93’ünden veri toplanmıştır. Bu sonuç da, köy muhtarı ve mezarlık görevlileri aracılığıyla ölüm kaydının tutulabileceğini göstermektedir. Ancak, bu çalışmada da ölümlerin özellikle de kadın ölümlerinin eksik bildirilmesine yönelik sıkıntılar yaşanmıştır. Niteliksel çalışma ile eksik bildirim, soruşturma başlatılması konusundaki korkudan, ölümlerin bildirilmesinin muhtarın görevi olmadığı ve bu iş için kendilerine ayrıca bir ödeme yapılmadığı yönündeki düşünce ve anlayıştan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ölümlerin yüzde 65’i sağlık kuruluşlarında gerçekleşmekte olup bunların nedenlerinin rutin olarak bildirilmesi de tıp doktorlarının sorumluluğu altındadır. Bu noktada, ölüme neden olan olayların akışının doğru olarak sıralanmaması ve son ölüm nedeninin doğru ve standartlara uygun bir biçimde yazılmaması olmak üzere iki önemli sorun ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen deneyimler sonucunda Türkiye’deki yaşamsal olaylara ilişkin kayıt sisteminin daha iyi hale getirilmesi için talep edilen iki temel öneri şöyledir: Muhtarların görev tanımlarının ve sorumluluk alanlarının gözden geçirilmesi ve sağlık sisteminin ölüm kaydı sistemi ile entegrasyonunun daha iyi yapılması. Bunlar gerçekleştirildiği takdirde gebeliğe bağlı ölümlerin kaydedilmesi konusunda olumlu gelişme sağlanacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, ölüm raporunun kural olarak bir tıp doktoru tarafından verilmesi ve ölüm nedenine ilişkin detaylı bilgilerin bu belgeye yazılarak ICD-10’a göre kodlanması gerekmektedir.

## 1.1 Türkiye’de Anne Ölümleri

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasındaki en yaygın ölüm nedeni gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen komplikasyonlardır. Dünyada her yıl 528,000 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Anne ölümlerinin seviyesi sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kalitesi bakımından çok boyutlu bir kalkınma göstergesidir. Dolayısıyla da bireylerin, ailelerin ve toplumların yaşam düzeyini iyileştirmek amacıyla kalkınma düzeyini izleyen ve bu alandaki politikaları önceliklerini belirleyen uluslararası kuruluşların önem verdiği ve dikkat ettiği bir gösterge haline gelmiştir. Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri, anne ölüm oranının düşürülmesinin öncelikli hedefler arasında olması gerektiğini belirtmektedir.

Anne ölümü göstergeleri, uluslararası kuruluşlar tarafından önem verilen göstergeler olmasına karşın, bu alanda yeterli bilgi bulunmamaktadır. İstatistiksel olarak bakıldığında anne ölümü, çok sık rastlanan bir durum değildir. En yaygın olarak kullanılan anne ölümü göstergesi, 100,000 canlı doğumda anne ölüm sayısını ifade eden anne ölüm oranıdır. Anne ölümü nadir karşılaşılan bir olay olmasına karşılık, bu durumun ölen kadının hayatta kalan akrabalarının yeni yaşam koşullarına uyum sağlayamaması ve ölen kadının çocuklar arasında yüksek düzeyde gözlenen ölümlülük gibi sarsıcı etkileri olabilmektedir. Nadir görülen bu olayın, örneklem araştırmaları gibi geleneksel yöntemler kullanılarak gözlenmesi zordur. Gelişmekte olan pek çok ülke için anne ölüm verisi ve buna ilişkin tahminler yetersiz kalmaktadır. Ancak, hayati olaylara ilişkin kayıt sisteminin tam ve iyi olduğu gelişmiş ülkelerde bile tespit edilen anne ölümleri seviyesi, anne ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında yaşanan sorunlar nedeniyle çoğunlukla gerçek değerlerin altındadır.

Türkiye’de de anne ölümleri konusunda bilgi eksikliği önemli boyuttadır. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması’ndan önce, doğruluk ve kalite açısından farklılıklar göstermesine rağmen ülke genelinde anne ölüm oranına ilişkin tahminler, çeşitli çalışmalarla sağlanmıştır. Anne ölümleri ile ilgili bu çalışmalar, diğer yöntemler ve hastane tabanlı araştırmalar Ek 2’de verilmektedir.

İlk ulusal çalışma, ikili kayıt sistemini kullanan 1974-75 Türkiye Nüfus Araştırması’dır. Bu araştırmaya göre anne ölüm oranı (AÖO), 100,000 canlı doğumda 208 anne ölümü olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 1978). Hayati olaylara ilişkin kayıt sistemindeki bilgi eksikliğini kapatacak ikili kayıt sistemini kurmak amacıyla yürütülen araştırma, demografik ve sağlık açısından yanlış tahminler üretmiş ve de bu çalışmaya devam edilmemiştir. Dolaylı bir yöntem olan kız kardeş yönteminin kullanıldığı 1989 Türkiye Nüfus Araştırması’nda (TÜİK, 1993) AÖO, 1981 yıl ortası için 100,000’de 132 olarak bulunmuştur. Araştırmada kullanılan yöntemin ve örneklem büyüklüğünün doğası nedeniyle ne anne

ölümündeki farklılıklar ne de risk faktörleri ortaya konulamamıştır. 1997-1998 döneminde, Türkiye'nin 53 ilindeki 615 hastanede yapılan çalışmaya göre AÖO 100,000'de 49 olarak tespit edilmiştir. Hastane tabanlı tahminlerdeki yanlılığa ve çalışmanın ülkenin tamamını kapsamamasına rağmen anne ölümlerinin tıbbi nedenlerine ilişkin bilginin toplanması bakımından yararlı olmuştur (Akin ve diğerleri, 2000; Biliker, 2003). Son olarak 2000 yılında gerçekleştirilen Hastalık Yüğü Hanehalkı Araştırması'nda (Sağlık Bakanlığı, Başkent Üniversitesi ve Hıfzısıhha Okulu, 2004), AÖO 100,000 canlı doğumda 24 olarak bulunmuştur. Özet olarak, çeşitli kurumsal ve yerel düzeyde yürütülen hastane tabanlı çalışmalara rağmen, Türkiye'de anne ölümlerinin düzeyi, anne ölümlerinin bileşenleri ve anne ölümlerindeki farklılaşmalar UAÖÇ gerçekleştirilene kadar bilinmemektedir.

Anne ölümlerine dair veri azlığı ve yenilikçi araştırma tasarımlarının eksikliği, daha çok Türkiye'nin birincil veri kaynaklarının kendine özgü doğasından kaynaklanmaktadır. Anne ölümleri düzeylerini ve farklılıklarını gösterecek bilginin yokluğu, doğal olarak hizmet planlaması ve sağlanması konusuna yoğunlaşacak ve bunları geliştirecek ve politika önerilerinin de eksikliğine neden olmaktadır. Sağlık politikalarının doğru ve güncel bilgiler temelinde belirlenmemesi ve anne sağlığına ilişkin yeterli hizmetin sağlanamaması mevcut kayıt ve bildirim sistemlerini geliştirme konusunda harekete geçilmesini zorlaştırmaktadır.

## 1.2 Türkiye Nüfusuna Genel Bakış

2000 yılında yapılan son nüfus sayımında Türkiye nüfusu 67,4 milyon olarak tespit edilmiştir. Bu nüfus büyüklüğü ile Türkiye dünyanın en kalabalık 20 ülkesi arasında yer almış olup, Orta Doğu'nun en fazla nüfusa sahip ülkesi, Avrupa'nın da Almanya'dan sonra gelen en fazla nüfusa sahip ikinci ülkesi olmuştur. 1990 ve 2000 sayımları arasındaki nüfus artış hızı binde 18 olarak bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) projeksiyonlarına göre ülkemizin günümüzdeki nüfusu yaklaşık 73 milyon olarak tahmin edilmektedir. Türkiye nüfusunun 2010 yılında 76 milyona ve 2025 yılında da 88 milyona ulaşması beklenmektedir. Toplam nüfusun 21. yüzyıl ortasında 95 ile 98 milyon arasında durağanlaşacağı öngörülmektedir.

Yakın geçmişteki yüksek doğurganlık ve hızlı nüfus artışının sonucu olarak Türkiye genç bir nüfusa sahiptir. 2000 Genel Nüfus Sayımı (GNS-2000) sonuçlarına göre nüfusun üçte biri 15 yaş ve altındayken, 65 yaş ve üzeri nüfusun payı yaklaşık olarak yüzde 6'dır. Buna karşın, günümüzdeki demografik bileşenlerde gözlenen değişimler yaş yapısının değişimini de beraberinde getirmektedir. Son 20-30 yılda doğurganlık hızlarında önemli azalmalar meydana gelmiştir. 1970'lerin başında kadın başına 5 çocuk düzeyinde olan toplam doğurganlık hızı, 2000'li yılların başında yenilenme düzeyine yaklaşmıştır (kadın başına 2.2 çocuk). Bu dönem için kaba doğum hızı binde 22 olarak tahmin edilmiştir. Ölümlülük hızlarında da azalmalar meydana gelmiştir. Bu demografik olayların sonucunda, nüfusun ortanca yaşı, 1970 yılından sonra sürekli bir artış göstererek 2000 yılında erkekler için 24'e ve kadınlar için 25'e ulaşmıştır. Yaş gruplarına göre artış hızlarında önemli değişimler meydana gelmiştir. Genç yaş gruplarındaki nüfus artış hızı son yıllarda azalırken, ileri yaş gruplarının nüfusu Türkiye ortalamasından daha hızlı artmıştır. Genç nüfusun büyüklüğü neredeyse aynı kalırken, 15-64 ve 65+ yaş gruplarındaki nüfus büyüklüğündeki artışın gelecek yıllarda da devam edeceği beklenmektedir.

Türkiye idari olarak 81 ile ayrılmıştır (NUTS-3<sup>1</sup>). İllerin birleştirilmesiyle 26 NUTS-2 bölgesini, 26 bölgenin birleştirilmesiyle elde edilen 12 bölge ise NUTS-1 bölgesini meydana getirmektedir. Şekil 1.1, NUTS-1 bölge ve 81 il haritasını göstermektedir.



Yukarıda bahsedildiği ve Bölüm 2’de daha detaylı olarak anlatıldığı üzere, Türkiye’de ölümlerle, özellikle de yetişkin ölümleri ile ilgili doğru, kapsamlı ve sürekli nitelikte bilgi eksikliği bulunmaktadır. Ölüm nedenlerine ilişkin bilgi, il ve ilçe merkezlerinden bildirilen ölümler için mevcuttur. Ancak bu verilerde de hem eksiklikler vardır, hem de kaydedilen ve bildirilen ölüm nedenlerinin doğruluğu tartışmalıdır. Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması’na göre temel ölüm nedenleri sırasıyla iskemik kalp hastalığı (yüzde 22), serebrovasküler hastalıklar (yüzde 15), kronik pulmoner hastalık (yüzde 6) ve perinatal nedenler (yüzde 6) olarak belirlenmiştir. Kadınlar için bu nedenler iskemik kalp hastalığı (yüzde 23), serebrovasküler hastalıklar (yüzde 16), perinatal nedenler (yüzde 6) ve alt solunum yolu enfeksiyonu (yüzde 6) olarak sıralanmıştır. Kırsal alanlardaki kadınlar için sadece kaybedilen yaşam yıllarına bakıldığında anne ölümlerinin 13. sırayı aldığı ve tüm ölümlerin sadece yüzde 2’sini oluşturduğu görülmektedir. Benzer şekilde, üreme çağındaki kadınlar arasında anne

<sup>1</sup>NUTS Avrupa Birliği’ne üye ülkeler tarafından kullanılan istatistiksel bölge sınıflandırmasıdır. Devlet Planlama Teşkilatı ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2002/4720 sayılı yasa gereğince üç NUTS bölgesi geliştirmiştir.

ölümleri kentsel alanlarda 9. sırayı (yüzde 2.7), kırsal alanlarda ise 5. sırayı (yüzde 5.1) almaktadır.

Yetişkin ölümlülüğünden farklı olarak, demografik araştırmalarından hesaplanabilen bebek ölüm hızları için daha uzun döneme ilişkin bilgiler mevcuttur. Bebek ölüm hızı 1950'lerin sonlarında 1,000 canlı doğumda 200 dolayında iken, 1970'lerin ortalarında binde 130'a düşmüş ve 1990'ların sonu için bebek ölüm hızının binde 42 olduğu hesaplanmıştır. Benzer şekilde, kaba ölüm hızları da 1940'lı yıllarda binde 30 dolayında iken, 2000'li yıllarda binde 6'ya düşmüştür. TNSA-2003 verilerine göre 1,000 canlı doğumda bebek ölüm hızı 29, neonatal ölüm hızı binde 17, post neonatal ve perinatal ölüm hızları da sırasıyla binde 12 ve 24 olarak bulunmuştur. Son tahminler, Türkiye'de doğuşta yaşam umudunun erkekler için 69 yıl, kadınlar için 74 yıl olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de evlilik, özellikle de resmi nikah ile yapılan evlilikler çok yaygındır ve hiç evlenmemiş olanların oranı oldukça düşüktür. Dini nikahlar da evlilik olgusu içerisinde önemli yer tutmakla birlikte, en yaygın evlenme geleneği, hem dini hem de resmi nikah yapmak şeklindedir. 2000 Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre, doğurganlık çağının sonunda (49 yaş) olan kadınların sadece yüzde 2'si erkeklerinse yüzde 3'ü hiç evlenmemiştir. Türkiye'de evliliklerin sonlanması da oldukça az rastlanan bir olgudur.

Türkiye, özellikle 1950'lerden sonra hızlı bir kentleşme sürecine girmiştir. Kentlerde yaşayan nüfusun payı 1950'de yüzde 25 iken, 2000 yılında yüzde 65'e yükselmiştir. 1990–2000 döneminde kentleşme hızı binde 33 dolayında gerçekleşmiştir. Hızlı kentleşme süreci kaçınılmaz olarak kent hizmetlerinin sunumunda problemlere ve kentlerde plansız geniş gecekonduların oluşmasına neden olmuştur. Bu durum, kent hayatı ve kültürüne uyumla ilgili gözlenebilir sosyal sorunları da beraberinde getirmiştir.

1960'ların başından itibaren Türkiye'nin başta Almanya olmak üzere Batı Avrupa'ya uzanan bir göç tarihçesi vardır. 1960'lı ve 1970'li yıllar boyunca Batı Avrupa'ya devam eden göç, 1980'lerden sonra Orta Doğu'nun petrol üreticisi ülkelere yönelmiştir. Orta Doğu'daki politik dalgalanmalar ve Avrupa Birliği'nin iş gücü politikalarında ve uygulamalarında meydana gelen değişiklikler, son 20 yıldır göç eğilimlerinin değişmesine neden olmuştur. Aynı zamanda komşu ülkelerdeki politik koşullar, Türkiye'ye yönelen bir göç dalgası da oluşturmuştur. 1980'lerden itibaren de Türkiye Balkanlar, Orta Doğu ülkeleri ile Uzak Asya ve Afrika ülkelerinden gelen sığınmacıların akınına uğramıştır. Bir başka deyişle, Türkiye hem göç veren, hem de göç sırasında geçiş yapılan ülke konumundadır.

Toplumsal ve kültürel açıdan çeşitlilik içeren bir yapıya sahip olan Türkiye'de 'modern' ve 'geleneksel' yaşam biçimleri bir arada yer almaktadır. Metropolitan alanlarda yaşayanların hayata bakışları, Batı ülkeleriyle benzerlik gösterir. Buna karşın, metropollerin varoşlarında, ülkenin kırsal kesiminde yaşayanlar görece daha geleneksel bir yaşam biçimine sahiptirler. Ülkede aile bağları halen güçlüdür ve toplumsal değerlerin, tutumların, istek ve hedeflerin oluşması üzerinde etkilidir. Kanunlar cinsiyet eşitliği anlamında oldukça liberaldir. Toplumsal hayata bir çok yönden egemen olan ataerkil ideoloji ve onun uygulamalarıdır. Türkiye'de kadınlara 1934 yılında, Avrupa ülkelerinde yaşayan pek çok kadından daha önce seçme ve seçilme hakkı tanınmıştır.

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana elde edilen en büyük başarılarından biri, okuryazarlıkta ve eğitimde sağlanan gelişmelerdir. Türkiye’de 1935’te kadınların sadece yüzde 10’u erkeklerin yüzde 29’u okur yazar iken, 2000 Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 6 yaş ve üzeri nüfus için okur yazarlık oranı kadınlarda yüzde 81 ve erkeklerde yüzde 94 olmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2003). Okullaşmada da önemli gelişmeler sağlanmıştır. İlkokulda brüt okullaşma oranı, erkeklerde yüzde 100 kadınlarda yüzde 93 olmak üzere, toplamda yüzde 96’dır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2004). Kadınlar ve erkeklerin ilkokul sonrası eğitiminde de belirli başarılar elde edilmiştir. Türkiye’de, 1998’de kabul edilen bir yasa ile 5 yılı ilkokul, 3 yılı da ortaokul olmak üzere 8 yıllık eğitim zorunlu olmuştur. Bu gelişmelere karşın ülkede okuryazarlık ve okullaşma konularında kadınlar ve erkekler arasındaki farklılıkların yanı sıra, bölgelere ve kentsel/kırsal yerleşim yerlerine göre de önemli farklılıklar bulunmaktadır.

### 1.3 Nüfus ve Aile Planlaması Politikaları ve Programları

Türkiye Cumhuriyeti’nin 1923’te kurulmasından itibaren nüfus politikaları da gündeme gelmiştir. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları nedeniyle Cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığın arttırılmasına yönelik bir ihtiyacın olduğu hissedilmeye başlanmıştır. İnsan gücü kaynağındaki eksiklik ve ülkenin savunma ihtiyacının yanı sıra, yüksek bebek ve çocuk ölümlülüğü hızları da Türkiye’yi 1960’lara kadar pronatalist bir nüfus politikası izlemeye yönlendirmiştir. Nüfus artışını doğrudan veya dolaylı yollarla teşvik eden çok sayıda kanun bu dönemde kabul edildi. Bu kanunlar, beş ve daha fazla sayıda çocuk sahibi kadınlara para ödülünü, vergi indirim teşviklerini ve sağlık nedenleri dışında gebeliği önleyici yöntemlerin reklamının, ithalatının ve satışının yasaklanması ile sağlık sorunları dışında gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanmasını içermektedir.

1950’li yıllarda nüfus artış hızının yüksek olduğu ve yasal olmayan yollarla yapılan düşüklerde pek çok annenin hayatını kaybettiğine ilişkin yapılan tartışmalar, nüfus konusunun politik gündem içinde yer almasına yol açmıştır. Kır-kent göçü sonucunda kent nüfusunun hızla artması ve istihdam sorunları da hükümetlerin bu konudaki tutumlarını antinatalist politikalar yönünde değiştirmelerine yol açmıştır. Politika değişikliğinin öncülüğünü Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı yapmış ve ilk Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1965 yılında kabul edilmiştir. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile yeni aile planlaması politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Bu kanunla modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunumuna ve çiftlerin sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1983 yılında değiştirilmiş ve daha liberal ve geniş kapsamlı yeni bir yasa çıkarılmıştır. Bu yeni yasa ile, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin devlet hastanelerinde ücretsiz sona erdirilmesini, sosyal ve ekonomik nedenlerle gönüllü cerrahi sterilizasyonu yasallaştırılmıştır. Ayrıca, yardımcı sağlık personelinin rahim içi araç (RIA) uygulama konusunda eğitilmesi amaçlanmış ve aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde bir dizi önlem alınmıştır. Devlet Planlama Teşkilatının yayınladığı en son Beş Yıllık Kalkınma Planı dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefi ile uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak amacıyla nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücü yönünden niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu alanlardaki farklılıkların



giderilmesinin nüfus politikasının temel hedeflerini oluşturduğunu belirtmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001).

#### 1.4 Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemi

Sağlık Bakanlığı, ülke çapında sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak konusunda resmi olarak görevli kurumdur. Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra sağlık hizmeti ile ilgili kurumlar arasında diğer kamu kuruluşları ile özel sektör ve sivil toplum kuruluşları da bulunmaktadır.

Temel sağlık hizmeti ilkeleri doğrultusunda, ülke çapında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini planlamak ve sunmak Sağlık Bakanlığı’nın görevidir. Hizmetin sunulması ve programların uygulanması görevi çeşitli Genel Müdürlükler (Temel Sağlık Hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Sağlık Eğitimi) ve çeşitli birimler (Verem, Sıtma, Kanser Kontrol Daire Başkanlıkları) tarafından paylaşılmaktadır.

İl düzeyindeki sağlık hizmetleri, Valiliklerin sorumluluğu altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürü, tedaviye yönelik hizmetlerin yanı sıra tüm temel sağlık hizmetlerinin verilmesinden de sorumludur. Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri ağı, hizmetlerin ve olanakların köy seviyesine kadar ulaştırılabilmesi amacıyla 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa” temel alınarak kurulmuştur. Köylerin büyük bir çoğunluğunda sağlık ocağı ya da sağlık evi bulunmaktadır. Bu birimler, çevre köylerden ulaşımın kolayca sağlanabileceği uzaklıktaki yerlere kurulmuştur.

Sağlık hizmeti içerisindeki en temel birim, 2,500-3,000 kişilik bir nüfusa hizmet veren ve bir ebenin bulunduğu Sağlık Evleridir. Sağlık Ocakları da 5,000-10,000 kişilik bir nüfusa hizmet verir ve personel olarak bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru, ebeler, çevre sağlığı teknisyeni ve bir şoför görev yapmaktadır. Sağlık Ocaklarında tam teşekküllü ve çok yönlü temel sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bunlara ek olarak yine koruyucu sağlık hizmeti sunan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Savaş Dispanserleri vardır.

Bu sağlık sistemi ağındaki kuruluşlar, temel sağlık hizmetlerinden, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden ve halk eğitiminden sorumludurlar. Bu sağlık birimleri aynı zamanda sağlık konusundaki bilgi sisteminin de başlıca kaynağıdır. Son yıllarda, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında aile hekimliği sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu sistemde anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin verilmesinden aile hekimleri bizzat sorumludurlar. Yine bu sistem içerisinde, topluma yönelik halk eğitimi hizmetlerinden ise toplum sağlığı merkezleri sorumludur.

Türkiye’de çocukların ve doğurganlık çağındaki kadınların nüfus içinde büyük yer tutması, bebek, çocuk ve anne ölüm hızlarının yüksek olması, aile planlaması hizmetlerine olan talebin yaygınlığı, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersizliği gibi nedenlerle ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine hükümet politikalarında öncelik verilmektedir. Hizmet sektörünün iyileştirilmesine yönelik çeşitli programlarda, kalkınmada

öncelikli iller, metropollerdeki gecekondu mahalleleri, kırsal yerleşim yerleri ve özel risk grupları öncelikli olarak ele alınmıştır. Programlar aşılama, çocuk ishali, akut solunum yolu hastalıkları, emzirmenin teşvik edilmesi, büyümenin izlenmesi, beslenme, üreme sağlığı, doğum öncesi ve doğum sırasında bakım gibi konuları içermektedir. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması faaliyetlerini geliştirmeye yönelik Bilgi, Eğitim ve İletişim programları da yaygın olarak uygulanmaktadır.

Günümüzde, Türkiye'deki sağlık güvence sistemi içerisinde üç sosyal güvenlik kuruluşu bulunmaktadır. Bunlar, SKK (Sosyal Sigortalar Kurumu), Bağkur ve Emekli Sandığı'dır. Bunlara ek olarak, belirtilen bu sağlık güvencelerinden herhangi birine sahip olmak için işi ve/veya geliri olmayanlara yönelik Yeşil Kart sistemi uygulanmaktadır. Devlet memurları ve bunların bağımlıları, devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Türkiye'de yaklaşık olarak sadece 500,000 kişiyi kapsayan ve ülke genelinde yaygın olmayan bir özel sağlık sigortası sistemi vardır. Bu sağlık sisteminin dışında kalanların sayısı hem çok fazladır, hem de bu sistem içerisindeki kişiler için sağlanan imkanlar yetersizdir. Buna rağmen, sigortanın koşullarına ve kapsamına göre birden fazla sağlık sigortası tercih edenlerin sayısı da küçümsenemeyecek boyuttadır. Sağlık sigortası, hastayken bakım alma tercihini belirleyen önemli bir göstergedir. Parasal anlamda herhangi bir destek alamayanların hastalandıklarında tedaviye başvurma eğilimi destek alanlara oranla yok denecek kadar azdır. Hasta olan herkes tedavi de olamamaktadır. Benzer şekilde, yeterli maddi imkanı olmayan kişiler diğerlerine kıyasla hastalıklarını tedavi ettirememektedirler. Bu da sağlık hizmetlerinin sonuçlarında büyük farklılıklar olmasına ve de aynı gelir düzeyindeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'nin hem mutlak değerler anlamında hem de göreceli olarak yoksul bir ülke olarak kalmasına neden olmaktadır (Dünya Bankası, 2004). Son yıllarda yapılan düzenlemeler ile Türkiye'deki sağlık güvence sistemi içerisinde yer alan üç sosyal güvenlik kurumu aynı çatı altında birleştirilmiştir. Genel sağlık sigortası sistemi çalışmaları da son aşamaya gelmiştir. Bu sistem, 2007 yılı başından itibaren uygulanmaya başlanacaktır.

## 1.5 Projenin Hedefleri

Bu proje, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖA), Türkiye'deki mevcut duruma ve ülke içindeki farklılıklara ait doğru bilgiyi sağlayarak anne ölümlülüğüne ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi için önemli bir fırsattır. Ayrıca bu proje, hem merkezi hem de bölgesel düzeyde konuyla ilgili yöneticilerin farkındalığının artırılması açısından da iyi bir imkan sunmakta ve aynı zamanda kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalara rehberlik edecek gerekli bilgiyi sağlamaktadır. Proje sonuçları, varolan kayıt ve bildirim sistemlerinin geliştirilmesini ve düzenlenmesini hedefleyen faaliyetlerde ilgili tüm kurum ve görevlilerin sorumluluk almalarını sağlayacak etkili bir kaynak olarak kullanılabilir.

UAÖÇ'nin genel hedefleri şunlardır:

1. Türkiye'de anne ölümleri konusundaki mevcut duruma ilişkin doğru veriyi, kırsal/kentsel alanlardaki ve bölgeler (NUTS 1 olarak tanımlanan) arasındaki farklılıklara odaklanarak sağlamak.

2. Anne Ölüm Oranına (obstetrik risk) ve Anne Ölüm Hızına (kadın nüfusunda ölümün yükü) dair geçerli ve temsil edici veriyi Türkiye geneli ile kır/kent ayrımı ve NUTS 1 bölgeleri için elde etmek ve Yaşam Boyu Anne Ölümü Riskini hesaplamak.
3. Anne ölümlerinin tıbbi nedenlerini ve anne ölümlerine neden olabilecek önlenebilir faktörleri belirlemek.
4. Anne ölümü açısından yüksek risk altında olan nüfus gruplarını belirlemek.
5. Özellikle ölüm kağıdında belirtilen ölüm nedenlerine odaklanarak, mevcut kayıt ve bildirim sistemlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmak.
6. Politika belirleyici ve hizmet planlayıcılarının anne ölümleri konusundaki farkındalık seviyelerini arttırmak ve üreme sağlığına yönelik politikalar konusunda yol gösterici olmak.

## 2.1 Araştırma Tasarımının Çerçevesi

Anne ölüm hızı ve oranı için tahminlerde bulunmak; aynı zamanda da mevcut kayıt ve bildirim sistemlerinin iyileştirilmesi için gerekli olacak bilgiyi sağlamak projenin hedefleri arasında yer almıştır. Türkiye’de varolan veri kaynaklarının avantajlarına ve dezavantajlarına yönelik değerlendirmeler ile ülkenin değişik yerlerine yapılan ilk ziyaretler sonucunda elde edilen izlenimler esas alınarak araştırma stratejisi, anne ölümlerinin sayısının (göstergelerin paylarının) *yeni* bir veri toplama sistemi aracılığıyla tahmin edilmesine ve diğer kaynaklardan destekleyici bilgileri kullanarak paydaların hesaplanmasına dayandırılmıştır. Özellikle, anne ölümlerinin bildirim için tasarlanmış sistemimize, varolan ama kullanılmayan veri kaynakları da eklenmiştir. Projenin veri toplama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve belediyeler gibi ölümler üzerine ve özellikle anne ölümleri üzerine bilgi toplama ve derleme alanında halihazırda aktif olan kurumlar arasında yeni ve yakın bir işbirliği yaratmayı da amaçlamıştır. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması’nda kullanılan yaklaşımın beş bileşeni aşağıdaki şekildedir:

- Ulusal Anne Ölümleri Araştırması (UAÖA)
- 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ile 2000 Genel Nüfus Sayımı’nın İleri Analizi
- Mevcut Bildirim ve Kayıt Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi
- Anne Ölümü Göstergelerinin Modele Dayalı Tahmini
- Niteliksel Çalışma

Kullanılan bu farklı yöntemlerin anne ölümleri de dahil olmak üzere ülke genelinde sürdürülebilir bir ölüm kayıt sisteminin oluşturulmasına yardım edecek noktaların açıklığa kavuşturulmasını kolaylaştıracak bir zemin sağlaması beklenmektedir.

Saha çalışması kapsamında veri toplama faaliyetleri Ulusal Anne Ölümleri Araştırması (UAÖA) ve Niteliksel Çalışma olarak yürütülmüştür. Ancak, proje faaliyetlerinin önemli bir bölümünü esas olarak UAÖA oluşturmuştur. Kentsel ve kırsal alanlardaki mezarlıklarda bulunan birincil kaynaklar aracılığıyla bütün definlerle ilgili olarak ölen kişilerin yaşı ve cinsiyeti hakkında bilgi UAÖA’da toplanmıştır. Dolayısıyla, bu çalışma TÜİK’in ölüm belgesi sistemiyle paralel bir biçimde gitmiş ve UAÖA sayesinde bu sistem, kırsal alanlarda da yaygınlaştırılmıştır. Gelen bu bilgiler doğrultusunda, 12-50 yaş bütün kadın ölümleri arasından anne ölümlerinin sayısını belirlemek için iki farklı bilgi kaynağı kullanılmıştır. Ölümlerin sağlık kurumu dışında gerçekleşmesi halinde ölüm sebebini belirlemek için hanehalkı düzeyinde sözel otopsi yapılmıştır. Sağlık kuruluşunda gerçekleşen ölümlerin nedenlerini belirlemek için de kurum/hasta kayıtları gözden geçirilmiştir. Sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş olsa bile bütün anne ölümleri için ek olarak sözel otopsinin

yapılması amaçlanmıştır. Araştırma tasarımı ve yöntemler Bölüm 2.2’de detaylı bir şekilde anlatılmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 (TNSA-2003), Genel Nüfus Sayımı, 2000 (GNS-2000) gibi destekleyici veri kaynakları, anne ölüm oranlarını, hızlarını, yaşam boyu anne ölüm riskini hesaplamak ve yüksek risk gruplarını belirlemek amacıyla karşılaştırma grubu oluşturmak için kullanılmıştır. Bu çalışmadaki veri kalitesini değerlendirmek ve kayıt altına alınmamış ölümlerin seviyesini tespit etmek amacıyla UAÖA verisi, Sağlık Bakanlığı ve TÜİK tarafından toplanan veriler ile buna ek olarak İçişleri Bakanlığı’na bildirilenlerle karşılaştırılmıştır. Ayrıca, tamamlayıcı bir kaynak olarak, eksik bildirimlerin nedenleri üzerine niteliksel çalışma da yapılmıştır. Bu diğer dört bileşen için kullanılan veriler ve yöntemler Bölüm 2.2.3, 2.3 ve 2.4’de anlatılmaktadır.

## **2.2 Yenilikçi Bir Veri Toplama Sistemi**

### **2.2.1 Ulusal Anne Ölümleri Araştırması**

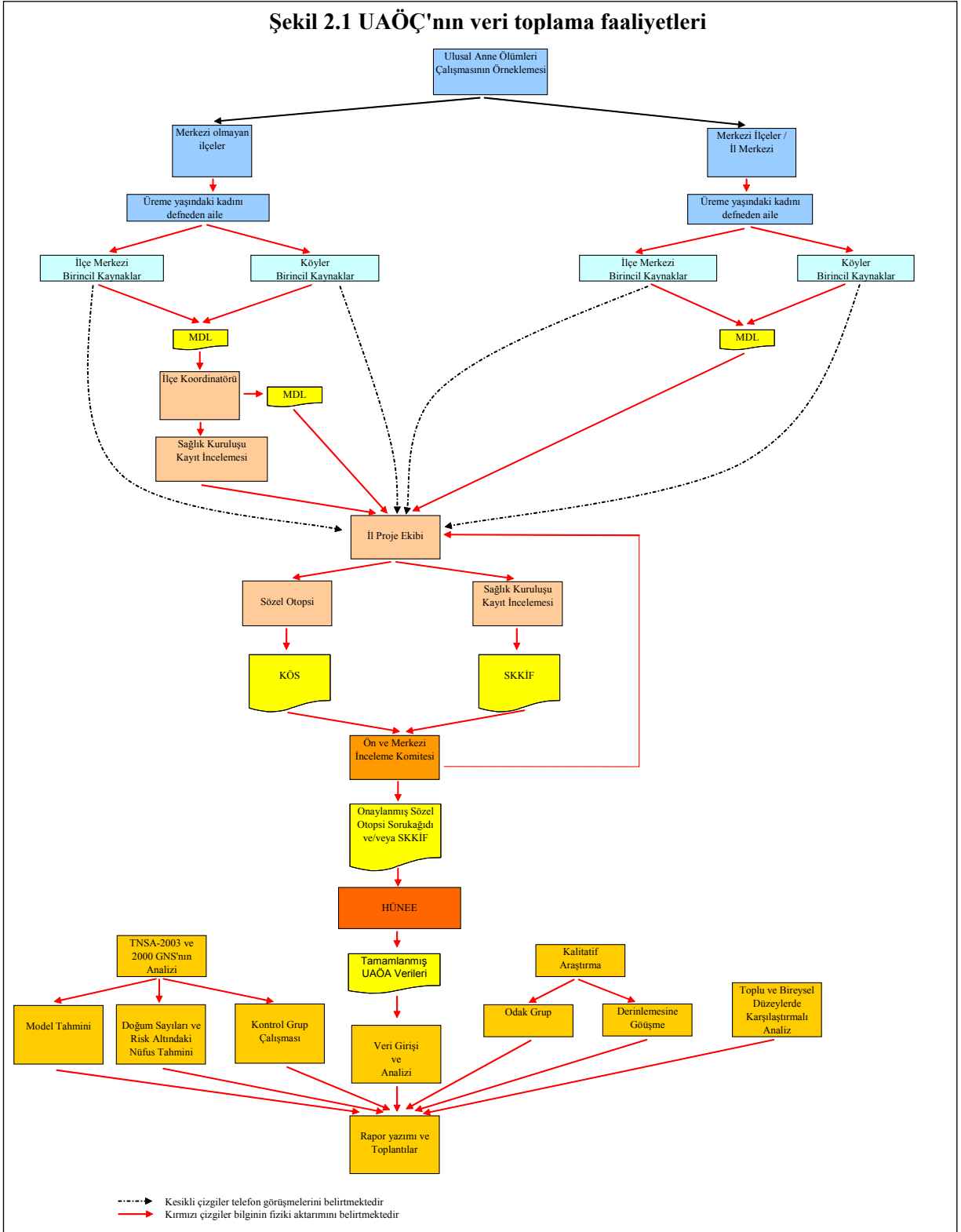
Projenin başlıca niceliksel veri toplama faaliyeti, Doğurganlık Çağında Ölümlülük Çalışması’nın (RAMOS) veri toplama stratejisi kullanılarak Ulusal Anne Ölümleri Araştırması’nın (UAÖA) uygulanması olmuştur. RAMOS, doğurganlık çağındaki bütün kadınların ölüm nedenleri belirlenmesini ve araştırılmasını içermektedir. Bu yöntem, iyi bir hayati olaylar kayıt sistemi olan ve olmayan ülkelerde başarıyla uygulanmaktadır. Hayati olaylar kayıt sisteminin iyi çalışmadığı ülkelerde yapılan başarılı çalışmalarda, üreme çağındaki kadın ölümlerini belirlemek için çeşitli ve bazen de birden fazla bilgi kaynağı kullanılmaktadır. Ölümleri, gebeliğe bağlı ölümler, anne ölümleri ya da diğer nedenlere bağlı ölümler şeklinde sınıflandırmak için de hanehalkı üyeleri ve sağlık hizmeti verenler ile görüşmeler yapılmakta, sağlık kurumundaki kayıtlar incelenmektedir.

Gebeliğe bağlı ölümler (ölüm nedeninden bağımsız olarak), belli bir zaman aralığında gerçekleşen ölümler olarak tanımlandıkları için bunların aile görüşmeleri sonucunda belirlenmesi göreceli olarak daha kolaydır. Buna karşılık, anne ölümlerini (gebelikle ilgili veya gebelikle şiddetlenmiş bir nedenden dolayı gebelik süresince veya gebeliğin sonlanmasında sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşen ölümler) tespit etmek, tesadüfi nedenlerden kaynaklanan ölümleri dışarıda tutabilmek amacıyla ölüm nedenlerinin doğru belirlenmesini gerektirmektedir. Ölüm sebebinin tıbbi olarak belirlenemediği durumlarda ölüme neden olabilecek hastalıklarla ilgili belirtilerin ve semptomların kaydedildiği sözel otopsi yöntemine başvurulabilmektedir. Anne ölümlerini tespit etmek amacıyla kullanılan sözel otopsi yöntemi, genellikle güvenilir ve geçerli bir yöntem olarak değerlendirilmektedir.

RAMOS tasarımında veri kaynağı için gerekli olan “kapsam” kriterini karşılayan definler, Türkiye’de kadın ölümleri için tek veri kaynağı niteliğindedir. UAÖA’da 12-50 yaş (doğurganlık çağı) kadın ölümleri ile ilgili daha detaylı bilgi alınacak şekilde yaşa ve cinsiyete göre defin bilgisi 12 aylık bir dönem için ileriye dönük olarak toplanmıştır.

UAÖA’nın örneklem tasarımı Türkiye geneli, kentsel ve kırsal alanlar ile 12 NUTS-1 bölgesi için analiz yapmaya imkan verecek şekilde tasarlanmış ağırlıklı, tabakalı olasılıklı bir

örneklem tasarımıdır. UAÖA için seçilen 29 il Tablo 2.1’de ve Şekil 2.2’de gösterilmektedir. Örneklem ile ilgili detaylı bilgi Bölüm 2.2.2’de verilmektedir.



Seçilen illerdeki bütün mezarlıklar için birincil kaynaklar tayin edilmiştir. Bunlar, kentsel alanlarda belediye mezarlık görevlileri, kırsal alanlarda da köy muhtarlarıdır. Birincil kaynaklardan, ölen kişinin isim, yaş ve cinsiyet gibi temel bilgilerinin ölenin yakınlarından alması istenmiştir. Ayrıca, 12-50 yaş kadın ölümleri için ölüm yeri bilgisi ve bu kişilerin yakınlarına ait iletişim bilgileri de talep edilmiştir. Birincil kaynaklar, bu bilgileri İlçe Koordinatörü'ne veya İl Proje Ekibi'ne göndermişlerdir. İl Proje Ekibi de İlçe Koordinatörü ile işbirliği içinde a) eğer ölüm sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş veya ölüm esnasında sağlık personeli varsa ölen kadına ait sağlık kuruluşundaki kayıtları incelemiş ve/veya sorumlu doktor/sağlık personeli ile görüşmüştür b) ölüm esnasında sağlık personeli yoksa veya sağlık kurumu kayıtlarından ölüm nedeni tespit edilememiş ise ölen kadının ailesiyle görüşerek sözel otopsi soru kağıdını doldurmuştur.

İl Proje Ekipleri, sözel otopsilerin ve/veya sağlık kurumu kayıt incelemelerinin sonuçlarını Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'ne (HÜNEE) göndermiş ve sonuçlar burada da iki doktor tarafından incelenmiştir. En son olarak, Merkezi İnceleme Komitesi kadın ölümleri arasından seçilmiş bir grubu ve bütün anne ölümlerini detaylı bir şekilde son/Kevin ölüm sebebini tespit etmek için incelemiştir. UAÖA'daki veri toplama faaliyetleri akış çizelgesi Şekil 2.1'de gösterilmektedir. UAÖA veri toplama faaliyeti içinde yer alan çeşitli grupların ve kişilerin görevleri ve nitelikleri Ek 3'de verilmektedir.

## 2.2.2 Örneklem

Türkiye idari olarak 81 ile ayrılmıştır. Bölüm 1'de anlatıldığı gibi bu 81 il NUTS 3 düzeyini oluşturmaktadır. İllerin birleştirilmesiyle 26 NUTS-2 bölgesini, 26 bölgenin birleştirilmesiyle elde edilen 12 bölge ise NUTS-1 bölgesini meydana getirmektedir. UAÖA'nın örneklem tasarımı için ağırlıklı, tabakalı olasılıklı örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Saha çalışmasındaki organizasyon faaliyetleri, bir il örnekleme seçildiğinde, o ile bağlı tüm ilçelerin ve bu ilçelere bağlı tüm yerleşim yerlerinin de örneklemin bir parçası olmasını gerekli kılmıştır. Hanehalkı çalışmalarında genellikle kullanılan standart çok aşamalı örnekleme yaklaşımının aksine bu çalışmada tek örneklem birimi ildir. Bu anlamda Türkiye geneli, kentsel ve kırsal alanlar ile 12 NUTS-1 bölgesi için analiz yapmaya imkan verecek temsili örneklemin seçilmesi için 81 ilin arasından örnekleme oluşturacak illerin seçilmesi tek örnekleme aşaması olmuştur.

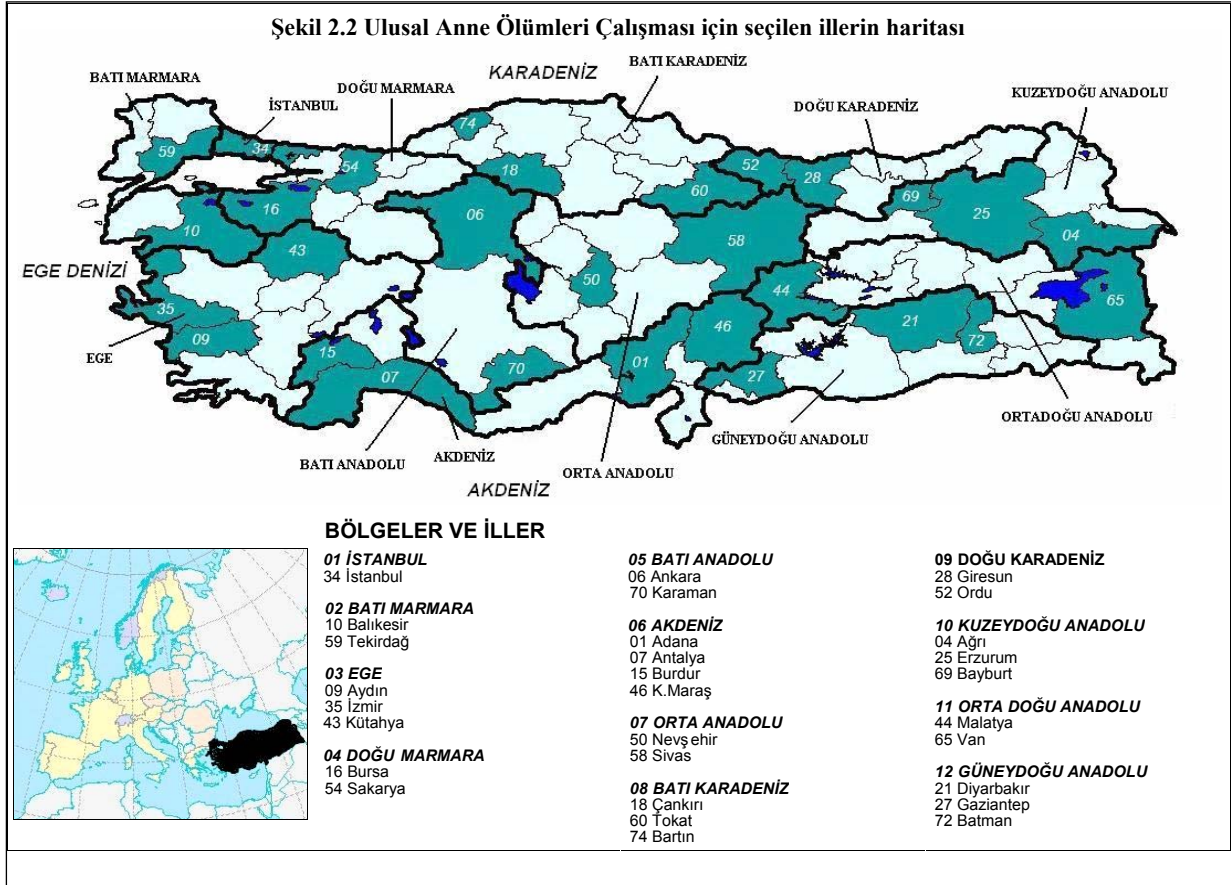
Örneklemin seçim kriteri, her bir 26 NUTS-2 bölgesinden bir ilin, tahmin edilen 15-49 kadın ölümlerinin sayısına olasılıklı orantılı olarak rastgele seçilmesi olarak belirlenmiştir. Burada amaç Her NUTS-1 bölgesinden en az iki il seçebilmektir. Bunun tek istisnası, Doğu Karadeniz NUTS-1 bölgesinde (aynı zamanda 19 no.lu NUTS-2 bölgesidir) olmuş ve bu NUTS-2 bölgesinden 2 il seçilmiştir. Örneklem seçim işlemlerinin sonunda, UAÖA saha çalışmalarının yürütüleceği 27 il belirlenmiştir. Buna ek olarak pilot çalışma ve ön deneme illeri olarak seçilen Antalya ve Erzurum, bu projenin faaliyetleriyle paralel olarak kendi istekleri doğrultusunda veri toplamaya devam etmek istemişlerdir. Bu iki ilin verileri de hesaplamalara dahil edilmiştir (Tablo 2.1 ve Şekil 2.2). Bir il seçildiğinde, bu ile bağlı olan tüm yerleşim yerleri, köyler, bucaklar ve ilçeler çalışmaya dahil edildiğinden ayrıca bir seçim işlemine gerek duyulmamıştır. Seçilen iller, nüfus büyüklüğü 39 milyon olan 16,139 kentsel

(285) ve kırsal (15,854) yerleşim yerini içermektedir. Bu sayısal büyüklükler UAÖA'nın ülke nüfusunun yüzde 54'ünü kapsadığını göstermektedir.

Tablo 2.1 UAÖA için seçilen iller ve NUTS bölgeleri

İl	NUTS-1	NUTS-2	İl	NUTS-1	NUTS-2
İstanbul	1	1	Sivas	7	15
Tekirdağ	2	2	Bartın	8	16
Balıkesir	2	3	Çankırı	8	17
İzmir	3	4	Tokat	8	18
Aydın	3	5	Giresun	9	19
Kütahya	3	6	Ordu	9	19
Bursa	4	7	Bayburt	10	20
Sakarya	4	8	Erzurum	10	20
Ankara	5	9	Ağrı	10	21
Karaman	5	10	Malatya	11	22
Antalya	6	11	Van	11	23
Burdur	6	11	Gaziantep	12	24
Adana	6	12	Diyarbakır	12	25
K. Maraş	6	13	Batman	12	26
Nevşehir	7	14			

Şekil 2.2 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması için seçilen illerin haritası





### 2.2.3 Pilot Çalışma

UAÖA için kullanılan bütün araştırma yöntemleri (araştırma tasarımı ile formlar ve soru kağıtları) Antalya ilinde altı haftalık bir pilot çalışma ile sahada test edilmiştir. Antalya ilinin pilot çalışma için seçilmesinde çalışmanın örnekleminde yer almamış olması, nüfusunun fazla olması, en az bir büyük belediyesinin olması ve farklı uzaklıklarda olan kentsel ve kırsal alanların olması rol oynamıştır. Pilot çalışmanın Ocak ayında yapılması nedeniyle kış aylarındaki erişim imkanı da göz önünde bulundurulmuştur

Antalya'daki pilot çalışma bulgularına ve tecrübelerine dayanarak merkez proje ekibi, araştırma tasarımında ve materyallerinde değişiklik yapma yoluna gitmiştir. Sağlık Bakanlığı kendi imkanları doğrultusunda bu çalışmanın nasıl yürüyeceğini görmek için, Erzurum ilinde de benzer bir çalışma yapma isteklerini pilot çalışmanın sonuna doğru dile getirmiştir. Antalya gibi Erzurum da ülkenin büyük illerinden bir tanesi olup temsiliyet açısından önemli unsurlara sahiptir. Pilot çalışmalar bittikten sonra da Antalya ve Erzurum, projeden daha fazla finansal destek almadan veri toplama faaliyetlerine devam etmişlerdir.

Proje ekibi, örnekleme yer alan 27 ilin verisiyle birlikte bu iki ilin verilerini de analiz etmiştir. Sonuç olarak bu durum, denetlenen proje illeri ile ek bir destek olmadan metodolojinin uygulandığı bu iki ilin performanslarının karşılaştırılmasına fırsat tanımış ve çalışma yönteminin bileşenlerinin kullanılabilirliğine ve sürdürülebilirliğine ilişkin önemli bilgiler sağlamıştır. Pilot çalışmaya ile ilgili daha detaylı bilgi Ek 4'te verilmektedir.

### 2.2.4 Araçlar

Niceliksel ve niteliksel veri toplama faaliyetlerinde kullanılan formların ve araçların listesi Şekil 2.3'de anlatılmaktadır. Asıl materyaller Ek 5-10'da verilmektedir. Formlar ve soru kağıtları soru kağıdı tasarımında tecrübeli kişiler tarafından İngilizce ve Türkçe olarak hazırlanmıştır. Soru kağıtları daha sonra İngilizce'ye çevrilmiştir.

Bir hekimden, herkesin anlayabileceği uygun bir dilin ve nüfusun genelinin alışkın olduğu terminolojinin kullanılmasını sağlamak amacıyla Kadın Ölümleri Soru Kağıdı'nda (KÖS, Sözel Otopsi Soru Kağıdı) yer alan unsurları gözden geçirmesi istenmiştir. Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu (SKKİF) İngilizce olarak hazırlanmış, sonra Türkçe'ye çevrilmiş ve daha sonra tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir.

## Şekil 2.3 UAÖA’da ve niteliksel çalışmada kullanılan veri toplama araçları

Form veya araç	Tanım
Mezarlık Defin Listesi (MDL)	Mezarlık Defin Listesi, köylerde ya da belediyesi olan yerleşim yerlerinde gerçekleşen her defin işlemi için aylık olarak tutulmuştur. Amaç, ölenlerin yaş ve cinsiyet bilgisi ile 12-50 yaş grubunda ölen kadınların yakınlarına ait adres bilgisine ulaşmaktır. Ayrıca, bu kadınlara ait daha detaylı bilgiye ulaşmak amacıyla birincil kaynakların Kadın Defin Bildirim Formu’nu doldurmaları konusunda uyarılması amaçlanmıştır. Gerçekleşen her defin işleminin aynı gün içerisinde işlenmesi gerekmektedir. Bu forma, defin işleminin gerçekleştiği yerleşim yerinin kodu, formu dolduran kişinin adı-soyadı ve görevi, defin sayısı, defin ayı ve yılı, ölen kişinin adı, cinsiyeti ve yaşı ile 12-50 yaş kadın ölümleri için adres ve telefon bilgisi kaydedilmiştir.
Kadın Defin Bildirim Formu (KDBF)	Kadın Defin Bildirim Formu’nun amacı, Mezarlık Defin Listesi’ne kaydedilmiş bütün 12-50 yaş kadın definlerine ait detaylı bilgiye ulaşmaktır. Bu formdaki bilgiye dayanarak ya ev görüşmesi ya da sağlık kurumu kayıt incelemesi yapılmıştır. Mezarlık Defin Listesi gibi bu form da aylık olarak ilgili mercilere sunulmuştur. Ancak, formda yer alan kadının ölüm yerine ilişkin bilgi, defin işlemini takip eden 2 gün içerisinde il proje koordinatörüne telefonla da bildirilmiştir. KDBF’de defin işleminin gerçekleştiği yerleşim yeri kodu, ölen kadının doğum ve ölüm tarihi, formu dolduran kişinin adı-soyadı ve görevi, ölümün gerçekleştiği yer, ölen kadının yakınlarına ait adres ve telefon bilgisi, kadının öldüğünde gebe olup olmadığı veya doğum yapıp yapmadığına ilişkin bilgiler kaydedilmiştir. MDL ve KDBF’nin doldurulması ve aynı zamanda kayıt/bildirim sistemi için birincil kaynakların uyması gereken kurallar detaylı olarak “Köy Muhtarı ve Belediye Mezarlık Görevlisi El Kitabı”nda verilmiştir.
Kadın Ölümleri SoruKağıdı (KÖS)	Kadın Ölümleri SoruKağıdı, ölen kadının temel demografik özelliklerini ortaya çıkarmak, sağlık hizmetlerinden faydalanması hakkında bilgiler elde etmek ve ölüm nedenini sınıflandırmak için belirtileri ve semptomları (bulgu) belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Bu soruKağıdı esas olarak a) dolaylı nedenlere bağlı anne ölümleri ve gebeliğe bağlı olmayan kadın ölümleri için kullanılan ve geçerli olan yetişkin ölümleri sözel otopsi aracına (Chandramohan et al 1998 D. Chandramohan tarafından erişim izni verilmiştir); b) Mısır’daki iki çalışmanın (Mısır Sağlık Bakanlığı, 1994 ve Mısır Sağlık ve Nüfus Bakanlığı, 2001) bir parçası olarak Campbell tarafından anne ölümleri için geliştirilen ve hem gebeliğe bağlı ölümler için hem de anne bakım hizmetlerinden faydalanma konusunda bilgi toplamak için kullanılan sözel otopsi aracına; c) sosyo-ekonomik duruma ilişkin bilgilerin ve annelik özelliklerinin ölen ve yaşayan çocukları olan kadınlar arasında karşılaştırma yapılmasına izin verecek şekilde elde edilmesi için kullanılan TNSA-2003’e dayanmıştır. Başvurulan diğer dokümanlar ise: a) Bangladeş Anne Sağlığı Hizmetleri ve Anne Ölümleri Araştırması, 2001 (Ulusal Nüfus Araştırması ve Eğitimi Enstitüsü & DHS 2001); b) WHO’nun anne ölümleri için sözel otopsi el kitabı (Campbell ve Ronsmans, 1995); c) Rakamların ötesinde: Anne ölümlerinin ve güvenli gebelik için komplikasyonların incelenmesi, (WHO, 2004); ve d) Türkiye Hastalık Yükü Çalışması Sözel Otopsi Araştırması ilk taslağıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003).
Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu (SKKİF)	Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu ile ölen kadının temel özelliklerini ortaya koymak, standart altı bakıma ilişkin ipuçlarını belirlemek ve ölüm sebebini tespit etmek amaçlanmıştır. Bu form, gebelik durumunu, ölüm nedenlerinin ve alta yatan nedenlerin belirlenmesi için gerekli olan bütün bilgilerin hasta dosyasından alınmasında İPD’lere ve İK’lara yardımcı olması amacıyla ülke genelinde değişik hastanelerdeki hasta dosyaları üzerinde yapılan dikkatli çalışma sonrasında geliştirilmiştir. SKKİF’nin hazırlanması aşamasında, yukarıda bahsedilen dokümanlara da başvurulmuştur.
Ön İnceleme ve Merkezi İnceleme Komitesi Değerlendirme Formu	Ön İnceleme ve Merkezi İnceleme Komitesi Değerlendirme Formu, KÖS’ün ve SKKİF’in değerlendirmesini yapmak ve ölüm sebebine, önlenilebilir faktörlere ve standart altı bakıma ilişkin nihai kararın vermek amacıyla kullanılmıştır. KÖS, SKKİF ve Mısır’da kullanılan benzer form temel alınarak geliştirilmiştir (Mısır Sağlık ve Nüfus Bakanlığı, 2001). Bu formda yer alan tanımlar, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, Versiyon 10 (ICD-10)ile uyumludur.
Derinlemesine Görüşme Odak Grup Yönergeleri	Derinlemesine Görüşme ve Odak Grup Yönergeleri ile genel olarak ölümlerin (özellikle de kadın ölümlerinin) doğru bildirilmemesinin nedenlerini ve ölüm sebebini kaydedilmesinde yaşanan sıkıntıların neler olduğunu tespit etmek amaçlanmıştır. Bu yönergeler, merkez proje ekibiyle yapılan görüşmeler sonucunda oluşturulmuştur.

## 2.2.5 Saha Çalışması

### 2.2.5.1 Saha Ekibi

Ulusal Anne Ölümleri Araştırması (UAÖA), kadın ölümleri için veri kaynağı olması nedeniyle Doğurganlık Çağında Ölümlülük Çalışması’nın (RAMOS) veri toplama stratejisi olan definleri kullanmıştır. 12-50 yaş kadın ölümleri ile ilgili daha detaylı bilgi alınacak şekilde yaşa ve cinsiyete göre defin bilgisi, 12 aylık bir dönem için ileriye dönük olarak toplanmıştır. UAÖA saha ekibi a) eğer ölüm sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş veya ölüm

esnasında sağlık personeli bulunmuş ise ölen kadına ait sağlık kuruluşundaki kayıtları incelemiş ve/veya sorumlu doktor/sağlık personeli ile görüşmüştür; ya da b) ölüm esnasında sağlık personeli yoksa veya sağlık kurumu kayıtlarından ölüm sebebi tespit edilememiş ise ölen kadının ailesiyle görüşerek sözel otopsi soru kağıdını doldurmuştur. UAÖA veri toplama faaliyeti içerisinde yer alan çeşitli grupların ve kişilerin görevleri ve nitelikleri şöyledir.

**Birincil kaynaklar** örnekleme seçilen illerdeki bütün mezarlıklar için belirlenmiştir. Bu kişiler, defin izninin zorunlu olduğu yerleşim yerlerinde-ki buralar belediyesi olan kentsel alanlardır- mezarlık görevlileri, kırsal yerleşim yerlerinde ise köy muhtarıdır. Birincil kaynaklardan, Mezarlık Defin Listesi ile Kadın Defin Bildirim Formu'nun doldurularak ölen kişinin yakınlarından isim, yaş, cinsiyet, ev adresi, ölüm yeri, telefon numarası ve ölen kadınla aynı evde yaşayan veya onunla ilgili bilgi verebilecek bir yakının adı gibi temel bilgilerin alınması ve mümkün olan durumlarda gebeliğe bağlı bir ölüm olup olmadığına ilişkin sorunun sorulması istenmiştir. MDL ve KDFB'lerin kopyaları, İlçe Koordinatörü'ne aylık olarak gönderilmiş, onlar da İl Proje Koordinatörü'ne iletmışlerdir. İl merkezindeki birincil kaynaklar ise formlarını aylık dönemler halinde doğrudan İl Proje Koordinatörü'ne teslim etmişlerdir. 12-50 yaş kadın ölümünün meydana gelmesi halinde, kırsal yerleşim yerlerindeki birincil kaynaklar defin işlemini takip eden 2 gün içerisinde İl Proje Koordinatörü ile iletişime geçip bu bilgiyi aktarmıştır. Definlerin yoğun olduğu mezarlıklar, Mezarlık Defin Listesi'ni haftalık olarak göndermişlerdir. İstanbul'da bilgisayar ortamında tutulan mezarlık defin listesi kullanılmıştır.

**İl Proje Ekipleri (İPE)** bütün proje illerinde oluşturulmuştur. İPE'lerinde genellikle üç kişi bulunmaktadır. Bu kişiler, UAÖA'nın düzgün bir biçimde ilerleyişini denetleme görevi olan ve tercihen İl Sağlık Müdürlüğu Ana-Çocuk ve Aile Planlaması (AÇSAP) şubesinden bir sağlık görevlisi olan *İl Proje Koordinatörü (İPK)*; il proje koordinatörü ile aynı birimde çalışan ve tıp doktoru olan *İl Proje Doktoru (İPD)*, ve sadece proje süresince görev yapan, çalışma yeri İl Sağlık Müdürlüğu olan tıp fakültesi dışındaki bir alanda üniversite mezunu olan *İl Proje Araştırmacısı (İPA)*'dır.

İl Proje Ekipleri, İlçe Koordinatörleri ile işbirliği içinde KÖS ve/veya SKKİF'leri tamamlayıp Merkez Proje Ekibi'ne göndermiştir. Daha sonra da bu formlar sonuçları değerlendirme, ölüm nedenlerini ve önlenebilir faktörleri tespit etme sorumluluğu olan Merkezi İnceleme Komitesi'ne gönderilmiştir. Birincil kaynakların ölen kadınla ilgili olarak verdiği bilgiler doğrultusunda, İPD ölümün gerçekleştiği sağlık kurumunu ziyaret etmiş ve/veya ölüm sırasında bulunan doktor/sağlık personeli ile görüşmüştür. İPD buradan elde ettiği bilgilerle Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu'nu (SKKİF) doldurmuştur. Ölüm nedeninin SKKİF'den tespit edilemediği ve ölüm esnasında herhangi bir sağlık personelinin bulunmadığı durumlarda İPD ve İPA, ölen kadının ailesiyle görüşerek sözel otopsi yapmıştır. Bütün anne ölümleri için KÖS aracılığıyla sözel otopsi gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. İPD, İPA'nın sözel otopsi yapabilmesi için eve giriş sürecinde yardımcı olmuş ve bu görüşmelerin mahremiyeti konusunda gerekli açıklamaları yapmıştır. İPA, mümkün olan en kısa sürede ailelerle görüşmeleri yapmış, projede kullanılan formları düzenleyip doldurmuştur. Bu formların aylık olarak Merkezi İnceleme Komitesi'ne gönderilmesinden İPA sorumlu olmuştur.

Her ildeki İPK ve İPD, Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilmiştir. Mart-Nisan 2005 döneminde HÜNEE Koordinatörleri ve merkez proje ekibi, proje illerini ziyaret ederek, il sağlık müdürlükleri tarafından önerilen üç İPA adayı ile mülakatlar gerçekleştirmişlerdir. Söz konusu görüşmelerde standart bir Mülakat Formu kullanılmıştır. Görüşmeler sonrasında hazırlanan raporlar değerlendirilerek, seçim işlemi Ankara’da yapılmıştır. İPA adaylarının bazıları proje için uygun bulunmamıştır. Dolayısıyla il proje ekiplerinden yeni adaylar belirlenmesi ve bildirmesi talep edilmiştir. Bazı illerde ise birden çok İPA adayı bölgesel tanıtım ve eğitim toplantılarına davet edilmiştir. Bu durumda, İPA ile ilgili nihai karar toplantısının sonunda verilmiştir. Bütün İPA’larla, hak ve sorumluluklarını düzenleyen iş sözleşmeleri imzalanmış ve sağlık sigortaları yapılmıştır.

**İlçe Koordinatörleri (İK)**, ilçe merkezinde yaşayan ve proje illerindeki Sağlık Müdürlükleri tarafından tayin edilmiş tıp doktorlarıdır. Birincil kaynaklar ile İPE’leri arasında aracılık yapmış ve çeşitli sorumluluklar üstlenmiştir. İK’leri, birincil kaynaklardan MDL’lerin hepsini toplayarak il merkezinde bulunan İPE’ne göndermişler veya elden teslim etmişlerdir. Buna ek olarak, kendi ilçelerindeki bir sağlık kuruluşunda ölüm meydana geldiğinde ya da o ilçedeki bir doktorun varlığında ölüm olduğunda İK’leri SKKİF doldurmuştur. Aynı zamanda İK’leri, birincil kaynakların listesini tutarak birincil kaynakların formlarını belirlenen dönemlerde teslim ettiklerini garanti etmiştir. Birincil kaynakların eğitimlerini de İK’leri yapmıştır.

**Merkezi İnceleme Komitesi**, Ankara’da olup 7 kadın doğum uzmanı ve 5 halk sağlığı/epidemioloji uzmanından oluşmaktadır. Komite üyeleri, Ankara’daki üniversitelerden ve devlet hastanelerinden seçilmiştir. Ayrıca dört tıp doktoru daha projede yarı zamanlı olarak çalışmıştır. Bu doktorlar, defin kayıtlarını, Kadın Ölümleri SoruKağıdını ve Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu’nu inceleyerek, gebeliğe bağlı bütün ölümlerle ilgili olarak Merkezi İnceleme Komitesi’ne ön rapor hazırlamışlardır. Komite, ölüm nedeni hakkında ortak bir karara ulaştıktan sonra raporların/dosyaların son halini HÜNEE’deki merkez proje ekibine göndermiştir.

**Saha Koordinatörü** olarak tayin edilen HÜNEE araştırma görevlileri, saha çalışması devam ettiği süre boyunca sorumlu oldukları illerdeki proje faaliyetlerini denetlemişlerdir. 12 HÜNEE koordinatörünün her biri 2 veya 3 ilden sorumlu olmuştur. Her ilin ortalama olarak ziyaret edilme sayısı yaklaşık 14’tür ve her ilde bir ay içerisinde geçirilen gün sayısı ortalama olarak 7’dir. Saha çalışmasının ilk zamanlarında, denetleme amacı ile yapılan ziyaretler daha yoğun ve uzun süreli olmuş, sonraki aylarda ise ziyaret süreleri kısalmış ancak sayıları aynı kalmıştır.

### 2.2.5.2 Saha Ekibinin Eğitimi

Şekil 2.4’te gösterildiği gibi UAÖA’daki eğitimler her düzeyde yapılmıştır. Mayıs 2005’te il proje ekipleri, il bazında tanıtım ve eğitim toplantıları yapmışlar ve kendi illerindeki ilçe koordinatörlerini eğitmişlerdir. Bu eğitimler bir gün sürmüş ve eğitimlerde merkez proje ekibi tarafından geliştirilen standart eğitim materyalleri kullanılmıştır. Eğitim yöntemlerinin kilit noktaları ve materyaller Şekil 2.4’te verilmektedir. İlçe koordinatörleri bir sonraki aşamada birincil kaynakların eğitiminden sorumlu olacakları için eğitimlerde

“Eğitimcilerin Eğitimi” (EE) ilkesi kullanılmıştır. Bütün ilçe koordinatörleri ilk eğitimlere katılmıştır. Ancak sonrasında bazı ilçe koordinatörlerinin değişmesi nedeniyle yeni atanmış ilçe koordinatörleri için bazı illerde eğitimler yinelenmiştir. HÜNEE koordinatörleri de sorumlu oldukları illerdeki tanıtım ve eğitim toplantılarının organize edilmesine ve yürütülmesine katkıda bulunmuşlardır. İlçe yetkilileri, toplantıların tanıtım bölümlerine davet edilmiştir.

---

**Şekil 2.4 UAÖA’da yürütülen temel eğitimler ve eğitim metodolojisinin kilit noktaları ve eğitim materyalleri**

---

**Oturumlar**

---

- HÜNEE araştırma görevlileri
  - İl ekipleri, bölgesel tanıtım toplantılar sırasında eğitilmiştir
  - İlçe ekipleri, bölgesel tanıtım toplantılarından sonra eğitilmiştir (2005 yılı Nisan sonu Mayıs başı) ve veri toplama faaliyetlerinin başlangıç aşamasında tazeleme eğitimleri yapılmıştır
  - Muhtarlar (Mayıs 2005) ve tazeleme eğitimi
  - Mezarlık görevlileri (Mayıs 2005) ve tazeleme eğitimi
  - Merkezi İnceleme Komitesi (Mayıs/Haziran 2005)
- 

**Yöntemler**

---

- Katılımcı sayısı 20’yi geçmeyen eğitim grupları
  - Eğitim için yeterli zamanın sağlanması
  - Uygun toplantı yerlerinin seçimi
  - Eğitimcilerin eğitimi
  - Katılımcı yöntemlerin kullanılması (küçük gruplar halinde uygulamalı örneklerin yapılması)
  - Önceden hazırlanmış standart power point sunumlarının kullanımı
  - Bir ya da iki aydan sonra tazeleme eğitimleri
  - Her eğitimden sonra değerlendirme
- 

**Materyaller**

---

- Formlar ve sorukağıtları
  - Bütün formlar ve sorukağıtları için el kitapları
  - Power point olarak hazırlanmış sunumlar
  - Uygulamalı örnekler (formların/sorukağıtlarının doldurulması, “gerçek” vakaların sunumu)
  - Kadın Ölümleri Sorukağıdı’nın canlandırması (role-playing) uygulaması (Sözel Otopsi aracı)
  - Denetlenen gerçek faaliyetler (özellikle ilk aşamalarda)
  - Değerlendirme formları
- 

İK’lerinin eğitimleri il bazında tamamlandıktan sonra, Mayıs 2005’in son iki haftasında da birincil kaynakların eğitimleri İK’leri tarafından ilçe bazında yapılmıştır. Bazı oturumlar, HÜNEE koordinatörleri tarafından denetleme faaliyetleri kapsamında gözlemlenmiştir. Bazı ilçelerde, birincil kaynakların eğitimleri Haziran’ın ilk iki haftasında da devam etmiştir. 28 ilde toplam olarak 374 birincil kaynak eğitimi düzenlenmiştir. Pilot il olan Antalya’da bu eğitimler daha önceden gerçekleştirilmiştir. Birincil kaynakların yaklaşık yüzde 95’i bu oturumlar sırasında eğitilmiştir. Ancak, Doğu ve Güneydoğu Anadolu’daki bazı illerde bu oran yüzde 70-75 düzeyinde kalmış, veri toplama faaliyetleri başladıktan sonra ortalama değere ulaşmıştır.

HÜNEE koordinatörlerinin hazırladıkları raporlara istinaden birincil kaynak eğitimlerinin organizasyonu ve uygulamasına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı için iki rapor hazırlanmıştır. Bu özet raporlar Ek 11’de verilmektedir.

### 2.2.5.3 Denetleme Faaliyetleri

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması kapsamında yürütülen veri toplama faaliyetlerinin denetlenmesi için saha çalışması boyunca kesintisiz olarak işleyecek bir dizi mekanizma oluşturulmuştur. HÜNEE Koordinatörleri, Merkez Proje Ekibi, İl Proje Ekibi ve İlçe Koordinatörleri, denetleme faaliyetlerinden ve veri kalitesinden sorumlu olmuştur.

**HÜNEE Koordinatörleri** düzenli olarak kendi illerine denetleme ziyaretleri yapmışlardır ve görevleri şunlardır:

- İl proje koordinatörünün hazırladığı aylık raporları gözden geçirerek ildeki veri toplama faaliyetlerini değerlendirmek,
- İl proje koordinatörünün o il için ayrılan bütçeyi kurallara uygun olarak kullanıp kullanmadığını ve ilçelere adaletli bir biçimde dağıtıp dağıtmadığını kontrol etmek,
- İl proje doktoru tarafından doldurulan sağlık kurumu kayıt inceleme formlarını kontrol etmek ve karşılaşılan her sorunu tespit etmek,
- İl proje araştırmacısı tarafından gerçekleştirilen ev görüşmelerini kontrol etmek ve karşılaşılan her sorunu tespit etmek,
- İl proje araştırmacısının veri giriş faaliyetleri ile veri giriş programının il geneli ve ilçeler için ürettiği kontrol raporlarını denetlemek,
- Denetleme ziyaretleri sonrasında hazırlanan raporlar ile modele dayalı çalışmaların sonuçlarını karşılaştırarak ilde yürütülen veri toplama faaliyetlerinin kalitesini değerlendirmek ve bunları il proje ekibine bildirmek,
- İl proje ekibi ile birlikte ilçeleri/ sağlık ocaklarını/ birincil kaynakları ziyaret ederek veri toplama sisteminde karşılaşılan sorunları tespit etmek,
- Veri akış sisteminde aksaklıklara neden olan veya veri kalitesinin korunmasına özen göstermeyen saha ekibini bildirmek,
- Sorumlu oldukları illerde yürütülen ilçe koordinatörleri ve birincil kaynak eğitimlerinin bir kısmına katılmak,
- İl proje ekibi tarafından toplanan formları, sorukağıtlarını ve veri girişi kayıtlarını Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’ne teslim etmek,
- Aylık olarak yapılan denetleme ziyaretleri sonucunda elde edilen bulgulara, saptanan sorunlara ve bunların çözüm önerilerine dayanan raporlar hazırlamak ve merkez proje ekibine sunmak.

**Merkez Proje Ekibi**, proje uzmanlarından, HÜNEE öğretim üyelerinden/ görevlilerinden ve Merkezi İnceleme Komitesi üyelerinden oluşmuştur. Bu ekip, veri toplama faaliyetlerini gözden geçirmek, araştırmanın veri kalitesini sağlamak için değerlendirmeler ve denetlemeler yapmak ve öneriler de bulunmak amacıyla il ve ilçe proje ekiplerini ziyaret etmiştir. Merkez proje ekibinin bu denetleme ziyaretleri, rutin olmaktan çok anlık ziyaretler şeklinde sahada karşılaşılan sorunları çözmek amaçlı planlanmıştır. HÜNEE koordinatörleri

gibi Merkez Proje Ekibi de aynı görev ve sorumluluklara sahiptir. Ancak bu ekibin saha çalışanları araştırma protokolüne uymadıkları takdirde, Sağlık Bakanlığı'nın onayıyla azletme yetkisi olmuştur.

**İl Proje Ekibi (İPE)** il düzeyinde yürütülen veri toplama faaliyetlerini denetlemekten ve veri kalitesi sağlamaktan sorumlu olmuştur.

**İl Proje Koordinatörü (İPK)** veri akışını denetlemiş ve veri toplama sırasında karşı karşıya kalınan sorunları tespit etmiş ve çözmeye çalışmıştır. İl proje koordinatörü zamanın bir kısmını proje kapsamında ilçe/ sağlık ocağı/ birincil kaynak ziyaretine ayırmıştır. Bunlara ek olarak, İPK ilçere aktarılan proje bütçesinin dikkatli bir şekilde kullanılmasından da sorumlu olmuştur.

**İl Proje Doktoru (İPD)** ilçelerde İK'leri tarafından doldurulan sağlık kurumu kayıt inceleme formlarını denetleyerek bunların kurallara uygun bir biçimde doldurulup doldurulmadığını kontrol etmiştir.

**İl Proje Araştırmacısı (İPA)** veri akışını, toplanana bilgilerin ve aynı zamanda proje kapsamında birincil kaynakların almış oldukları eğitimlerin kalitesini denetlemiştir. Düzenli olarak ilçe/ sağlık ocağı/ birincil kaynak ziyaretleri yapmış ve hanehalkı görüşmeleri gerçekleştirmiştir. Ek olarak, ilçelerdeki veri akışını, o ilçenin yerleşim yeri listesini kullanarak takip etmiştir. Hataların tekrarlanmasını önlemek amacıyla İl Proje Araştırmacısı, İlçe Koordinatörlerini veri girişinde yaşanan sorunlar hakkında bilgilendirmiştir. İPA, veri girişi programının ürettiği veri kalitesine ilişkin raporlardan veri toplama faaliyetleri konusunda geri bildirim almış ve bu raporları İlçe Koordinatörleri ile düzenli olarak paylaşmıştır.

**İlçe Koordinatörleri (İK)** ilçede yürütülen veri toplama faaliyetlerinin denetlenmesinden sorumludur. Ayrıca, sağlık kurumu kayıt inceleme formlarının doldurulmasından ve aynı zamanda sağlık ocaklarına ve birincil kaynaklara yapılan ziyaretlerle veri akışının sürekliliğinin sağlanmasından sorumlu olmuştur. Birincil kaynakların formları zamanında ve düzenli olarak teslim edip etmediklerini kontrol etmiş (sağlık ocaklarının desteğiyle) ve bu formların aylık olarak il proje ekibine iletilmesini sağlamıştır. Birincil kaynakların gönderdiği formların hızlı bir şekilde il proje ekibine aktarılması veri giriş sürecini kısaltmış ve üretilen raporlar doğrultusunda hızlı bir geri bildirim alınmasına yardımcı olmuştur. Bu da veri kalitesini ve sahadaki kontrolü arttırmıştır.

Merkez Proje Ekibi, HÜNEE koordinatörleri, il proje ekipleri ve ilçe koordinatörleri diğer iletişim araçlarını (telefon, faks, email gibi) da kullanarak veri kalitesinin yüksek olmasını sağlamışlardır. Ayrıca, modele dayalı çalışmalardan elde edilen yaş ve cinsiyet dağılımları kullanılarak sahada toplanan verinin kalitesine ilişkin çapraz kontroller de yapılmıştır.

#### 2.2.5.4 Veri Kalitesi Kontrolü

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması boyunca veri kalitesi kontrolü şu mekanizmalarla sağlanmıştır:

- Kadın Defin Bildirim Formu'ndaki 8. soru karar verici eleme sorusudur. Bildirilen kadın ölümünün gebeliğe bağlı olup olmadığını gösterir. Bu sorunun cevabı “evet” ise ölüm yerine göre (ev veya sağlık kuruluşu) ya ev görüşmesi ya da sağlık kurumu kayıt incelemesi yapılmıştır. Eğer “bilinmiyor” işaretlenmiş ya da herhangi bir sebepten dolayı bu soru birincil kaynak tarafından sorulamamış ise ölümün gerçekleştiği yer göre (ev veya sağlık kuruluşu) ya ev görüşmesi ya da sağlık kurumu kayıt incelemesi yapılmıştır. Bu sorunun cevabının “hayır” olması durumunda, bu önemli soruya alınan cevabın niteliğini kontrol etmek amacıyla bu vakalardan bir alt örneklem seçilerek ev görüşmesi ya da sağlık kurumu kayıt incelemesi yapılmıştır
- MDL ve KDBF'lerin bilgisayar ortamına aktarıldığı veri giriş programı, GNS-2000 verisine dayanan Veri Kalitesi Kontrol Çizelgeleri doğrultusunda veri kalitesinin değerlendirilmesine yardımcı olmuştur. Bu tablolar, beklenen ve gözlenen defin sayılarını olduğu kadar definlerin yaş ve cinsiyet dağılımlarını, sayımlardan elde edilen dağılımlarla her yerleşim yeri için karşılaştırmıştır. İlçe ve il bazında toplanan verinin kalitesi tablolar kullanılarak, karşılaştırmalar yapılarak sürekli olarak izlenmiştir.
- Veri kalitesi aynı zamanda, model hayat tabloları ile TNSA-2003 ve GNS-2000'den elde edilen veriler ile ölümlerin yaş ve cinsiyet dağılımları kullanılarak da kontrol edilmiştir. Bütün ölümler içerisindeki kadın ölümlerinin payı ve beklenen anne ölüm sayısı tahmin edilmiş ve illerden gönderilen sayısal verilerle karşılaştırılmıştır. Bunlara ek olarak, Sağlık Bakanlığı'nın il bazında düzenli olarak topladığı verilerle de karşılaştırmalar yapılmıştır.
- Diğer bir kalite kontrol yöntemi de sahadan il bazından gelen veriler ile MERNİS ve TUİK'in ölüm verilerinin karşılaştırılmasıdır. Bu karşılaştırma ancak toplam rakamlar için yapılabilmektedir. Her bir kayıt için yapılması mümkün olmamıştır. Bu noktadaki güçlük, MERNİS verisinin aile kütüğüne bağlı olup, ikamet yerine göre düzenlenmemiş olmasından kaynaklanmıştır. TUİK ölüm istatistikleri de yalnızca kentsel alanlar için toplanmıştır. Ayrıca, her iki veri kaynağı da definlere değil bildirilen ölümlere dayanmaktadır.
- Yüksek veri kalitesini muhafaza edebilmek için bir başka önlem de yukarıda bahsedilen tazeleme eğitimleri ve bilgilendirme toplantılarıdır.
- Birincil kaynakların (köy muhtarı ve belediye mezarlık görevlisi) Sağlık Bakanlığı yerine İçişleri Bakanlığı'na bağlı olmalarından dolayı İçişleri Bakanlığı'ndan gelen destek veri kalitesini yükseltmiştir. İçişleri Bakanlığı, 1 Nisan 2005 tarihinden başlayarak defin kayıtlarının köy muhtarları ve belediyeler tarafından tutulmasını zorunlu kılan bir genelge yayınlamıştır. Bu genelgenin hem veri kalitesini hem de kapsam konusunu olumlu yönde etkileyeceği beklenmiştir. Bunların yanı sıra, köylerdeki ve belediyelerdeki veri akışının daha sıkı bir biçimde kontrol edilmesi yönünde valilerden ve kaymakamlardan da destek alınmıştır.



### 2.2.5.5 Saha Sonuçları

Tablo 2.2’de yerleşim yerine ve nüfus büyüklüğüne göre kapsam yüzdeleri verilmektedir. Yerleşim yeri bazındaki kapsam yüzdeleri, 100 yerleşim yerinden 80’inin formlarını gönderdiğini göstermektedir (kentsel yerleşim yerlerinin yüzde 91’i ve kırsal yerleşim yerlerinin yüzde 79’u). Çalışmanın gereklerini asgari düzeyde yerine getiren kırsal yerleşim yerlerinin küçük olması nedeniyle, kapsam yüzdesi nüfus açısından bakıldığında çok daha yüksektir; çünkü veriler hedef nüfusun yüzde 93’ünü kapsayan yerleşim yerlerinden toplanmıştır. 12 NUTS-1 bölgesi için yerleşim yeri bazında kapsam yüzdeleri incelendiğinde, Batı Anadolu, Orta Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu tüm çabalara karşın ortalamanın altında olan bölgelerdir. Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu, yüzde 75’in üzerine çıkamamıştır. Yerleşim yerine göre bakıldığında, kentsel yerleşim yerlerinde önemli sayılabilecek bir kapsam problemi olmamıştır. Buna karşılık, kırsal yerleşim yerlerinde özellikle de Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu’da kapsam, düşük seviyelerde kalmıştır. Nüfusun kapsanması açısından kentsel alanlarda ciddi bir sorun gözlenmemiştir. Ancak kırsal alanlarda ve yine Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu’da kapsanan nüfus yüzdesi diğer bölgelere göre düşüktür.

Bazı bölgelerde ortaya çıkan kapsam sorunları, niteliksel bölümde de ifade edildiği gibi, birincil kaynakların, ilçe ve il koordinatörlerinin bir kısmının ilgisizliğinden kaynaklanmıştır. Ancak, kapsam konusu tartışılırken bu çalışmanın “örnekleme çalışması” olmaktan çok “kayıt çalışması” niteliğinde olduğunun altını çizmekte fayda vardır. UAÖA’daki örneklem yöntemi, sadece çalışmanın başında 29 ilin seçim işleminde kullanılmıştır. Bir il seçildiğinde UAÖA, o ildeki bütün yerleşim yerlerine ait mezarlık defin verisini kayıt altına almayı amaçlamıştır. Dolayısıyla, hem nüfusun hem de yerleşim yerlerinin kapsamı önemlidir; çünkü Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak yüzde 54’üne denk gelen 39 milyonluk bir nüfustan verinin toplandığını göstermektedir. Bu nedenle, UAÖA’da elde edilen veride kır-kent dağılımı açısından bir yanlılığın olmaması halinde kapsam yüzdeleri hesaba katılmaksızın analizlerin bu çalışma çerçevesinde yürütülebileceği gözlenmiştir. Defin verisi, kırsal yerleşim yerlerinin yüzde 79’undan ve kırsal nüfusun yüzde 80’inden toplanmıştır. Batı’daki cevaplama oranlarıyla karşılaştırıldığında bu yüzdelerin yeterli olmasına rağmen Türkiye’deki araştırmalarda genellikle gözlenen seviyeden düşüktür. Kırsal yerleşim yerlerinin bildirim yerlerine (sağlık ocağı, ilçe merkezi ve il merkezi) olan uzaklıkları ile bildirim yapılma derecesi arasındaki ilişki sorunlu üç il (Kütahya, Gaziantep ve Van) için analiz edilmiştir. Analiz sonuçları, yerleşim yerinin bildirim yerine olan uzaklığı ile bildirim yapılma derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur. Bu bulgu, kapsam sorunu yaşayan yerleşim yerlerinden toplanan verinin “yansız” olduğunu ve dolayısıyla da kullanılabilir olduğu göstermiştir. Kuşkusuz bildirim düzenli yapılması sadece yerleşim yerinin bildirim noktalarına olan mesafesine bağlı değildir. Yerleşim yerinin ve bildirimden sorumlu olan kişilerin özellikleri de bildirim düzenli yapılmasında etkili olabilmektedir. Bu nedenle, veri toplama sürecinde herhangi bir yanlılık olmadığı varsayılarak veriler analiz edilmiştir.

Bazı temel veri kalitesi göstergeleri Tablo 2.3’te verilmektedir. UAÖA verisinin kalitesini kontrol etmek için ilk adım KÖH’nın yaklaşık bir göstergesi olan Kaba Defin Hızının -her 1000 kişiye düşen defin sayısı- hesaplanmasıdır. UAÖA verilerinden Kaba Defin

Hızı binde 3.9 olarak hesaplanmıştır. TNSA-2003 ve GNS-2000 verileri kullanılarak yapılan teorik tahminlere göre KÖH proje illerinde binde 4 ila 6 arasında değişmektedir. Türkiye ve bir çok proje ili için UAÖA verilerinden elde edilen KÖH'nın beklenen aralıkların alt sınırına yakın olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, ölümlerin tahmin edilenden düşük olmasına ve bazı ölümlerin de olduğundan eksik gösterilmesine rağmen UAÖA'da kullanılan araştırma tasarımının defin verisini toplamakta genel olarak başarılı olduğunu göstermiştir.

Tablo 2.2 Bölgelere göre yerleşim yeri ve nüfus büyüklüğü bazında kapsam yüzdeleri						
Bölge/İl	Kapsam yüzdeleri, yerleşim yeri			Kapsam yüzdeleri, nüfus		
	Kent	Kır	Toplam	Kent	Kır	Toplam
<b>İstanbul</b>	<b>97</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>92</b>	<b>99</b>
<b>Batı Marmara</b>	<b>98</b>	<b>89</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>96</b>
	<i>Balıkesir</i>	97	88	89	100	100
	<i>Tekirdağ</i>	100	91	92	100	91
<b>Ege</b>	<b>98</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>98</b>
	<i>Aydın</i>	100	100	100	100	100
	<i>İzmir</i>	100	100	100	100	100
	<i>Kütahya</i>	87	75	75	94	73
<b>Doğu Marmara</b>	<b>98</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>99</b>	<b>91</b>	<b>97</b>
	<i>Bursa</i>	98	92	92	100	89
	<i>Sakarya</i>	97	93	93	98	93
<b>Batı Anadolu</b>	<b>90</b>	<b>76</b>	<b>77</b>	<b>99</b>	<b>80</b>	<b>97</b>
	<i>Ankara</i>	89	73	73	99	75
	<i>Karaman</i>	100	95	96	100	95
<b>Akdeniz</b>	<b>95</b>	<b>79</b>	<b>80</b>	<b>98</b>	<b>79</b>	<b>91</b>
	<i>Adana</i>	99	77	78	100	81
	<i>Burdur</i>	100	100	100	100	100
	<i>K. Maraş</i>	95	73	74	94	70
	<i>Antalya</i>	94	80	80	98	80
<b>Orta Anadolu</b>	<b>86</b>	<b>77</b>	<b>77</b>	<b>92</b>	<b>80</b>	<b>86</b>
	<i>Neveşehir</i>	100	97	97	100	99
	<i>Sivas</i>	80	75	75	90	70
<b>Batı Karadeniz</b>	<b>81</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>77</b>	<b>78</b>
	<i>Çankırı</i>	100	96	96	100	96
	<i>Tokat</i>	65	61	61	72	65
	<i>Bartın</i>	100	93	93	100	93
<b>Doğu Karadeniz</b>	<b>92</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>88</b>	<b>83</b>	<b>85</b>
	<i>Giresun</i>	97	89	89	98	86
	<i>Ordu</i>	88	77	77	82	81
<b>Kuzeydoğu Anadolu</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>88</b>	<b>80</b>	<b>84</b>
	<i>Ağrı</i>	67	71	70	64	66
	<i>Bayburt</i>	100	100	100	100	99
	<i>Erzurum</i>	93	85	85	98	87
<b>Ortadoğu Anadolu</b>	<b>80</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>94</b>	<b>67</b>	<b>82</b>
	<i>Malatya</i>	74	59	60	93	53
	<i>Van</i>	89	76	76	96	78
<b>Güneydoğu Anadolu</b>	<b>61</b>	<b>51</b>	<b>52</b>	<b>89</b>	<b>54</b>	<b>79</b>
	<i>Diyarbakır</i>	56	50	50	80	54
	<i>Batman</i>	50	72	72	90	70
	<i>G. Antep</i>	73	43	43	96	42
<b>Toplam</b>	<b>91</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>97</b>	<b>80</b>	<b>93</b>

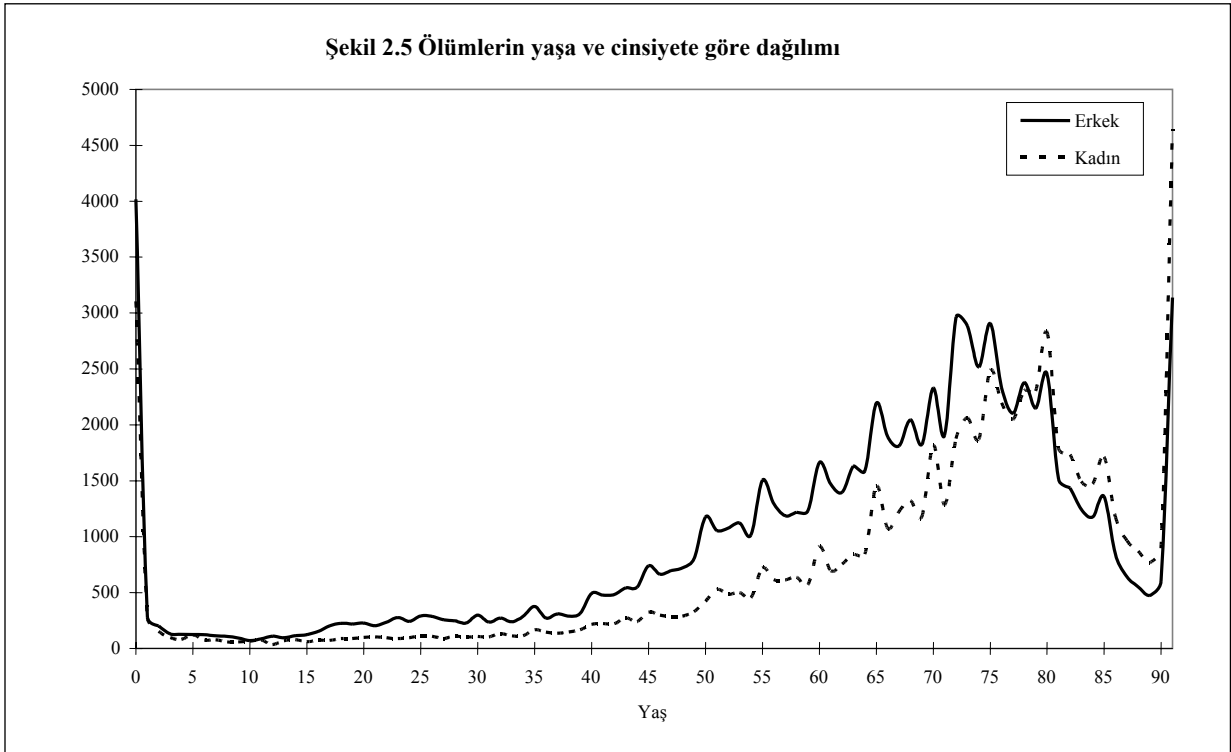
Tablo 2.3 Defin sayıları ve bazı temel veri kalitesi göstergeleri

12 Bölge	Toplam defin sayısı	Kaba Defin Hızı (binde)	Kadın definlerinin sayısı	Toplam definler içinde kadın definlerinin yüzdesi	Kadın definlerinin sayısı (12-50)	Kadın definlerinin sayısı (15-49)	Toplam definler içinde kadın definlerinin (15-49) yüzdesi	Kadın definleri içinde 15-49 yaş kadın definlerinin yüzdesi
<b>İstanbul</b>	<b>41,254</b>	<b>3.7</b>	<b>17,608</b>	<b>42.7</b>	<b>1,584</b>	<b>1,414</b>	<b>3.4</b>	<b>8.0</b>
<b>Batı Marmara</b>	<b>10,433</b>	<b>6.6</b>	<b>4,548</b>	<b>43.6</b>	<b>300</b>	<b>276</b>	<b>2.6</b>	<b>6.1</b>
<i>Balıkesir</i>	6,905	6.2	3,028	43.9	178	168	2.4	5.5
<i>Tekirdağ</i>	3,528	6.5	1,520	43.1	122	108	3.1	7.1
<b>Ege</b>	<b>25,490</b>	<b>4.9</b>	<b>10,847</b>	<b>42.6</b>	<b>828</b>	<b>753</b>	<b>3.0</b>	<b>6.9</b>
<i>Aydın</i>	5,139	5.1	2,182	42.5	174	160	3.1	7.3
<i>İzmir</i>	17,413	4.8	7,377	42.4	569	515	3.0	7.0
<i>Kütahya</i>	2,938	5.3	1,288	43.8	85	78	2.7	6.1
<b>Doğu Marmara</b>	<b>15,031</b>	<b>5.0</b>	<b>6,404</b>	<b>42.6</b>	<b>504</b>	<b>452</b>	<b>3.0</b>	<b>7.1</b>
<i>Bursa</i>	11,378	5.0	4,859	42.7	368	334	2.9	6.9
<i>Sakarya</i>	3,653	4.9	1,545	42.3	136	118	3.2	7.6
<b>Batı Anadolu</b>	<b>13,575</b>	<b>3.1</b>	<b>6,056</b>	<b>44.6</b>	<b>589</b>	<b>553</b>	<b>4.1</b>	<b>9.1</b>
<i>Ankara</i>	12,746	3.1	5,698	44.7	560	526	4.1	9.2
<i>Karaman</i>	829	3.4	358	43.2	29	27	3.3	7.5
<b>Akdeniz</b>	<b>15,327</b>	<b>3.3</b>	<b>6,527</b>	<b>42.6</b>	<b>716</b>	<b>653</b>	<b>4.3</b>	<b>10.0</b>
<i>Adana</i>	6,610	3.6	2,751	41.6	302	271	4.1	9.9
<i>Burdur</i>	1,755	6.9	798	45.5	78	72	4.1	9.0
<i>K. Maraş</i>	2,816	3.2	1,196	42.5	141	126	4.5	10.5
<i>Antalya</i>	4,146	2.4	1,782	43.0	195	184	4.4	10.3
<b>Orta Anadolu</b>	<b>4,575</b>	<b>4.9</b>	<b>1,950</b>	<b>42.6</b>	<b>174</b>	<b>159</b>	<b>3.5</b>	<b>8.2</b>
<i>Nevşehir</i>	1,694	5.3	727	42.9	75	69	4.1	9.5
<i>Sivas</i>	2,881	4.7	1,223	42.5	99	90	3.1	7.4
<b>Batı Karadeniz</b>	<b>5,268</b>	<b>5.2</b>	<b>2,355</b>	<b>44.7</b>	<b>192</b>	<b>173</b>	<b>3.3</b>	<b>7.3</b>
<i>Çankırı</i>	1,509	5.7	666	44.1	52	47	3.1	7.1
<i>Tokat</i>	2,615	4.5	1,208	46.2	90	81	3.1	6.7
<i>Bartın</i>	1,144	7.1	481	42.0	50	45	3.9	9.4
<b>Doğu Karadeniz</b>	<b>5,541</b>	<b>4.6</b>	<b>2,293</b>	<b>41.4</b>	<b>174</b>	<b>164</b>	<b>3.0</b>	<b>7.2</b>
<i>Giresun</i>	2,458	5.1	1,018	41.4	66	64	2.6	6.3
<i>Ordu</i>	3,083	4.3	1,275	41.4	108	100	3.2	7.8
<b>Kuzeydoğu Anadolu</b>	<b>4,488</b>	<b>3.3</b>	<b>1,962</b>	<b>43.7</b>	<b>219</b>	<b>195</b>	<b>4.3</b>	<b>9.9</b>
<i>Ağrı</i>	1,032	2.7	425	41.2	65	57	5.5	13.4
<i>Bayburt</i>	521	5.3	238	45.7	17	17	3.3	7.1
<i>Erzurum</i>	2,935	3.3	1,299	44.3	137	121	4.1	9.3
<b>Ortadoğu Anadolu</b>	<b>4,913</b>	<b>3.2</b>	<b>2,248</b>	<b>45.8</b>	<b>274</b>	<b>240</b>	<b>4.9</b>	<b>10.7</b>
<i>Malatya</i>	2,542	3.7	1,148	45.2	108	93	3.7	8.1
<i>Van</i>	2,371	2.7	1,100	46.4	166	147	6.2	13.4
<b>Güneydoğu Anadolu</b>	<b>7,978</b>	<b>2.5</b>	<b>3,432</b>	<b>43.0</b>	<b>447</b>	<b>408</b>	<b>5.1</b>	<b>11.9</b>
<i>Diyarbakır</i>	2,515	1.7	1,055	41.9	147	134	5.3	12.7
<i>Batman</i>	800	1.9	350	43.8	65	60	7.5	17.1
<i>G. Antep</i>	4,663	3.8	2,027	43.5	235	214	4.6	10.6
<b>Toplam</b>	<b>15,3873</b>	<b>3.9</b>	<b>6,6230</b>	<b>43.0</b>	<b>6,001</b>	<b>5,440</b>	<b>3.5</b>	<b>8.2</b>

Veri kalitesini kontrol etmenin ikinci yolu, kadın definlerinin toplam definler içindeki payına bakmaktır. Veri toplama faaliyetlerinin başlamasından önce yapılan teorik hesaplamalar, kadın definlerinin toplam definler içindeki payının yüzde 40-47 aralığında olması gerektiğine işaret etmektedir. UAÖA verileri, kadın definlerin toplam definlerin içindeki payının yüzde 43 olduğunu göstermektedir. Türkiye için bu değer beklenen aralıktadır. Bu oran bazı illerde aralığın dışında olmasına rağmen proje illerinin çoğunluğunda beklenen seviyededir.

Bir üçüncü kontrol yöntemi de 15-49 yaş kadın definlerinin toplam definler içindeki payı hesaplanarak beklenen yüzdelerle karşılaştırmaktır. UAÖA verisine göre, 15-49 yaş kadın definlerinin toplam definler içindeki payı yaklaşık yüzde 8'dir. Buna karşılık, teorik hesaplamalarla bulunan aralık ise 9 ile 15 arasında değişmektedir. Türkiye toplamı için bulunan bu değer alt limitin hemen altındadır. Proje illerinin büyük bir çoğunluğu için bu durum geçerlidir.

Bu üç kontrol mekanizmasının sonucu, UAÖA tasarımının erkek ve kadın definlerine ilişkin bilgileri toplayabildiğini göstermiştir. Ancak 15-49 yaş grubundaki kadın definlerinin eksik bildirim söz konusu olabilmektedir. Cevaplamama ve kapsam hatası için yapılan düzeltme işlemleri Bölüm 2.4'te anlatılmaktadır.



Definlerin yaş ve cinsiyet dağılımları Şekil 2.5'te gösterilmektedir. Bu grafikten, beklenenin dışında bir ölümlülük örüntüsünün olmadığı, bir başka deyişle erken yaşlardaki erkek ölümlülüğünün kadın ölümlülüğüne oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Üreme çağıında meydana gelen kadın ölümlerinin eksik bildirim söz konusu olması halinde bu örüntü

daha da belirginleşecektir. Özellikle de ileri yaş grubunda hafif düzeyde bir yaş yığılması gözlenmektedir.

Tablo 2.4, ölen kadınlar için gerekli olan Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu (SKKİF) ve/veya Kadın Ölümleri SoruKağıdı (KÖS) uygulamalarının sonuçlarını vermektedir. Bu sonuçlar, saha çalışması boyunca 15-49 yaş grubunda 5,540 kadın ölümünün tespit edildiğini göstermektedir. Sağlık kuruluşunda meydana gelen 2,417 ölümden 2,212 (yüzde 92) tanesi için UAÖA saha ekipleri, SKKİF'leri hastane kayıtları doğrultusunda başarıyla tamamlamışlardır. SKKİF'nin doldurulamamasının temel nedeni, hasta dosyalarının, özellikle de acilde meydana gelen ölümler ve adli vakalar için, bulunmasında yaşanan güçlüklerdir. Ayrıca, KÖS'ün uygulanması gereken 3,146 kadın ölümü belirlenmiş ve bunlar arasından da yüzde 85'yle görüşmeler tamamlanmıştır. KÖS'ün doldurulamamasının temel nedeni, tekrarlanan ziyaretlere karşın ölen kadının yakınlarına ulaşılammış olmasıdır. UAÖA'da ölen kadınlar için toplam cevaplama oranı yüzde 86'dır. Gebeliğe bağlı ölümler için bu oran hem SKKİF hem de KÖS için yüzde 100 seviyesindedir.

Sonuç	Gebeliğe bağlı kadın ölümleri		
	Toplam	Gebeliğe bağlı kadın ölümleri	Diğer kadın ölümleri
Tespit edilen kadın ölümleri (15-49)	5,540	178	5,362
SKKİF gerekli olan kadın ölümleri	2,417	135	2,282
SKKİF uygulanmış kadın ölümleri	2,212	135	2,077
SKKİF cevaplama oranı	91.5	100.0	91.0
KÖS gerekli olan kadın ölümleri	3,146	113	3,033
KÖS uygulanmış kadın ölümleri	2,683	113	2,570
KÖS cevaplama oranı	85.3	100.0	84.7
Toplam (SKKİF ve KÖS) cevaplama oranı	86.0	100.0	85.4

<sup>(\*)</sup> Ölen bazı kadınlar için her iki soruKağıdı birden doldurulmuştur.

Tablo 2.5 ölen kadınların ikamet yeri, ölüm yeri ve defin yerine göre yüzde dağılımı verilmektedir. İstanbul dışındaki bütün NUTS-1 bölgesi için bu yüzdeler birbirine benzerdir. Defin yerine göre ölen kadınların yüzde dağılımının, hayatta olan kadınların TNSA-2003'ten elde edilen yüzde dağılımı ile uyumlu olduğu ortaya çıkmıştır. Aslında, İstanbul'da defin edilenlerin oranı TNSA-2003'teki orana yakındır. Bu da defin yerinin ikamet yeri açısından *de jure* için değil *de facto* için iyi bir gösterge olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 2.5 Bölgelere göre ölen kadınların ikamet yeri, ölüm yeri ve defin yerinin yüzde dağılımının TNSA-2003’de görüşülen kadınların yüzde dağılımı ile karşılaştırılması

Bölge	İkamet yeri	Ölüm yeri	Defin yeri	TNSA-2003
İstanbul	6.9	11.7	13.1	18.2
Batı Marmara	4.3	3.8	4.5	4.3
Ege	14.0	15.6	14.7	14.3
Doğu Marmara	8.3	9.6	8.3	8.8
Batı Anadolu	10.1	10.7	8.6	9.7
Akdeniz	12.8	12.9	12.8	12.7
Orta Anadolu	7.3	6.2	6.5	5.8
Batı Karadeniz	7.5	7.1	8.1	6.3
Doğu Karadeniz	4.1	2.8	4.3	3.6
Kuzeydoğu Anadolu	5.1	3.9	3.8	3.0
Ortadoğu Anadolu	7.8	6.2	6.0	4.8
Güneydoğu Anadolu	11.8	9.4	9.3	8.3
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0

### 2.2.6 Kavramlar ve Tanımlar

UAÖÇ sonuçlarının uluslararası karşılaştırmalarda kullanılmasını sağlamak için, bu çalışmada WHO/ICD-10 kavramları ve tanımları kullanılmaktadır. Ancak, ulusal ve uluslararası yayınların, UNICEF/UNFPA/WHO tarafından yapılan bazı yayınlar da dahil kullandıkları tanımlar konusunda çok net olmadıkları görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarının sunulduğu tablolarda iki farklı sınıflamaya ilişkin değerlerin (gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri) kolay ayırt edilebilir olması sağlanmıştır. Metin içerisinde ise, her iki değere ait sonuçlar verilmeye çalışılmıştır. UAÖÇ’de kullanılan kavramlar ve tanımlar şunlardır:

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

*Gebeliğe bağlı ölüm<sup>1</sup>*, bir kadının gebelik süresince ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde *herhangi bir nedenle* ölmesi olarak tanımlanmaktadır.

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

*Doğrudan anne ölümleri*, ‘gebelik durumunda (gebelik boyunca, doğumda ve lohusalık döneminde) yapılan müdahaleler, ihmaller, yanlış verilen bakım hizmeti ya da yukarıda sözü geçen olaylar zinciri sonucunda meydana gelen obstetrik komplikasyonlar’ olarak tanımlanmaktadır.

*Dolaylı anne ölümleri*, ‘daha önceden varolan bir hastalığın veya hastalıkların gebelik sırasında gelişen ama obstetrik kaynaklı olmayan ancak gebeliğin fizyolojik etkilerinin şiddetlendirdiği’ kadın ölümleridir.

<sup>1</sup> Gebeliğe bağlı ölüm kavramı İngilizce’deki ‘pregnancy-related death’ kavramının karşılığı olarak kullanılmıştır. Bu kavramın kullanılmasının temel nedeni kullanılan kavramın Türkiye’de konu ile ilgili yapılan başka çalışmalarda da kullanılmış olmasıdır.

*Tesadüfi anne ölümleri*, gebelik, doğum veya lohusalık döneminde dolaylı veya doğrudan obstetrik kaynaklı olmayan nedenlere bağlı olarak ölen kadınları ifade etmektedir

*Anne ölüm oranı*, 100,000 canlı doğumda anne ölümlerinin sayısıdır.

$A\ddot{O}O=(\text{anne ölümlerinin sayısı}/\text{canlı doğumların sayısı})\cdot 100,000$  olarak hesaplanmaktadır..

*Anne ölüm hızı*, üreme çağındaki 100,000 kadında anne ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir.  $A\ddot{O}H=(\text{anne ölümlerinin sayısı}/\text{üreme çağındaki kadınların sayısı})\cdot 100,000$  olarak hesaplanmaktadır.

*Yaşam boyu anne ölüm riski*, üreme çağının sonuna kadar dolaysız ya da dolaylı anne ölüm nedenleriyle ölme riskidir. Yaşamboyu risk =  $(1-(1-A\ddot{O}H))^{35}$  olarak hesaplanır. AÖH, ondalık sayı olarak ifade edilmektedir.

*Gebeliğe bağlı ölüm oranı*, 100,000 canlı doğumda gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısıdır.

$GB\ddot{O}O=(\text{gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısı}/\text{canlı doğumların sayısı})\cdot 100,000$  olarak hesaplanmaktadır..

*Gebeliğe bağlı ölüm hızı*, üreme çağındaki 100,000 kadında gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısı olarak ifade edilmektedir.  $GB\ddot{O}H=(\text{gebeliğe bağlı ölümlerinin sayısı}/\text{üreme çağındaki kadınların sayısı})\cdot 100,000$  olarak hesaplanmaktadır.

*Yaşam boyu gebeliğe bağlı ölüm riski*, üreme çağının sonuna kadar gebeliğe bağlı bir nedenden dolayı ölme riskidir. Yaşam boyu risk =  $(1-(1-GB\ddot{O}H))^{35}$  olarak hesaplanır. GBÖH, ondalık sayı olarak ifade edilmektedir.

*Biomedikal risk faktörleri*, gebelik süresince varolan ve gebelik sonucunun olumsuz olma riskini artıran koşullar ve alışkanlıklardır.

*Ölü doğum*, gebeliğin 22., 24. veya 28. haftasından sonra meydana gelen fetal ölümdür. En yaygın kullanılan tanım 28. haftadır ancak ICD-10, 22 haftayı esas almıştır. Bu çalışmada ölü doğum, gebeliğin beşinci ayından sonra meydana gelen doğumlar olarak tanımlanmıştır. Bu süre yaklaşık olarak gebeliğin 22. haftasına denk gelmektedir. Bu tanım, Türkiye'deki sağlık personeli tarafından da yaygın olarak da kullanılmaktadır.

*Önlenebilir faktörler* kavramı klinik bakımın yetersizliğini ve aynı zamanda da altta yatan bazı faktörler nedeniyle kadının düşük standartlarda bakım aldığını ifade etmek için kullanılmaktadır. Önlenebilir faktörler kavramından ziyade standart altı bakım kavramı tercih edilmektedir; çünkü standart altı bakımın tamamı sağlık sistemi içinde önlenememektedir. Ancak, kadına veya aileye ilişkin faktörleri anlatmak için standart altı bakım kavramının da kullanılması uygun değildir. Sağlık kuruluşu, sağlık ekibi ile kadın veya ailesinden kaynaklanan unsurlar için önlenebilir faktörler kavramı kullanılmaktadır. Buna karşılık, standart altı bakım kavramı sağlık kuruluşuna ve sağlık ekibine bağlı unsurları içermektedir. Bu çalışmada, birden fazla önlenebilir faktörünün veya standart altı bakım etkeninin ölüme katkıda bulunabileceği olasılığı göz önünde bulundurulmuştur.

*Parite*, bu çalışmada önceki gebeliklerin sayısı (kadının ölümüne neden olan gebeliğinden önceki gebelikler) olarak ifade edilmiştir. Bir başka deyişle, gebelik sonucu dikkate alınmadan kadının 22 hafta ve sonrasındaki gebeliklerinin sayısıdır. Kadının gebeliğinin hangi aşamada olduğuna bakılmaksızın ölümüne neden olan gebelik bu çalışmada pariteye dahil edilmemiştir.

### 2.2.7 Ölüm Nedeninin Tespit Edilmesi

UAÖÇ'nda ölüm nedeni, çeşitli aşamalardan oluşan karmaşık bir süreç izlenerek belirlenmiştir. Kadın Ölümleri SoruKağıtları ve Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formları proje illerinden geldikçe, bunların ön incelemesi önce iki, iş yükünün artmasıyla birlikte daha sonra dört tıp doktoru tarafından yapılmıştır. İncelemeyi yapan her bir doktorun genel klinik geçmişi bulunmaktadır.

İlk aşamada bu kişiler, bütün kadın ölümleri arasından gebeliğe bağlı olan ölümleri (ölüm nedeninden bağımsız olarak ölümün gebelik süresince veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelmesi) soruKağıtlarını hızlı bir şekilde tarayarak ayırmışlardır. Bu inceleme sırasında iki kategori için iki farklı değerlendirme formu kullanılmıştır. Merkez Proje Ekibi, Yönlendirme Komitesi ile birlikte ICD-10'da yer alan geniş kapsamlı kategorilere göre gebeliğe bağlı olmayan ölüm nedenlerini gruplandırmaya karar vermiştir. Zamanın ve finansal kaynakların sınırlı olması genel ölüm nedenleri ile ilgili daha detaylı bir çalışmayı mümkün kılmamıştır. Dolayısıyla da bu tür ölümlerin incelenmesinde kullanılan form da kısa ve basit olarak hazırlanmıştır. Buna karşılık, gebeliğe bağlı ölümlerde, sadece son ölüm sebebini değil ölüme neden olabilecek koşulları ve risk faktörlerini de anlamak için çok daha detaylı bir çalışma içine girilmiştir.

Ön inceleme komitesi, incelemesi biten gebeliğe bağlı her ölümü proje ekip lideri-kadın-doğum ve halk sağlığı konularında deneyimi olan tıp doktorudur- ile tartışmıştır. Gebeliğe bağlı bir ölüm sağlık kuruluşunda gerçekleştiğinde sağlık kurumu kayıt incelemesine ek olarak sözel otopsinin yapılması da istenmiştir. Ölüm nedenini ve ölümün meydana geldiği koşulları daha net bir şekilde anlayabilmek amacıyla, hastane ölümlerinin üçte biri için ameliyat, epikriz ya da laboratuvar raporları gibi ek bilgiler, il ve ilçe ekiplerinden talep edilmiştir. Bir vaka ile ilgili yeterli bilgiye ulaşıldığında, o kadına ait dosya tekrardan gözden geçirilip tartışılmış ve sonra da ilk ölüm nedeni, biomedikal risk faktörleri ve gebelik bağlı ölüm nedenleri ICD-10'a göre kodlanmıştır. Ölüme katkıda bulunan standart altı bakım faktörleri ve önlenabilir faktörler tespit edildiğinde bu bilgiler de değerlendirme formuna kaydedilmiştir.

Merkezi İnceleme Komitesi üyelerine ön incelemesi yapılarak tamamlanmış olan değerlendirme formları belirli aralıklarla gönderilmiştir. Üyeler dosyaları tekrar inceledikten sonra, tartışmalı vakalar birkaç üyenin bulunduğu küçük grupların veya komitenin tamamının katıldığı toplantılarda bir kez daha görüşülmüş ve ölüm nedenine ilişkin nihai karar oy birliği ile verilmiştir.



## 2.2.8 Veri Girişi, Kodlama ve Veri Tabanının Oluşturulması

İl Sağlık Müdürlükleri'ne gönderilen MDL ve KDBF'ler, projenin temin ettiği bilgisayarlara İPA'lar tarafından girilmiştir. Microsoft Access programının altında çalışan bu yazılım, özel olarak proje için geliştirilmiştir. Program, verilerin bilgisayar ortamında tutularak saha çalışmasının ve veri kalitesinin kontrol edilmesini sağlayacak raporların üretilmesine ve bazı temel analizlerin yapılmasına olanak vermiştir.

Kadın Ölümleri SoruKağıtları ve Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formları, illerdeki görüşmeler biter bitmez Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'ne veri girişi için gönderilmiştir. Merkezde görevli olan proje personeli araştırma kapsamına giren ölen bütün kadınlara ait soruKağıtlarının sahadan gelip gelmediğini kontrol etmiştir. Kadın Ölümleri SoruKağıtları ve Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formlarındaki bilgiler, HÜNEE'de veri girişi için geliştirilmiş özel bir yazılım (PC-EDIT) kullanılarak veri girişi personeli tarafından bilgisayara aktarılmıştır. Program, verinin güvenilirliğini arttıran ve veri girişi hatalarını azaltan iç tutarlılık ve mantıksal denetimlerle birlikte atlama kontrolleri yapma özelliğindedir.

Veri girişi ve veri temizleme faaliyetlerine saha çalışması başladıktan üç ay sonra geçilmiş ve saha çalışması tamamlandıktan üç ay sonra da bitirilmiştir.

## 2.2.9 Niteliksel Çalışma

Projenin bir diğer önemli hedefi de, kadın ölümlerinin kayıt altına alınmamasının nedenlerini ortaya çıkarmak ve ölüm nedenlerine ilişkin kayıtların kalitesini iyileştirmektir. Niteliksel veri toplama faaliyetleri sınırlı bir zaman dilimi içerisinde, kayıt teftişinden, istatistik derlemesinden ve ölüm bildirim sistemlerinden sorumlu olan memurlar arasından seçilen kişilerle yapılan derinlemesine görüşmeler ve odak grup tartışmaları şeklinde yürütülmüştür. Niteliksel çalışmadan elde edilen sonuçlar, mevcut kayıt sisteminin iyileştirilmesi için öneriler geliştirme konusunda önemli bir rol oynamıştır.

Niteliksel çalışmanın projenin genel hedefleriyle de örtüşen amacı, definlerin özellikle de kadın definlerinin eksik bildirilmesinin nedenlerini ortaya çıkarmak ve varolan sistemlerin daha iyi hale getirilmesine yönelik önerileri saptamaktır.

Niteliksel araştırmanın ön çalışması Antalya'da Aralık 2004 ile Ocak 2005 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu çalışma sırasında, *muhtarlarla* bir odak grup tartışması ile belediye mezarlıklar müdürü, il sağlık müdürü, yerel yöneticiler, nüfus müdürü ve *muhtarlarla* dokuz derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bunların sonucunda da derinlemesine görüşme yönergelerinde değişiklikler yapılmıştır.

Niteliksel araştırma Haziran 2005'te başlamıştır. Bu süreçte alan koordinatörü olarak da çalışan HÜNEE araştırma görevlileri ve öğrencileri aylık ziyaretler yaparak UAÖA'nın işleyişini gözlemlemiştir. Niteliksel çalışmanın saha kısmı, niceliksel çalışmanın onuncu ayında başlamış, Mart-Mayıs 2006 döneminde iki odak grup tartışması ve 26 derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

İlk olarak, Adana, Ağrı, Ankara, Bursa, Diyarbakır, Giresun, İstanbul, İzmir ve Kütahya illerindeki İPA'lar ile odak grup çalışması yapılmıştır. Ölüm kayıt sistemi içerisindeki kişilerle bütün yıl boyunca yakın bir ilişki içinde olan il proje araştırmacılarından, ölümlerin kaydedilmesi ile ilgili tecrübelerini, çeşitli devlet kuruluşlarıyla olan iletişimlerini ve mevcut sistemin iyileştirilmesine yönelik önerilerini interaktif bir ortamda öğrenmek amaçlanmıştır. Bu dokuz ilden gelen ve farklı bölgelerde çalışan on İPA'dan projeyi değerlendirmeleri, kendi illerinde yaşadıkları tecrübeleri ve özellikle de sözel otopsi sırasında karşılaştıkları durumları anlatmaları istenmiştir. İkinci odak grup görüşmesi ise İPK, İPD ve İK'lardan (Ankara, Diyarbakır ve İzmir) oluşan 10 kişilik bir grupla bu kişilerin kayıt sistemi konusundaki algılarını, hastane kayıtları ve buradan alınan bilgilerin formlara aktarılması ile ilgili tecrübelerini anlamak üzere gerçekleştirilmiştir.

Derinlemesine görüşmeler, kayıt sisteminin nasıl ilerlediği, mevcut kayıt sisteminden sorumlu kişilerin görev ve sorumluluklarını nasıl algıladıkları, bu proje ile ilgili düşünceleri ve mevcut sistemin iyileştirilmesine yönelik önerileri hakkında bilgi edinmek amacıyla üç ilde yapılmıştır. UAÖA'nın yürütüldüğü farklı bölgelerden iki il olmak üzere Ankara ve Diyarbakır ile UAÖA kapsamında olmayan yerlerde defin kayıtlarına yönelik işleyişi görmek için de "kontrol il" olarak Kayseri seçilmiştir. Diyarbakır ve Kayseri'deki görüşmeler muhtarlar, mezarlık görevlileri ve anne ölümünün meydana geldiği aileler ile yapılmıştır. Ankara'da ise kaymakamlar yanında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇS-AP), Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü (NVİGM) ve TÜİK çalışanları ile görüşülmüştür. Derinlemesine görüşmeler, definlerin özellikle de kadın definlerinin eksik bildirilmesinin nedenlerini ortaya çıkarmak için kullanılmıştır. Bire bir görüşmeler, sahada çalışan kişiler açısından bu konunun algılanış biçiminin, sosyal yapının ve mevcut durumu yaratan süreçlerin anlaşılmasını sağlamıştır. Kayıt takip, istatistik derleme ve UAÖA'nın ölüm bildirim sistemlerinden sorumlu olan kişilerle görüşmeler yapılmıştır. Odak grup tartışmalarının ve derinlemesine görüşmelerin tarihlerini ve yerlerini gösteren liste Ek 12'de verilmektedir.

Bütün görüşmeler teybe kaydedilmiştir ve genellikle aynı gün içerisinde görüşmeci ve gözlemci tarafından çözümlenmiştir. Bu analizin ortaya koyduğu farklı ve önemli noktalar şunlardır: 'muhtarlık' kurumu, belediye sınırları içerisindeki mezarlıkların yönetimi, 'gece gömüsü' uygulamaları, mevcut defin kayıt sisteminin (MERNİS, Sağlık Bakanlığı, TÜİK) algılanışı, hastanelerde hasta kayıtlarının ve ölüm nedenleri tutulması, katılımcıların UAÖÇ'yi algılayışı.

### **2.3 Destekleyici Veri Kaynakları**

Paydadaki göstergeler, (doğum sayıları ve 15-49 yaş grubundaki kadınların sayısı) TNSA-2003 ile GNS-2000'deki ek bilgiler kullanılarak hesaplanmıştır. Bu hesaplamalara ilişkin ayrıntılar Bölüm 2.5.1.2'de verilmektedir.

#### **2.3.1 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003**

TNSA-2003 verileri, hanehalkı bazında yapılan örneklem araştırması yaklaşımı ile 10,836 hanehalkından ve 8,075 doğurganlık çağındaki kadından elde edilmiştir. Bu veriler,

doğurganlık seviyelerine ve doğurganlıktaki farklılaşmalara, kadınların özelliklerine ve anne ölümleri ile ilişkili süreç değişkenlerine ilişkin detaylı ve yüksek kaliteli bilgiyi sağlamaktadır. Bu kapsamda, ayrıca, önceki TNSA'lardaki anne-çocuk sağlığı hizmetlerinde gözlenen eğilimlere ilişkin değişkenler incelenmiştir. Yapılan ileri analizler:

- Canlı doğumların sayısına ve genel doğurganlık hızlarına ilişkin tahminlere ulaşmaya ve bunları UAÖA sonuçlarıyla birlikte kullanarak anne ölüm oranlarını ve yaşam boyu anne ölüm riskini hesaplamaya,
- Doğum yaparken hayatta kalan kadınları tanımlamaya (doğum sırasında ölen kadınlarla hayatta kalan kadınları karşılaştırmak ve anne ölümlerindeki risk faktörlerini belirlemek amaçları ile),
- Anne ölümleri ile ilişkili süreç değişkenleri kullanılarak modele dayalı tahminler yapmaya olanak sağlamıştır.

### 2.3.2 Genel Nüfus Sayımı, 2000

Türkiye'de ilk nüfus sayımı, 1927 yılında Cumhuriyet'in kuruluşundan dört yıl sonra yapılmıştır. 1935 yılı sayımından başlayarak 1990'a kadar düzenli olarak her beş yılda bir nüfus sayımı uygulaması yapılmıştır. 1990'den sonra ise nüfus sayımının sonu "0" la biten yıllarda uygulanması kanunla belirlenmiştir. 22 Ekim 2000 tarihinde gerçekleştirilen en sonuncu ve onördüncü genel nüfus sayımında Türkiye nüfusu 67.4 milyon olarak tespit edilmiştir. Sayım verileri bu çalışma için gerekli olan şu bilgilere ulaşmak için kullanılmıştır:

- Proje süresince risk altında olan tahmini doğurganlık çağındaki (15-49) kadın nüfusu
- NUTS-1 bölgelerinde ve kentsel ve kırsal alanlardaki doğumlar

GNS-2000'nde ölümler ilgili sorular, sayımdan önceki 12 aylık bir dönem için sorulmuştur. Sayımdan gelecek üreme çağındaki kadın ölümleri oranları ile bu çalışmanın verilerinin karşılaştırılması planlanmıştır ancak bu bilgiler, TÜİK tarafından düşük kaliteli olarak değerlendirildiği için yayınlanmamıştır.

### 2.4 Karşılaştırma Grubu

Doğum yaparken hayatta kalan kadınların Türkiye genelini temsil eden örneklemi, karşılaştırma grubu oluşturmak için TNSA-2003'ten elde edilmiştir. Daha önceki demografik araştırmalardan ek bilgiler de temin edilmiştir. TNSA-2003'ün örneklem tasarımı ve örneklem büyüklüğü Türkiye toplamı, kentsel ve kırsal yerleşim yerleşim yerleri ve beş demografik bölge için analiz yapılmasına imkan verecek şekilde düzenlenmiştir. TNSA-2003 12 bölge (NUTS 1) bazında da değerlendirmeler yapılmasını mümkün kılacak bir örneklem büyüklüğüne sahiptir. TNSA-2003'nin örneklem seçiminde ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı benimsenmiştir. TNSA-2003'te 10,836 hanehalkını kapsanmış ve Aralık 2003 ile Mayıs 2004 tarihleri arasında 15-49 yaş grubunda 8,075 evlenmiş kadınla görüşülmüştür. Ayrıca, araştırma tarihinden 0-59 ay önceki dönem için 4,132 canlı doğum ile ilişkili ayrıntılı bilgiler doğum tarihçesi aracılığı ile alınmıştır.

## 2.5 Veri Analiz Yöntemleri

Anne ölümlerinin seviyesini ve nedenlerini inceleyen veri analiz yöntemleri Bölüm 2.5'te verilmektedir.

### 2.5.1 Niceliksel Yöntemler

#### 2.5.1.1 Ağırlıklandırma, Cevaplamama ve Kapsam Hatası için Düzeltme Faktörleri

UAÖA'nın örneklem tasarımında, ağırlıklı, tabakalı olasılıklı örnekleme yaklaşımı kullanılmıştır. Örneklem tasarımı, ülke geneli, kırsal ve kentsel yerleşim yerleri ve 12 NUTS-1 bölgesi için tahminlerin yapılmasına imkan verecek şekilde planlanmıştır. UAÖA'nın örneklem tasarımı ile ilgili detaylı bilgi Bölüm 2.2.2'de verilmektedir. Saha çalışmasının sonunda 12-50 yaş kadın ölümleri içinde bu yaş grubundaki anne ölümlerinin oranı tespit edilmiştir. Bu verilerin ulusal bazda ve NUTS-1 bazında anne ölüm oranlarına dönüştürülmesi için gerçekleştirilen aşamalar aşağıdadır:

1. *Orantısız Olmayan Dağılım Düzeltmesi*: UAÖA kapsamındaki iller nüfus büyüklüklerine göre orantısız bir şekilde seçilmediği için birinci düzeltme işlemi örneklemin ağırlıklandırılması yoluyla yapılmıştır. Örneğin, NUTS-1 ve NUTS-2 bölgelerinin birinci bölgesini oluşturan İstanbul ili, daha çok ilin bulunduğu diğer NUTS-1 ve NUTS-2 bölgelerine oranla, hakettiğinden daha büyük bir örneklem hacmine sahip olmuştur. Orantısız olmayan dağılımın düzeltilmesi için hesaplanan ağırlıklar Tablo 2.6'da verilmektedir. Aynı işlemler, NUTS-1 bölgeleri için projekte edilen kadın (15-49) ve doğum sayılarının düzeltilmesinde de yapılmıştır.

2. *Veri Göndermeme Düzeltmesi*: Bazı yerleşim yerlerinin verilerinin her ay gönderilmemesi nedeniyle bununla ilgili olarak da düzeltme işleminin yapılması gerekmiştir. Her ildeki kentsel ve kırsal alanlar için tamamlanmış yerleşim yeri-ay bildirim oranı hesaplanmıştır. Örneğin, bir yerleşim yeri, 12 aylık veri toplama süresi içinde sadece dokuz aylık veri göndermiş ise, elde edilen ölüm sayısının ilgili yerleşim yerindeki ölümlerin yüzde 75'ini (9/12) temsil ettiği varsayılmıştır. Düzeltilmiş kent ve kır tahminlerini her il için elde etmek amacıyla yerleşim yeri bazında düzeltilmiş ölümler toplanmış ve varsayımına uygun olarak ölüm sayıları yüzde 100'e tamamlanmıştır. Çalışmada toplam olarak 58 tane veri göndermeme düzeltme faktörü hesaplanmıştır (29 ilx2 (kır-kent)). Bu faktörler de Tablo 2.6'da verilmektedir.

3. *Eksik Bildirim Düzeltmesi*: Üçüncü aşamada gönderilmiş olan ölüm verisindeki eksik bildirimler için düzeltme yapılmıştır. Bu işlem proje illerinin bütünü için hesaplanan kapsam hatasına ilişkin olarak hesaplanan düzeltme faktörünün her il için kullanılmasıyla yapılmıştır. Bu faktör, eksik bildirilen ölümleri düzelten standart bir demografik teknik (Bennet ve Horiuchi Tekniği) kullanılarak hesaplanmıştır. Eksik bildirimdeki düzeltme faktörü 1.35 olarak bulunmuştur. Bu da, yüzde 74'lük bir kapsam oranını ifade etmektedir. Bu aşamada bütün illerdeki eksik bildirim aynı düzeyde olduğu varsayılmıştır.

Tablo 2.6 İl ve yerleşim yerine göre orantısız dağılım düzeltme ağırlıkları ve veri göndermeme düzeltme faktörleri				
İl	Dağılım Düzeltmesi için Ağırlık	Veri Göndermeme Düzeltme Faktörü		
		Kent	Kır	Toplam
Adana	1.546	1.001	1.241	1.066
Ağrı	2.476	1.555	1.512	1.525
Ankara	0.806	1.010	1.334	1.063
Antalya	1.026	1.023	1.251	1.126
Aydın	2.050	1.000	1.000	1.000
Balıkesir	1.145	1.008	1.120	1.062
Burdur	1.026	1.000	1.002	1.001
Bursa	1.092	1.003	1.126	1.032
Çankırı	2.457	1.000	1.047	1.040
Diyarbakır	2.289	1.246	1.841	1.486
Erzurum	1.064	1.023	1.156	1.096
Gaziantep	1.485	1.040	2.370	1.278
Giresun	2.101	1.020	1.163	1.150
İstanbul	0.763	1.004	1.089	1.006
İzmir	0.759	1.000	1.002	1.000
Kütahya	4.515	1.061	1.369	1.286
Malatya	1.856	1.073	1.876	1.193
K. Maraş	2.646	1.065	1.431	1.230
Nevşehir	3.781	1.000	1.012	1.008
Ordu	2.101	1.227	1.240	1.238
Sakarya	2.950	1.025	1.076	1.060
Sivas	2.899	1.107	1.436	1.254
Tekirdağ	1.771	1.000	1.097	1.042
Tokat	4.228	1.380	1.545	1.496
Van	1.911	1.043	1.288	1.149
Bayburt	1.064	1.000	1.013	1.012
Karaman	8.010	1.000	1.049	1.020
Batman	3.494	1.110	1.432	1.255
Bartın	4.688	1.000	1.075	1.055

Nüfusla ilgili bilgilere bağlı olarak yaşa ve cinsiyete göre ölüm bilgisinin değerlendirilmesi ve düzeltilmesi için çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerin çoğunluğu (Preston-Coale Tekniği ve Büyüme-Denge Yöntemi), doğurganlığın hızlı bir şekilde düştüğü Türkiye için geçerli bir varsayım olmaktan uzak olan durgun nüfus varsayımına dayanmaktadır. Bennett ve Horiuchi Tekniği ise, durgun nüfus varsayımı yerine kapsamin ve yaş bildirim hatalarının iki sayım için aynı olduğu ve iki sayım arasındaki dönemde göçün etkisinin olmadığı bir nüfus yapısı varsayımında bulunmaktadır. Özellikle il düzeyinde tekniğin göç varsayımı yerine gelmeyebilir. Bu teknik, iki sayımdaki nüfusun beşli yaş gruplarına göre dağılımı ile sayımlar arasındaki dönemde kayıt altına alınmış ölümlerin dağılımına ihtiyaç duyulmaktadır (Bennett ve Horiuchi Tekniği ile ilgili daha detaylı bilgi Ek 13'te verilmektedir).

Tablo 2.7 Veri toplama faaliyetleri süresince tespit edilen kadın ölümlerinin (15-49) veri göndermeme ve eksik bildirim düzeltilmesi yapıldıktan sonraki kadın ölümlerinin ve görüşmesi yapılmış ve ağırlıklı kadın ölümlerinin bölgelere göre sayıları

Bölge	Veri				Ağırlıklı kadın ölümleri sayısı
	Tespit edilen kadın ölümlerinin sayısı	göndermeme düzeltilmesinden sonra kadın ölümlerinin sayısı	Eksik bildirim düzeltilmesinden sonra kadın ölümlerinin sayısı	Görüşmesi yapılmış kadın ölümlerinin sayısı	
İstanbul	1,414	1,423	1,923	1,320	901
Batı Marmara	276	291	394	230	313
Ege	753	775	1047	679	1,012
Doğu Marmara	452	470	635	359	572
Batı Anadolu	553	587	793	483	591
Akdeniz	653	724	979	595	880
Orta Anadolu	159	182	246	128	446
Batı Karadeniz	173	218	294	144	558
Doğu Karadeniz	164	197	266	145	294
Kuzeydoğu Anadolu	195	237	320	180	264
Ortadoğu Anadolu	240	281	380	224	412
Güneydoğu Anadolu	408	548	740	309	646
Toplam	5,440	5,933	8,018	4,796	6,887

Bölüm 2.5.2.1’de, 2004 ve 2005 yılları nüfusunun yaş ve cinsiyet dağılımlarını elde etmek için yapılan projeksiyonun ayrıntıları verilmektedir. Projekte edilen nüfus verisi için Bennett ve Horiuchi Tekniği’ndeki göçün sıfır olduğu varsayımına ilişkin herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. UAÖA’nın veri toplama faaliyetleri kapsamında Haziran 2004 ile Mayıs 2006 tarihleri arasında toplanan ölümler, kayıt altına alınmış olarak kabul edilerek kullanılmıştır. Nüfusun ve ölümlerin yaş ve cinsiyet dağılımları NUTS-1 bölgesine göre gruplandıktan sonra Bennett ve Horiuchi Tekniği NUTS-1 bölgelerinin tamamı için uygulanmıştır. Bu teknik, ölüm kaydının kapsama oranını, ortanca kapsama değerini ve ortanca değere göre düzeltilmiş yaşa özel ölüm hızlarını vermektedir. Ortanca kapsama değeri bütün yaş grupları için hesaplanan bir değer olduğu için bu çalışmada üreme çağındaki kadınlar (15-49) için bu değer ayrıca hesaplanmıştır. Üreme çağındaki (15-49) kadınlar için hesaplanan ortanca değer, kadın ölüm sayılarının düzeltilmesi için kullanılmış ve beklenen kadın ölümleri sayıları tahmin edilmiştir (Tablo 2.7). SKKİF ya da KÖS doldurulan kadın ölümlerinin sayısı ile ağırlıklı kadın ölümleri sayısı da Tablo 2.7’de verilmektedir.

UAÖÇ kapsamında yapılan tüm veri analizi çalışmalarında Bölüm 2.5.1.1’de açıklanan ağırlıklandırma işlemleri uygulanmıştır. Veri analizinde kullanılan ağırlıklar ve bazı kayıp gözlemler nedeniyle tablolarda yer alan bazı değişkenlere ait kategorilerin toplamı, genel toplamdaki gözlem sayılarına eşit olmayabilir.

### 2.5.1.2 Projeksiyonlar<sup>2</sup>

UAÖA veri toplama faaliyetleri ile gebeliğe bağlı ölümler (göstergelerin paylarını) hesaplanmış ve diğer kaynaklardaki ek/destekleyici bilgilerden de göstergelerin payda kısımları (doğum sayıları ve 15-49 yaş grubundaki kadınların sayıları) elde edilmiştir. GNS-2000, TNSA-1993 ve TNSA-2003'teki bilgiler kullanılarak nüfusun projekte edilmiş yaş ve cinsiyet dağılımları ve Türkiye geneli için doğumların sayısı tahmin edilmiştir. Futures Groups International tarafından geliştirilen "Spectrum" adlı bilgisayar programı aracılığıyla bu dağılımlar ve sayılar bulunmuştur. Spectrum programı, doğurganlık, ölümlülük ve göç gibi nüfusun bileşenlerine ilişkin yapılan varsayımlar doğrultusunda bir ülke geneli için veya bölge/il bazında yaşa ve cinsiyete göre nüfus projeksiyonları yapmaktadır (Ek 14). Projeksiyonlar sırasında izlenen yol şöyledir:

Projeksiyonda ilk aşama, ham verinin hazırlanmasıdır:

- TÜİK'ten metin dosyası halinde alınan 'nüfusun yaş, yaş grupları, nüfus grupları ve cinsiyete göre dağılımları' Excel formatına dönüştürülmüştür.
- Sadece beşli yaş grupları kalacak şekilde tekli yaşlar Excel dosyalarından silinmiştir.
- Spectrum programında verinin en son girelebildiği yaş grubu 80+ olduğu için 85 yaş ve üzeri yaş grubundaki nüfus, özgün veriden bulunarak 80-84 yaş grubuna dahil edilmiştir.
- Nüfusu 2000, 2001-5000, 5001-10000'den az olan yerlerde yaşayanlar kır nüfusuna, nüfusu 10001-20000, 20001-25000, 25001-100000, 100001-300000 arasında değişen ve 300000'den fazla olan yerlerde yaşayanlar da kent nüfusuna eklenmiştir.
- Yaşı bilinmeyen nüfus, diğer yaş gruplarına orantılı bir şekilde dağıtılmıştır. Kent ve kır nüfusları için bu işlem ayrı ayrı yapılmıştır.
- Düzenlenmiş bu veriler toplanarak özgün verideki toplamlarla karşılaştırılarak kontrol edilmiştir.

İkinci aşamada, demografik bileşenlerin il bazındaki seviyesin belirlendikten sonra veriler programa girilmiştir. Veri girişi sırasında Türkiye genelinde, kent-kır ve il bazında yapılan varsayımlar şunlardır:

*Türkiye geneli:*

- Yukarıda bahsedilen verinin hazırlanması aşamalarından sonra nüfusun beşli yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı 2000 nüfus sayımından alınmıştır.
- Toplam Doğurganlık Hızı'ndaki (TDH) yıllık değişimi görmek amacıyla, TNSA-1993'deki TDH, TNSA-2003'deki değerden çıkartılarak 10'a bölünmüştür. Bu değişimin 2006 yılına kadar sabit olacağı varsayılmıştır. TNSA-2003'teki TDH, referans değer olarak alınmış ve yıllık değişim kullanılarak aradaki yıllar için değerler hesaplanmıştır.
- Doğumdaki yaşam beklentisine ilişkin değerler için TÜİK'in tahminlerine başvurulmuştur.
- Yaşa özel doğurganlık hızlarının yüzde dağılımları TNSA-2003'ten alınmış ve 2000 ile 2006 yılları arasında sabit kalacağı varsayılmıştır.

<sup>2</sup>Doğumların ve üreme çağındaki kadınların (15-49) sayılarına ilişkin projeksiyon sonuçları, Sağlık Bakanlığı'nın hedef nüfus tahminlerinden farklı olabilir.

- Net göçün sıfır olacağı varsayılmıştır.
- Doğumda cinsiyet oranı, Spectrum programının varsayımı olan 105 kabul edilmiştir.
- Model hayat tablosu olarak Batı modeli kullanılmıştır.

#### *Kır-kent düzeyi:*

- Yukarıda bahsedilen verinin hazırlanması aşamalarından sonra kent ve kır için nüfusun beşli yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı 2000 nüfus sayımından alınmıştır.
- TDH değerlerinin hesaplanmasında Türkiye geneli için de uygulanan prosedürlerin aynısı izlenmiştir. TNSA'daki kır ve kente ait değerler kullanılarak kırsal ve kentsel yerler için hesaplamalar ayrı ayrı yürütülmüştür.
- Kırsal ve kentsel alanlar için doğumdaki yaşam beklentisine ilişkin herhangi bir tahmin bulunmamaktadır. Dolayısıyla da Türkiye toplamı için belirlenen değerler kullanılmıştır.
- Kır-kent için ayrı ayrı hesaplanmış yaşa özel doğurganlık hızlarının yüzde dağılımları TNSA-2003'ten alınmış ve 2000 ile 2006 yılları arasında sabit kalacağı varsayılmıştır.
- Bu çalışmanın kır-kent tanımlarına uygun göçe ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle, TÜİK'in 1995-2000 dönemindeki "kentten köye" ve "köyden kente" göçler için mevcut verisinden faydalanılmıştır. Buradaki kent ve köy tanımları idari tanımlardır. Bu hareketler için, net göçün yaş gruplarına ve cinsiyete göre yüzde dağılımları da hesaplanmış ve Spectrum'a girilmiştir. 2000'den önceki beş yıllık dönem için 0-4 yaş grubuna ait göç sayıları TÜİK'in göç istatistiklerinde mevcut değildir. Dolayısıyla, bu yaş grubundaki göç sıfır olarak varsayılmıştır. Bu durum, 0-4 yaş grubundaki nüfusun göçün yaş dağılımında hiç bir payının olmayacağı anlamına gelmektedir.
- Doğumda cinsiyet oranı, Spectrum programının varsayımı olan 105 kabul edilmiştir.
- Kır ve kent projeksiyonları için Model hayat tablosu olarak Batı modeli kullanılmıştır.

#### *İl düzeyi:*

- Yukarıda bahsedilen verinin hazırlanması aşamalarından sonra kent ve kır için nüfusun beşli yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı 2000 nüfus sayımından alınmıştır.
- Referans yılı 2000 olmak üzere, TÜİK'in iller için belirlemiş olduğu TDH'ları kullanılmıştır. Yıllık TDH değişimi olarak kullanılmak üzere TNSA'daki her beş bölge için 1993'teki TDH ile 2003'teki TDH arasındaki farkın onda biri hesaplanmıştır. Bu değişimler referans yılına eklenerek 2001-2006 dönemi için tahminler yapılmıştır. Her il için, dahil olduğu bölgenin yıllık değişim değeri kullanılmıştır.
- 2000 yılındaki doğumda yaşam beklentisi 2004 Türkiye İnsani Gelişme Raporu'ndan alınmıştır. Artışların, TÜİK'in Türkiye için varsaydığı ile aynı olduğu kabul edilmiştir. Söz konusu raporda, Tekirdağ iline ait kadın ve erkekler için ayrı ayrı doğumda yaşam beklentisi değerleri mevcut değildir. Bu nedenle, Tekirdağ ili için iki komşu ilin, Edirne ve Kırklareli, kadın ve erkekler için varolan değerlerinin ortalamasından faydalanılmıştır.
- Beş bölge için ayrı ayrı hesaplanmış yaşa özel doğurganlık hızlarının yüzde dağılımı TNSA-2003'ten alınmış ve 2000 ile 2006 yılları arasında sabit kalacağı varsayılmıştır. Her il için, dahil olduğu bölgenin yaşa özel doğurganlık hızı kullanılmıştır.
- TÜİK verilerinden 1995 ile 2000 yılları arasındaki net göçün beşte biri her il için hesaplanmış ve sonraki yıllar için sabit kalacağı varsayılmıştır. 77 il için net göçün yaş gruplarına ve cinsiyete göre yüzde dağılımı da hesaplanarak Spectrum'a girilmiştir. Net



göç değeri, il içerisinde yerleşim yerine göre gerçekleşen iç ve dış göçün farkı alınarak bulunmuştur. Bu hesaplamalara il içi hareketlilik dahil edilmemiştir.

- Bu dönem içerisinde 4 ilde net göç çok düşük çıkmıştır: Edirne, Iğdır, Niğde, Şırnak. Bu durum da göçün yüzde dağılımının hesaplanmasında soruna neden olmuştur. Yaş grupları için pozitif veya negatif net göç değerleri olabileceğinden bir yaş grubuna ait yüzdenin mutlak değeri 100'den büyük olabilir. Spectrum sadece -999 ile 999 arasındaki değerleri kabul etmektedir. Toplam net göçün çok düşük olduğu bu dört ilde sözü edilen mutlak değerlerin bazıları 1000 ve üzerinde çıkmıştır. Bu illerin cinsiyete göre yaş yüzde dağılımlarını Spectrum'a girmek mümkün olmadığı için bu iller için komşu illerin göç yapısı kullanılmıştır. Beş yaşın altındaki nüfus için göç verisi olmadığından net göçün sıfır olduğu varsayılmıştır.
- Doğumda cinsiyet oranı, Spectrum programının varsayımı olan 105 kabul edilmiştir.
- 73 ilin kentsel nüfus yüzdeleri, 1990 ve 2000 sayımlarından hesaplanmıştır. 1990 ve 2000 sayımlarındaki yüzdelerin farkının onda biri alınarak yıllık değişim değerine ulaşılmıştır. 2000 yılına ait değerler referans değeri kabul edilerek yıllık değişimler 2006 yılına kadar eklenmiştir. 1990 sayımında henüz il olmayan sekiz il için farklı bir yöntem kullanılmıştır: Bu illerdeki yıllık değişim Türkiye'nin 1990 ve 2000'deki kentsel yüzdelerinden hesaplanmıştır. Bu hesaplamalarda referans değer olarak illerin 2000 yılındaki değeri alınmıştır.
- Doğu bölgesi içerisinde yer alan iller için Doğu modeli hayat tablosu, diğer dört bölgenin tamamı için de Batı modeli hayat tablosu kullanılmıştır.

Son aşamada, kır-kent ve il bazındaki projeksiyonların ülke toplamı için yapılanlarla uyumlu hale getirmek için düzeltme işlemleri yapılmıştır. Türkiye toplamının, kırsal ve kentsel alanların ve 81 ilin projeksiyonları ayrı ayrı yapıldığı için projekte edilmiş kır ve kent nüfusunun toplamı, Türkiye geneli için projekte edilen nüfusu vermemiştir. Aynı durum, 81 ilin toplamı için de geçerli olmuştur. Dolayısıyla da bu üç grup için bulunan nüfusların, Türkiye projeksiyonlarının yaş ve cinsiyet dağılımı açısından doğru olduğu varsayılarak, Türkiye toplamına eşitlenmesi için düzeltmeler yapılması gerekmiştir.

Bunun için, tek tek yapılan projeksiyonlarda cinsiyete göre sınıflandırılmış beşli yaş gruplarının tamamının toplamından bunların oranları bulunmuştur. Cinsiyete göre sınıflandırılmış bütün yaş grupları için bu oranlar sabit tutulmuş ve düzeltilmiş nüfus projesiyonlarına ulaşmak için bu oranlar, Türkiye geneli için yapılan projeksiyondaki ilgili cinsiyet ve yaş gruplarındaki nüfuslar ile çarpılmıştır. Bu işlemler her yıl için ayrı ayrı yapılmıştır. Örneğin, belli bir yıldaki kır ve kent nüfusunu düzeltmek için Türkiye'nin toplam nüfusunu vermesi amacıyla o yıla denk gelen projekte edilmiş kır ve kent nüfusları yaşa ve cinsiyete göre toplanmıştır. Kentteki 0-4 yaş grubundaki erkek nüfusunun oranı, bu yaş grubundaki nüfusun gene bu yaş grubundaki kır-kent toplamına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Elde edilen bu oran da Türkiye geneli için yapılmış projeksiyondaki 0-4 yaş grubu erkek nüfusla çarpılmıştır. Böylece, kentteki 0-4 yaş grubundaki erkekler için düzeltilmiş nüfusa ulaşılmıştır. Bu işlemler bütün yaş gruplarında kadın ve erkekler için yapılmıştır. Verilerin Excel'den Spectrum'a ve projeksiyonlar yapıldıktan sonra tekrardan Excel'e kopyalanmasında sayıların yuvarlanması ile ilgili sorunlar ortaya çıkmıştır. Spectrum'un yaşa ve cinsiyete özel projesiyonlarında nüfusların yaşa ve cinsiyete göre gerçek toplam değeri, Spectrum'un kendi hesapladığı toplam değerlerden farklı çıkmıştır.

Spectrum'daki toplam ile gerçek toplam arasındaki en büyük fark kır ve kent projeksiyonlarında görülmüştür. Bu sorunu çözmek için Spectrum'da bulunan toplamlar yerine toplam değerlere ulaşmak için yaşa ve cinsiyete özel yapılan projeksiyonların toplamları, doğru olduğu varsayılarak, kullanılmıştır.

### 2.5.1.3 Diğer Düzeltmeler: İstanbul Mezarlık Defin Listesi

İstanbul'da çok fazla sayıda ölümün meydana gelmesinden ve Büyükşehir Belediyesi'nin mezarlık verisini bilgisayar ortamında tutmasından dolayı mezarlık verisinin toplanmasında diğer illerde kullanılan mezarlık defin listesi yönteminden daha farklı bir yöntem uygulanmıştır. Bu durum, iki konuda soruna neden olmuştur: a) tekrarlanan kayıtların elenmesi ve b) ölü doğumların dahil edildiği İstanbul mezarlık kayıtlarındaki bu bilgilerin ayırt edilip elenmesi.

Duplikasyonları ortadan kaldırmak için şu strateji tercih edilmiştir: Öncelikle ölüm ayı, ölüm yılı, yaş, isim ve cinsiyetleri kesin olarak tekrarlanan veriler belirlenmiştir. Daha sonra, bu verilerdeki baba adları kontrol edilmiştir. Bunlarda da kesin olarak duplikasyon (0 yaş için n=133 ile 1 yaş ve üstü için n=1,757) olduğu tespit edilirse bu kayıtlar silinmiştir yoksa aynen kalmıştır. Bunun için de iki kayıt arasındaki farkın, yalnızca ismin boş bırakılmasından, bir kayıta baba ya da mezarlık adı boş değerinde dolu olmasından kaynaklanmamış olması ve bu kayıtların ardışık (eksik giriş yapıldığı anlamına gelen) olmaması gerekmektedir. Böyle durumlarda da eksik olan kayıtlar silinmiştir (sıfır yaş için n=18 ile 1 yaş ve üstü için n=82).

Ölü doğumların tespit edilip elenmesi için ölüm yaşının 0 olması, doğum ve ölüm tarihleri varsa ölüm yaşını 0 günlük (yaklaşık 20 vakada doğumdan bir ya da iki gün önce meydana gelen ölüm için ölüm yaşı eksi olarak yazılmıştır) olması gereklidir. Bu kapsamda, ölüm nedeni intrauterin fetal ölüm ya da düşük olarak belirtilmiş ise ölen bebeğin ismine bakılmaksızın bu vaka, ölü doğum kabul edilmiştir. Ölüm nedeninin boş bırakıldığı durumlarda bebeğin adı kriter olarak alınmıştır. İsim kısmına *sessiz, ölü doğum*, ya da *cenin* yazılanlar ölü doğum olarak varsayılmış, bu kısma bebeğin adı, *bebek* veya *sesli* yazılmışsa da canlı doğum kabul edilmiştir. *Adli vaka, anensefali, anhidroandroz, dekolman plasenta, düşük, EMR, fetal aromalı, immaturite, prematurite, plasental yetmezlik, solunum yetmezliği* gibi bazı ölüm nedenleri için de isim kısmına *sessiz, ölü doğum*, ya da *cenin* yazılanlar ölü doğum olarak varsayılmış, bu kısma bebeğin adı, *bebek* veya *sesli* yazılmışsa da canlı doğum kabul edilmiştir. Diğer tüm ölüm nedenleri için bu vakalar, ölen bebeğin ismi dikkate alınmadan canlı doğum kategorisine dahil edilmiştir.

### 2.5.1.4 Karşılaştırmalı Analizler

UAÖA ile tespit edilen ölümlerin, hem NVİGM'nün hayati kayıt sisteminden hem de Sağlık Bakanlığı sisteminden elde edilenlerle, karşılaştırmalı analizleri yapılmıştır. Bu analizler, toplam sayılar bazında ve mümkün olduğu durumlarda da kişi bazında yapılmıştır. Toplam sayılar bazında yapılan değerlendirmelerde toplam ölüm sayıları yaş, cinsiyet ve ölüm/defin yeri gibi temel özelliklere göre karşılaştırılmıştır. Kişi temelinde yapılan karşılaştırmalarda ise, UAÖÇ sistemi ile Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Bildirim

Sisteminden gelen anne ölüm sayıları ve ölüm nedenlerindeki farklılıklara, eksik bildirim düzeyine, ölüm olayının gerçekleştiği zaman ile bunların kaydedilip bildirilmesine kadar geçen süreye ilişkin karşılaştırmalar mümkün olduğunca yapılmaya çalışılmıştır. Karşılaştırma yapmak amacıyla farklı sistemlerdeki verilerin incelenmesinde birtakım sorunlar yaşanmıştır: a) Türkiye’de nüfus cüzdanı olmayan ve kayıt altına alınmamış kadınlar bulunmasına rağmen NVİGM (ölümlerin kaydedildiği resmi kurum) ve kayıt sistemi içerisindeki diğer kurumlar, hayati kayıtlarda kimlik bilgisini kullanmaktadır; b) Sağlık Bakanlığı sistemiyle toplanan verilerin çok daha detaylı olması, ölen kadınların özelliklerini belirlemek konusunda yardımcı olurken diğer sistemlerde bu kadar fazla bilginin olmaması bire bir karşılaştırmaların yapılmasını mümkün kılmamaktadır; c) Her sistem kendi kodlarını kullandığı için ölen kadının ikamet yerinin belirlenmesinde zorluklar çıkabilmektedir (NVİGM aile kütüğü sistemini kullanırken, Sağlık Bakanlığı *de facto* ölüm yeri bilgisi kullanmaktadır).

Bu tür analizler, ölümlerin kaydedilmesi ve bildirilmesine yönelik farklı sistemlerdeki eksiklikleri belirlemek, mevcut sistemlerde gözden kaçırılan grupları tanımlamak ve Türkiye’deki kayıt ve bildirim konusundaki alternatif sistemlerin performanslarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### 2.5.1.5 Anne Ölümü Göstergelerinin Modele Dayalı Tahminleri

Dünya genelinde ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri konusundaki bilginin azlığı nedeniyle son yıllarda modele dayalı analizler, bu ölümlerin görülme sıklığına ilişkin önemli veri kaynakları olmuştur. Ölümlülük hesaplamaları için veri toplama faaliyetlerine ihtiyaç duyulmadan modele dayalı tahminlerin kolayca yapılabilmesi, bu tür analizleri tercih edilir hale getirmektedir. Ancak, modele dayanan çalışmaların ampirik çalışmalar olması nedeniyle bunlara dayalı olarak bir trend analizi çalışması yapılamamaktadır.

Modele dayalı anne ölümü göstergelerinin üretilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun (UNFPA) kullandığı yöntemler Stanton ve Hill tarafından geliştirilmiştir. Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH), doğurganlık hızları, doğum öncesi ve sonrası bakım gibi anne ölümlerinin seviyesiyle ilişkili süreç/ara değişkenleri ile anne ölümü göstergeleri için yapılmış regresyon analizlerine göre 1990, 1995 ve 2000 yılları için üç model oluşturulmuştur. UNICEF/UNFPA/WHO tarafından geliştirilen 2000 yılı modeli şöyledir:

$$\text{logit(PMDF)} = -7.069 + 1.158 * \ln(\text{GFR}) - 0.0133 * \text{SA} - 0.0255 * \text{HIV} + 0.399 * \text{LASSAME} - 1.077 * \text{VRComplete}$$

Bu bilgilerin büyük bir kısmı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 verilerinden temin edilebilmektedir.

Bu modellerin Türkiye’deki anne ölümlerindeki farklılıkları anlamak ve, politikacılar, yerel yöneticiler, akademisyenler ve hizmet sağlayanlar ile yapılan toplantılarda projenin başarılı bir şekilde yürütülmesini, kayıt ve bildirim sistemlerinin iyileştirilmesi için önerilen stratejilerin uygulanmasını ve sürdürülebilirliğini sağlamak konusunda bu kişilerin

sorumluluk alanlarını belirlemek açısından etkili bir araç olarak kullanılabilceği düşünülmüştür.

Projedeki veri toplama faaliyetlerinin tamamlanmasından sonra 29 ilden gelen sonuçlara göre UAÖA örnekleminde yer almayan illerdeki anne ölümü göstergelerinin tahmin edilmesi için de ileri bir model geliştirilmiştir. Bu da, NUTS-1, NUTS-2 ve NUTS-3 seviyesinde anne ölümlülüğündeki farklılıkların anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Çalışmanın sonuçları açıklanırken bu bulguların, kayıt ve bildirim sistemlerinin iyileştirilmesi için önerilen stratejilerin uygulanmasını ve sürdürülebilirliğini sağlamak konusunda politikacıların, yerel yöneticilerin, akademisyenlerin ve hizmet sağlayanların sorumluluklarının belirlenmesinde etkili ve güçlü bir araç olarak kullanılması düşünülmektedir.

Anne ölüm göstergelerinin tahmini ve bunların ülke geneline yansıtılması için UAÖÇ kapsamında üç model geliştirilmiştir. Birinci model, Birleşmiş Milletler (BM) modeline dayanmakta olup il düzeyinde anne ölümlülüğünü tahmin etmek amacıyla il bazındaki değişkenler kullanılarak geliştirilmiştir. İkinci model de ise BM değişkenlerini model üretmek için kullanılmış dolayısı ile 81 ilin tamamı için tahminlerde bulunmak amacıyla 29 ildeki verilere göre farklı alfa ve beta değerleri olan yeni bir model geliştirilmiştir. Üçüncü bir yaklaşımla geliştirilen son modelde BM modelinde kullanılan değişkenlerden farklı değişkenler kullanılmıştır. Bu değişkenler şunlardır: Sağlıklı su kullanan hanehalklarının yüzdesi, kanalizasyona bağlı tuvalet kullanan hanehalklarının yüzdesi, doğum öncesi bakım yüzdesi, sağlık kuruluşunda yapılan doğumların yüzdesi, doğumda sağlık hizmeti alan annelerin yüzdesi, son iki hafta içinde ishali olan çocukların yüzdesi, normalden zayıf olan çocukların yüzdesi, doğum kaydı olmayan 5 yaş altı çocukların yüzdesi, akraba evliliği yapan kadınların yüzdesi, gebeliği önleyici modern yöntemler kullananların yüzdesi, ölen çocukların oranı, toplam doğurganlık hızı, gayri safi üreme hızı, ortalama anne olma yaşı, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, kadınların işgücüne katılım hızı. Söz konusu üç modelin temel sonuçları Bölüm 3.4'te verilmektedir.

## 2.6 Zaman Çizelgesi: Proje Faaliyetlerinin Aşamaları

Proje hedeflerine ulaşmak için beş aşamaya dayalı bir zaman çizelgesi izlenmiştir (Tablo 2.8).

Tablo 2.8 Proje faaliyetlerinin aşamaları için zaman çizelgesi

Aşama I -	Başlangıç ve Pilot Aşaması	5 ay	Ekim 2004-Mart 2005
Aşama II -	Saha çalışmasının hazırlığı	2 ay	Ocak 2005-Mayıs 2005
Aşama III -	Veri toplama, veri gerışı ve analizi	14 ay	Haziran 2005-Temmuz 2006
Aşama IV -	Nihai Rapor	2 ay	Ağustos 2006-Eylül 2006
Aşama V -	Yayın	2 ay	Ekim 2006-Aralık 2006

## 3.1 Anne Ölümleri

### 3.1.1 Anne Ölümlerinin Seviyesi

Tablo 3.1.1’de görüldüğü gibi Türkiye geneli için hesaplanan gebeliğe bağlı ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 38.3 ( $\pm$  2.8) olarak bulunmuştur. Bu oran, orantısız olmayan dağılım ve eksik bildirim için yapılan düzeltmelerden sonra hesaplanmıştır. Gebeliğe bağlı ölüm oranı, Batı Anadolu Bölgesi’nde 100,000 canlı doğumda 12.4 ( $\pm$  5.0) ile en düşük, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde ise 100,000 canlı doğumda 93.3 ( $\pm$  17.2) ile en yüksektir. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 28.2 ( $\pm$  3.1) olan gebeliğe bağlı ölüm oranı, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000 canlı doğumda 53.7 ( $\pm$  5.5) seviyesindedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin 15-49 yaş grubundaki kadın ölümleri içindeki payı yüzde 4.3’dür. Bu oran, İstanbul’da yüzde 2.0, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde ise yüzde 13.0’dür. Gebeliğe bağlı ölüm hızı 100,000 15-49 yaş grubundaki kadın için 2.5 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu gebeliğe bağlı ölüm riski 1,142’de 1’dir. Ancak, bu değer Batı Anadolu’da 4,168’de 1’e düşerken, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’nde 322’de 1’e yükselmektedir. Sadece dolaylı ve dolaysız anne ölüm nedenleri dikkate alınarak tesadüfi nedenler dışarıda bırakılarak hesaplanan anne ölüm oranı, 100,000 canlı doğumda 28.5 ( $\pm$  2.5) seviyesindedir. Bu düşük seviye, Türkiye’de son 20 yılda anne-çocuk sağlığındaki iyileşmenin bir sonucu olarak yorumlanabilir (Tablo 3.1.2). Türkiye’de doğurganlığın yenilenme düzeyine yakın seviyede olması da kadınların daha az doğurganlık riski altına girdiklerine işaret etmektedir (100,000 kadında (15-49) 1.9). Bu nedenle de, yaşam boyu anne ölüm riski düşüktür (1,536’da 1). Anne ölümlerinin üreme çağına meydana gelen bütün ölümler içindeki payı daha önce yapılan tahminlerin de altında bulunmuştur (yüzde 3.2). Şekil 3.1.1 ve Şekil 3.1.2’de gebeliğe bağlı ölüm oranları ve anne ölüm oranları yüzde 95 güven aralığı ile birlikte verilmektedir.

UAÖÇ ile bulunan gebeliğe bağlı ölüm oranı, BM’in modelleme yaklaşımı ile Türkiye için bulunan 100,000 canlı doğumda 70 (yüzde 95 güven aralığı ile 18 ile 130 arasında değişen) tahminin yaklaşık olarak yarısıdır. Bununla birlikte, yakın zamanda Türkiye’de gerçekleştirilen büyük ölçekli ve hastane tabanlı çalışmadaki anne ölüm oranı tahmininden (100,000 canlı doğumda 49) de düşük çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2000). Bu fark, iki çalışma arasında 7 yıllık bir süre olmasından kaynaklanabileceği gibi, ölümlülüğün genellikle hastane tabanlı çalışmalarda daha yüksek tahmin edilmesinden de kaynaklanabilir. Yani, hastane temelli çalışmalarda yüksek riskli gebeliklerin yakalanması, evde gerçekleşen komplikasyonsuz doğumların ise boyutu bilinmediği için hesaplamalara dahil edilmemesi de bu farkın nedeni olabilir. Bunun yanı sıra, UAÖA tahminleri, Sağlık Bakanlığı verileriyle 2003 (100,000 canlı doğumda 11.9), 2004 (100,000 canlı doğumda 11.0) ve 2005 (100,000 canlı doğumda 15.3) yılları için yapılan tahminlerden yüksek çıkmıştır. Bu durum, UAÖÇ kapsamına sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen anne ölümlerinin de dahil edilmiş olmasının, çalışmada kullanılan sistemin genel olarak ölümleri daha iyi tespit edebilmesinin (bakınız Bölüm 3.3) ve eksik bildirim ile ilgili düzeltmelerin yapılmış olmasının bir sonucudur.

Tablo 3.1.1 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre gebeliğe bağlı ölüm göstergeleri<sup>(\*)</sup>

Bölge	Ağırlıksız		Ağırlıklı		TDH	Kadın Ölümleri (15-49)	Gebeliğe bağlı ölümler (15-49)	Anne ölümleri (15-49)	GBÖ/ KÖ	Gebeliğe bağlı ölüm oranı	%95 alt limit	%95 üst limit	Yaşam boyu risk	Gebeliğe bağlı ölüm hızı
	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı										
İstanbul	3,294,995	185,219	1,952,676	104,100	1.83	901	18	11	2.0	16.9	16.9	16.9	3,180	0.9
Batı Marmara	439,172	21,158	443,383	19,284	1.74	313	9	8	3.0	48.1	28.7	67.4	1,367	2.1
Ege	1,504,294	74,794	1,578,653	81,106	1.76	1,012	29	26	2.9	35.9	26.8	45.1	1,548	1.8
Doğu Marmara	880,759	49,580	1,013,413	52,301	2.12	572	11	11	2.0	21.7	12.5	30.9	2,549	1.1
Batı Anadolu	1,341,066	64,033	1,176,235	65,207	1.72	591	8	5	1.4	12.4	7.4	17.4	4,168	0.7
Akdeniz	1,447,204	99,268	1,550,667	101,833	2.30	880	35	26	4.0	34.7	26.8	42.6	1,254	2.3
Orta Anadolu	288,537	20,951	622,171	48,523	2.19	446	15	6	3.5	31.7	10.7	52.6	1,157	2.5
Batı Karadeniz	336,041	25,306	778,523	42,395	1.77	558	24	11	4.3	56.7	30.9	82.6	925	3.1
Doğu Karadeniz	379,313	21,486	518,999	24,609	2.02	294	17	17	5.7	68.3	41.5	95.1	883	3.2
Kuzeydoğu Anadolu	414,641	45,604	386,192	36,812	3.18	264	34	25	13.0	93.3	76.1	110.6	322	8.9
Ortadoğu Anadolu	480,260	53,818	599,469	61,557	3.07	412	34	23	8.3	55.5	40.8	70.2	502	5.7
Güneydoğu Anadolu	884,038	102,367	1,069,940	125,857	4.19	646	57	49	8.9	45.4	35.9	54.9	536	5.3
Kent	7,949,418	458,151	-	-	2.06	3,897	129	95	3.3	28.2	25.1	31.3	1,761	1.6
Kır	3,740,903	305,434	-	-	2.65	2,990	164	123	5.5	53.7	48.2	59.2	652	4.4
Toplam	11,690,321	763,585	11,690,321	763,585	2.23	6,887	293	218	4.3	38.3	35.5	41.2	1,142	2.5

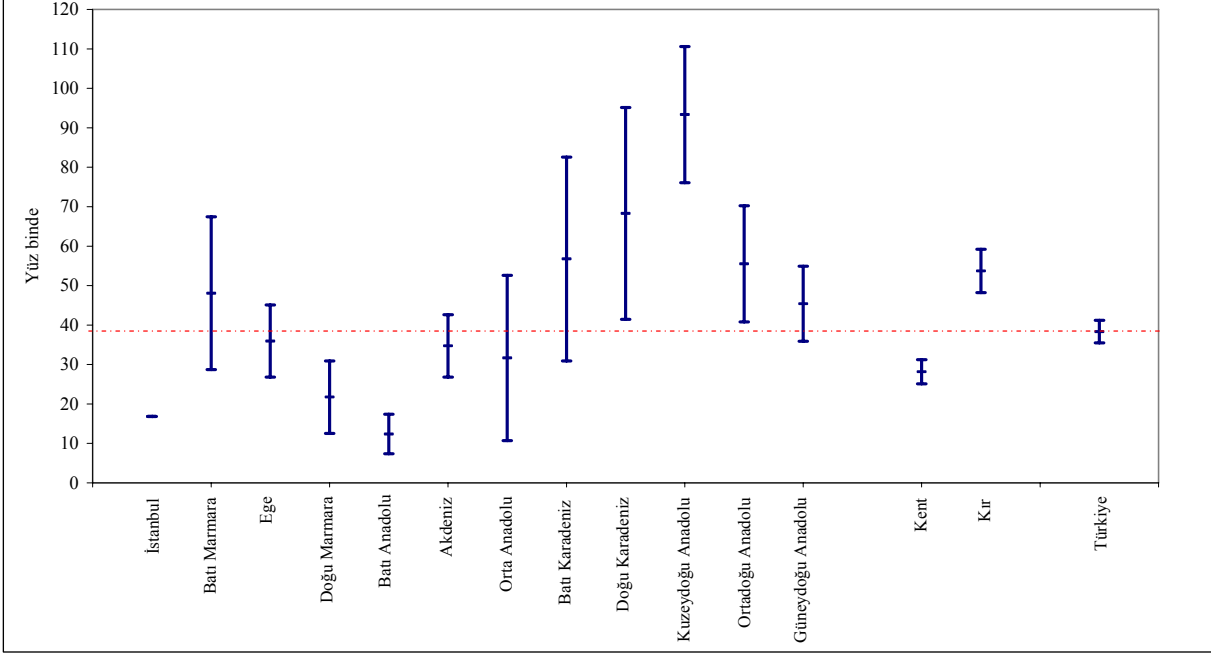
<sup>(\*)</sup>Gebeliğe bağlı ölüm göstergeleriyle ilgili tüm tanımlar ve formüller Bölüm 2.2.6'da verilmektedir.

Tablo 3.1.2 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre anne ölümü göstergeleri<sup>(\*)</sup>

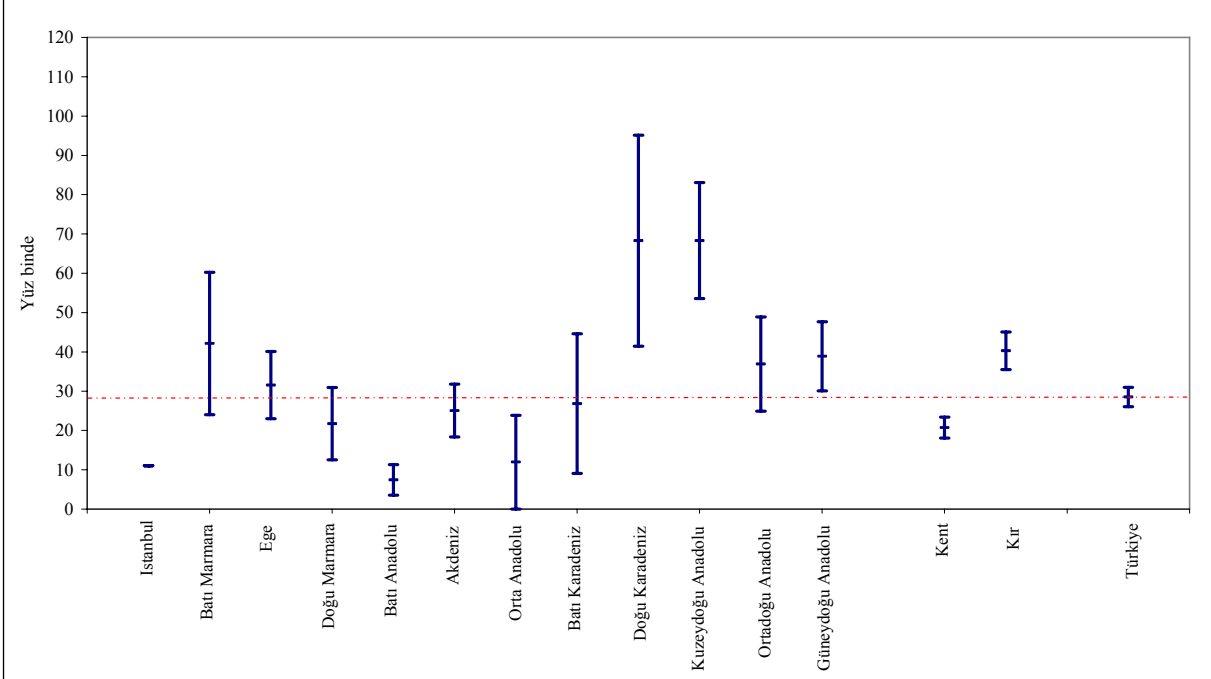
Bölge	Ağırlıksız		Ağırlıklı		TDH	Kadın Ölümleri (15-49)	Gebeliğe bağlı ölümler (15-49)	Anne ölümleri (15-49)	AÖ/ KÖ	AÖO	%95 alt limit	%95 üst limit	Yaşam boyu risk	AÖH
	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı										
İstanbul	3,294,995	185,219	1,952,676	104,100	1.83	901	18	11	1.3	11.0	11.0	11.0	4,876	0.6
Batı Marmara	439,172	21,158	443,383	19,284	1.74	313	9	8	2.6	42.1	24.0	60.3	1,560	1.8
Ege	1,504,294	74,794	1,578,653	81,106	1.76	1,012	29	26	2.5	31.5	23.0	40.1	1,764	1.6
Doğu Marmara	880,759	49,580	1,013,413	52,301	2.12	572	11	11	2.0	21.7	12.5	30.9	2,549	1.1
Batı Anadolu	1,341,066	64,033	1,176,235	65,207	1.72	591	8	5	0.8	7.4	3.5	11.3	6,947	0.4
Akdeniz	1,447,204	99,268	1,550,667	101,833	2.30	880	35	26	2.9	25.1	18.3	31.8	1,737	1.6
Orta Anadolu	288,537	20,951	622,171	48,523	2.19	446	15	6	1.3	11.9	0.0	23.7	3,067	0.9
Batı Karadeniz	336,041	25,306	778,523	42,395	1.77	558	24	11	2.0	26.8	9.1	44.6	1,956	1.5
Doğu Karadeniz	379,313	21,486	518,999	24,609	2.02	294	17	17	5.7	68.3	41.5	95.1	883	3.2
Kuzeydoğu Anadolu	414,641	45,604	386,192	36,812	3.18	264	34	25	9.5	68.3	53.6	83.1	439	6.5
Ortadoğu Anadolu	480,260	53,818	599,469	61,557	3.07	412	34	23	5.5	36.9	24.9	48.9	755	3.8
Güneydoğu Anadolu	884,038	102,367	1,069,940	125,857	4.19	646	57	49	7.6	38.9	30.1	47.7	626	4.6
Kent	7,949,418	458,151	-	-	2.06	3,897	129	95	2.4	20.7	18.1	23.4	2,391	1.2
Kır	3,740,903	305,434	-	-	2.65	2,990	164	123	4.1	40.3	35.5	45.0	869	3.3
<b>Toplam</b>	<b>11,690,321</b>	<b>763,585</b>	<b>11,690,321</b>	<b>763,585</b>	<b>2.23</b>	<b>6,887</b>	<b>293</b>	<b>218</b>	<b>3.2</b>	<b>28.5</b>	<b>26.0</b>	<b>31.0</b>	<b>1,536</b>	<b>1.9</b>

(\*) Anne ölümü göstergeleriyle ilgili tüm tanımlar ve formüller Bölüm 2.2.6'da verilmektedir.

**Şekil 3.1.1 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre gebeliğe bağlı ölüm oranları ve güven aralıkları**



**Şekil 3.1.2 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre anne ölüm oranları ve güven aralıkları**





Tablo 3.2’de Birleşmiş Milletler’in dünya geneli için yapmış olduğu anne ölümlerine ilişkin tahminler ile bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda Türkiye’deki durum verilmektedir. Türkiye gözlenen anne ölümleri seviyesinin gelişmiş bölgeler için hesaplanan anne ölüm oranından yüzde 40; yaşam boyu anne ölüm riskinden yüzde 80 daha yüksek olmasına karşın, Türkiye’de gözlenen seviyelerin gelişmekte olan bütün ülkeler için yapılan tahminlerden daha düşük olduğu görülmektedir.

Region	Anne Ölüm Oranı	Anne Ölümü Sayısı	Yaşam boyu risk
Dünya Toplamı	400	529,000	74
Gelişmiş Bölgeler	20	2,500	2,800
Avrupa	24	1,700	2,400
Gelişmekte olan Bölgeler	440	527,000	61
Afrika	830	251,000	20
Kuzey Afrika	130	4,600	210
Sahra-altı Afrika	920	247,000	16
Asya	330	253,000	94
Doğu Asya	55	11,000	840
Güney ve Orta Asya	520	207,000	46
Güneydoğu Asya	210	25,000	140
Batı Asya	190	9,800	120
Latin Amerika & Karaipler	190	22,000	160
Okyanusya	240	530	83
<b>Türkiye (Gebeliğe bağlı tüm ölümler)</b>	<b>38.3</b>	<b>520<sup>(*)</sup></b>	<b>1,142</b>
<b>Türkiye (Sadece anne ölümleri)</b>	<b>28.5</b>	<b>387<sup>(*)</sup></b>	<b>1,536</b>

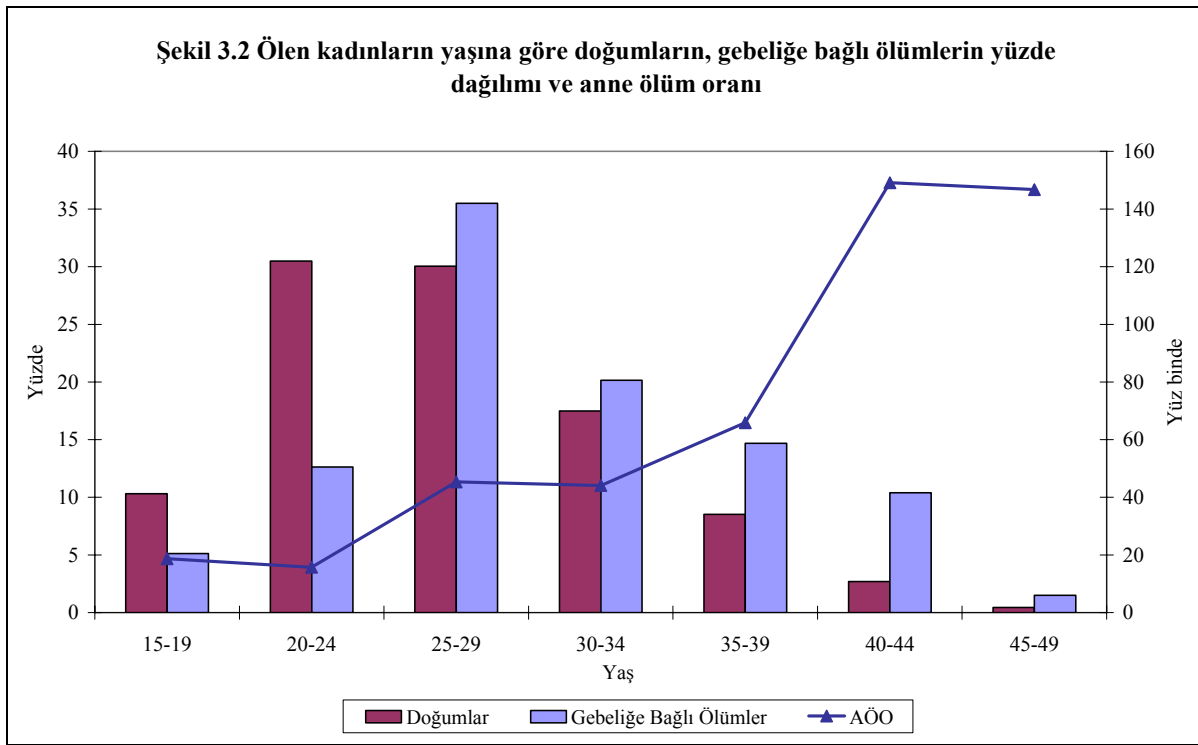
(\*)UAÖA’ndan elde edilen gebeliğe bağlı ölümlerin ve anne ölümlerinin sayısı Türkiye geneline yansıtılmıştır.

Tablo 3.3.1 ve Tablo 3.3.2’de gebeliğe bağlı ölüm ve anne ölüm göstergeleri kadınların yaşına göre verilmektedir. Tahmin edilebileceği gibi ileri yaşlardaki kadınlar arasında (40-49 yaş grubu) bu kadınların daha fazla doğumu olması nedeniyle ölüm riski yüksektir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yaş yapısında, uluslararası pek çok çalışmada “J” harfine benzeyen bir eğri ile ifade edilen ölümlülük örüntüsü gözlenmektedir. Bu örüntü, genç kadınların da ileri yaşlardaki kadınlar kadar yüksek risk altında olduğuna işaret etmektedir (Şekil 3.2). Ancak bu iki gruptaki kadınların doğum yapma ihtimali diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu için ölümlerin sayısı düşük risk grubundakiler arasında en yüksektir.

Yaş grupları	15-49 yaş grubundaki kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı	Kadın ölümleri (15-49)	Gebeliğe bağlı ölümler (15-49)	Anne ölümleri (15-49)	GBÖ/ KÖ	Gebeliğe bağlı ölüm oranı	%95 alt limit	%95 üst limit	Gebeliğe bağlı ölüm hızı
15-19	1,872,243	78,755	518	15	13	2.9	18.7	12.3	25.1	0.8
20-24	2,057,164	232,842	641	37	24	5.7	15.7	12.4	19.0	1.8
25-29	1,984,007	229,418	669	104	75	15.6	45.3	39.8	50.8	5.2
30-34	1,763,463	133,542	758	59	50	7.8	44.1	36.9	51.3	3.3
35-39	1,452,164	65,059	995	43	30	4.3	65.9	53.1	78.7	3.0
40-44	1,401,408	20,545	1,401	31	20	2.2	149.1	114.6	183.6	2.2
45-49	1,159,871	3,424	1,905	5	5	0.3	146.7	63.4	230.0	0.4
Toplam	11,690,321	763,585	6,887	293	218	4.3	38.3	35.5	41.2	2.5

Tablo 3.3.2 Ölen kadınların yaşına göre anne ölümü göstergeleri

Yaş grupları	15-49 yaş grubundaki kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı	Kadın ölümleri (15-49)	Gebeliğe bağlı ölümler (15-49)	Anne ölümleri (15-49)	AÖ/KÖ	AÖO	%95 alt limit	%95 üst limit	AÖH
15-19	1,872,243	78,755	518	15	13	2.5	16.4	10.4	22.4	0.7
20-24	2,057,164	232,842	641	37	24	3.7	10.2	7.5	12.9	1.2
25-29	1,984,007	229,418	669	104	75	11.3	32.8	28.0	37.5	3.8
30-34	1,763,463	133,542	758	59	50	6.6	37.6	30.9	44.2	2.8
35-39	1,452,164	65,059	995	43	30	3.0	46.2	35.5	57.0	2.1
40-44	1,401,408	20,545	1,401	31	20	1.5	99.6	71.4	127.8	1.5
45-49	1,159,871	3,424	1,905	5	5	0.3	146.7	63.4	230.1	0.4
Toplam	11,690,321	763,585	6,887	293	218	3.2	28.5	26.0	31.0	1.9



### 3.1.2 Gebeliğe Bağlı Ölümlerin Nedenleri

Çalışma sonuçlarının değerlendirilmesinden önce UÖAÇ'nın araştırma metodolojisinde, eğitimlerinde, veri toplama ve analizi süresince kullanılan temel kavram ve tanımları tekrarlamakta yarar bulunmaktadır. Temel kavram ve tanımlar şu şekildedir:

*Gebeliğe bağlı ölüm*, ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır.

*Anne ölümü*, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya

gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak *tesadüfi* olmayan bir nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür.

*Doğrudan anne ölüm nedenleri*, gebelikle birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik durumlara direkt olarak bağlı olan nedenlerdir. En belirgin olanlar, hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezeryan sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonlarıdır.

*Dolaylı anne ölüm nedenleri*, önceden varolan veya gebelik sırasında ortaya çıkan ve bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin şiddetlendirdiği nedenlerdir<sup>1</sup>. Örneğin, şeker hastalığı, HIV/AIDS, anemi, kalp rahatsızlığı, intihar.

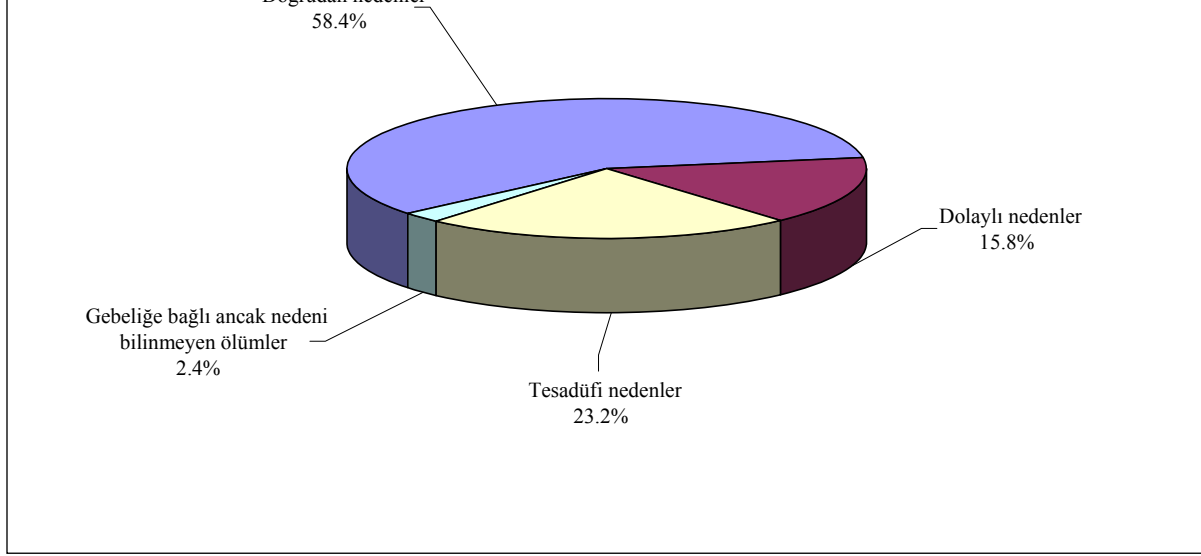
*Tesadüfi nedenler*, bir kadının gebe olmasa bile ölümüne neden olabilecek olaylar olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, trafik kazası.

*Kazalar ve tesadüfi* nedenlere bağlı ölümler, anne ölümüne yönelik hesaplamaların dışında tutulmuştur. Ancak, tesadüfi nedenler ile dolaylı anne ölümü nedenlerinin birbirinden ayırt edilmesi her zaman kolay olmamaktadır. Ölüm nedeninin belirsiz olduğu durumlarda, anne ölümlerinin tespit edilmesinde yanlışlığa yol açmamak amacıyla ICD-10'da yeni bir gösterge olarak *gebeliğe bağlı ölüm* kavramı geliştirilmiştir. Bu kavram, *ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümler* olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası yayınların kullandıkları tanımların çok net olmaması nedeniyle ve karşılaştırmanın yapılabilmesi amacıyla bu çalışmanın sonuçlarının sunulduğu tablolarda iki farklı sınıflamaya ilişkin değerler (gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri) sırasıyla verilerek bunların kolay ayırt edilebilir olması sağlanmıştır. Aynı zamanda, metin içerisinde her iki değere ait sonuçlar birlikte verilmiştir.

Şekil 3.3'de görüldüğü gibi 12 aylık veri toplama sürecinde elde edilen gebeliğe bağlı ölümler arasında anne ölümlerinin payı yüzde 74.2; tesadüfi nedenlerden ölen kadınların payı ise yüzde 23.2'dir. Geriye kalan yüzde 2.4'lük ölümün ise gebeliğe bağlı olduğu bilinmekle birlikte, ölen kadının ailesiyle sözel otopsi görüşmesi yapılamadığı için bu ölümler hakkında daha ayrıntılı bilgilere ulaşılamamıştır. Gebeliğe bağlı ölümlerinin yüzde 58.4'ü doğrudan nedenlere, yüzde 15.8'i de dolaylı nedenlere bağlıdır. Tablo 3.4, NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre kadın ölümlerinin ana kategorilere göre dağılımını vermektedir. Tablo 3.4'de de görüldüğü gibi, anne ölümlerine büyük bir kısmı tesadüfi nedenlerden kaynaklanan yüksek sayıdaki gebeliğe bağlı ölümler de eşlik etmektedir.

<sup>1</sup> UAÖA süresince intihar ile ilişkili olan bazı gebeliğe bağlı ölümler saptanmıştır. Bazı intihar vakaları doğrudan kadının gebeliği ile ilişkilidir. Örneğin, intihar vakalarının bazıları lohusalık depresyonu ve önceden varolan psikolojik bozukluklar ile ilişkilendirilmişken diğer bazı intihar vakaları ise tesadüfi ölümler altında sınıflanmıştır. Bu çalışma kapsamında tesbit edilen intihar vakalarının da anne ölümü nedenleri içinde yer alabilmesi için ICD-10 sınıflamasındaki "anne ölümleri" tanımı gebeliğin fizyolojik ve psikolojik etkilerinin her ikisini de kapsayacak biçimde yorumlanmıştır.

**Şekil 3.3 Gebeliğe bağlı ölümlerin nedenlere göre dağılımı**

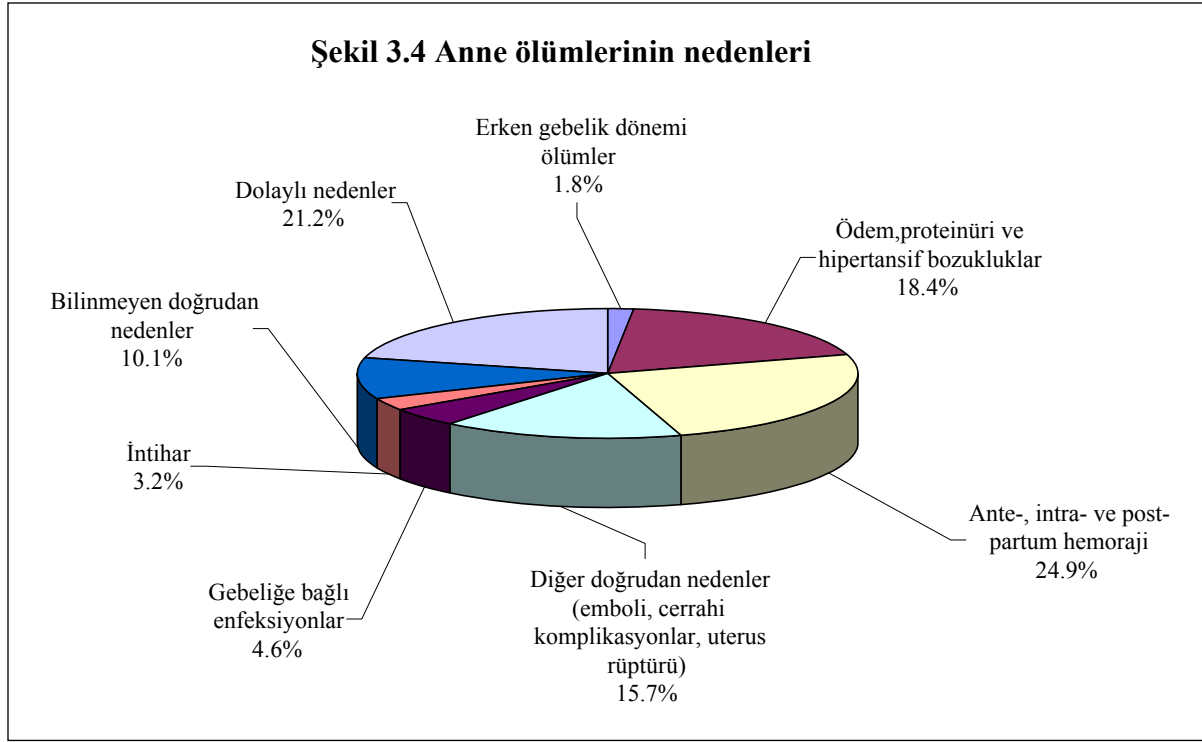


**Tablo 3.4 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre 15-49 yaş grubu kadın ölümlerinin ana kategorilerinin yüzde dağılımı**

Bölge	Diğer ölümler	Gebeliğe bağlı ölümler	Gebeliğe bağlı ölümler				Kadın ölümlerinin sayısı	
			Anne ölümleri	Doğrudan nedenler	Dolaylı nedenler	Tesadüfi nedenler		Gebeliğe bağlı belirlenememiş ölümler
İstanbul	98.0	2.0	1.3	1.1	0.2	0.5	0.2	901
Batı Marmara	97.0	3.0	2.6	1.6	1.0	0.4	0.0	313
Ege	97.1	2.9	2.5	2.1	0.4	0.4	0.0	1,012
Doğu Marmara	98.0	2.0	2.0	1.6	0.4	0.0	0.0	572
Batı Anadolu	98.6	1.4	0.8	0.3	0.3	0.6	0.0	591
Akdeniz	96.0	4.0	2.9	2.3	0.6	0.9	0.2	880
Orta Anadolu	96.5	3.5	1.3	1.3	0.0	2.2	0.0	446
Batı Karadeniz	95.7	4.3	2.0	2.0	0.0	2.3	0.0	558
Doğu Karadeniz	94.3	5.7	5.7	4.4	1.3	0.0	0.0	294
Kuzeydoğu Anadolu	87.0	13.0	9.5	8.7	0.8	2.3	1.2	264
Ortadoğu Anadolu	91.7	8.3	5.5	4.5	1.0	2.8	0.0	412
Güneydoğu Anadolu	91.1	8.9	7.6	5.0	2.6	1.3	0.0	646
Kent	96.7	3.3	2.4	1.9	0.5	0.8	0.1	3,897
Kır	94.5	5.5	4.1	3.2	0.9	1.2	0.2	2,990
Toplam	95.7	4.3	3.2	2.5	0.7	1.0	0.1	6,887

Şekil 3.4 ve Tablo 3.5’den de görülebileceği gibi anne ölümüne yol açan nedenlerin yüzde 25’i (Gebeliğe bağlı tüm ölümlerin yüzde 17’si) doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardan kaynaklanmaktadır. Obstetrik

kanamalarda her zaman için ölüm riski bulunmaktadır. Bu tür kanamalar genellikle birden bire başlar, miktarı fazladır ve durdurulması zordur. Bundan dolayı da, zamanında ve etkili bir müdahale yapılmaz ise ani ölümlere yol açabilmektedir. Şiddetli ve ani kan kaybı, şoka ve aynı zamanda sistemik kan pıhtılaşması ile bunu takip eden pıhtılaşma faktörlerinde azalmaya neden olmaktadır. Bu kanamaların bazıları, plasentanın erken ayrılması nedeniyle doğumdan önce meydana gelebilmektedir. Bu durumla ilgili olarak bu çalışmada 7 vakaya rastlanmıştır (yüzde 2.4). Intra-partum hemoraji nedeniyle gerçekleşen ölümlerin oranı da düşüktür (yüzde 0.7). Anne ölümlerinin yüzde 15.7'si post-partum hemorajiden kaynaklanmaktadır Doğum sonrası gerçekleşen bütün ölümlerin yüzde 50'sinden fazlası post-partum hemoraji sonucu ortaya çıkmıştır. Post-partum dönemdeki ilk 12 saatte meydana gelen ölümlerin üçte biri için en çok gözlenen nedenler atonik uterus ve plasentanın (tamamının veya bir kısmının) içeride kalması olarak tespit edilmiştir. Anne ölümlerinin gerçekleştiği dönemlere ilişkin ayrıntılar Tablo 3.6'da verilmektedir.



Doğrudan anne ölüm nedenleri arasında ön plana çıkan ikinci önemli neden, ödem, proteinüri, hipertansiyon ve konvülziyon ile desteklenen eklampsi olarak belirlenmiştir (anne ölümlerinin yüzde 18.4'ü; gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 13.7'si). Eklampsi önceden varolan hipertansif bozukluklara bağlı, ya da bundan bağımsız olarak ortaya çıkabilmektedir. Uzamış (post-term) gebeliklerde yaygın olarak karşılaşılan bir durum olan eklampsi, doğumdan sonraki haftalarda bile ortaya çıkabilmektedir. Eklampsi, gerekli müdahalelerin yapılmaması halinde iki gün içerisinde ölümle sonuçlanabilecek acil bir durumdur.

Tablo 3.5 Türkiye’de 15-49 yaş grubundaki gebeliğe bağlı ölümlerin doğrudan, dolaylı ve tesadüfi nedenlere göre dağılımı

Nedenler	Sayı	Kategoriler içindeki yüzde	Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzdesi	Anne ölümlerinin yüzdesi
<b>Doğrudan Nedenler</b>	<b>171</b>	<b>100.0</b>	<b>58.4</b>	<b>78.8</b>
<i>Erken Gebelik Dönemi Ölümler</i>	4	2.3	1.4	1.8
Düşük nedeniyle	1	0.6	0.3	0.5
Dış gebelik nedeniyle	3	1.8	1.0	1.4
<i>Ödem, Proteinüri ve Hipertansif Bozukluklar</i>	40	23.4	13.7	18.4
Hamilelikte belirgin proteinüri ile (gebeliğe bağlı) hipertansiyon – Pre-eklampsi	6	3.5	2.0	2.8
Hipertansiyon + Konvulziyonlu Proteinüri –Eklampsi	34	19.9	11.6	15.7
<i>Antepartum Hemoraji (APH)</i>	7	4.1	2.4	3.2
Koagülasyon kusuruyla birlikte antepartum hemoraji	1	0.6	0.3	0.5
Plasentanın erken ayrılması nedeniyle	6	3.5	2.0	2.8
<i>Intrapartum Hemoraji (IPH) (Doğum sırasında kanama)</i>	2	1.2	0.7	0.9
<i>Postpartum Hemoraji (PPH) (Doğum sonrası kanama)</i>	46	26.9	15.7	21.2
Atonik uterus nedeniyle PPH	13	7.6	4.4	6.0
Plasentanın içinde kalmış kısımları nedeniyle PPH	7	4.1	2.4	3.2
Bilinmeyen nedenlerle PPH	25	14.6	8.5	11.5
<i>Diğer nedenlere bağlı ante-, intra-, postpartum ölüm</i>	34	19.9	11.6	15.7
Uterus rüptürü	3	1.8	1.0	1.4
Anestezi komplikasyonları	2	1.2	0.7	0.9
Emboli	17	9.9	5.8	7.8
Kardiak arrest/yetmezlik	2	1.2	0.7	0.9
Obstetrik cerrahi diğer komplikasyonlar	10	5.8	3.4	4.6
<i>Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar</i>	10	5.8	3.4	4.6
Puerperal sepsis	7	4.1	2.4	3.2
Puerperal diğer enfeksiyonlar	3	1.8	1.0	1.4
<i>İntihar (doğrudan gebeliğe bağlı)</i>	7	4.1	2.4	3.2
<i>Bilinmeyen doğrudan neden(ler)</i>	22	12.9	7.5	10.1
<b>Dolaylı Nedenler</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>15.7</b>	<b>21.2</b>
Kan ve kan yapan organların hastalıkları nedeniyle ölüm	2	4.3	0.7	0.9
Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölüm	22	47.8	7.5	10.1
Nörolojik bozukluklar	1	2.2	0.3	0.5
Enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar	2	4.3	0.7	0.9
Neoplasm	6	13.0	2.0	2.8
İntihar (dolaylı olarak gebeliğe bağlı)	4	8.7	1.4	1.8
Diğer ölüm nedenleri	8	17.3	2.7	3.7
<b>Tesadüfi Nedenler</b>	<b>68</b>	<b>100.0</b>	<b>23.2</b>	-
Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölüm	5	7.4	1.7	-
Nörolojik bozukluklar	1	1.5	0.3	-
Enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar	1	1.5	0.3	-
Neoplasm	2	2.9	0.7	-
Kadına yönelik cinayet	6	8.8	2.0	-
İntihar	3	4.4	1.0	-
Yaralanma	6	8.8	2.0	-
Zehirlenme	6	8.8	2.0	-
Trafik Kazası	32	47.1	10.9	-
Diğer ölüm nedenleri	7	10.3	2.4	-
<b>Gebeliğe bağlı ancak nedeni belirlenemeyen ölümler</b>	<b>7</b>	<b>100.0</b>	<b>2.4</b>	-
İntihar	1	14.3	0.3	-
Bilinmeyen ölüm nedeni	5	71.4	1.7	-
Bilgi yok	2	28.6	0.7	-
<b>Toplam</b>	<b>293</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Diğer obstetrik nedenli anne ölümlerinin oranı yüzde 15.7'dir. Bu ölümler, genellikle sezeryan sonrasında ve aynı zamanda anestezi ve cerrahi işlemlere bağlı olarak kalbin, akciğerlerin ya da beynin fonksiyonlarını yerine getirememesi sonucu gelişen emboliden (yüzde 7.8) kaynaklanmaktadır. Zor doğumlarda müdahalenin geç yapılması nedeniyle ortaya çıkan uterus rüptürünün anne ölümleri içindeki payı yüzde 1.4'tür. Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar, yoğun olarak puerperal sepsis, anne ölümlerinin yüzde 4.6'sına neden olmaktadır. Kadınların yüzde 1.8'i de septik abortus ya da ektopik (dış) gebelik nedeniyle ölmektedir. Anne ölümlerinin yüzde 10.1'i için ayrıntılı ölüm nedeni, hasta dosyalarından ve/veya ölen kadının yakınlarından detaylı bilgi alınamadığı için belirlenememiştir (bu vakalar için ölüm nedeni olarak *ICD-10*'de yer alan *O95 kodu* kullanılmıştır).

Dolaylı anne ölümleri nedenleri arasında dolaşım sistemi (kardiovasküler ve serebrovasküler) hastalıkları en büyük paya sahiptir (anne ölümlerinin yüzde 10.2'si ve gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 7.5'i).

Üreme çağındaki genel kadın ölümlerinin en temel nedeni olan dolaşım sistemi hastalıkları, aynı zamanda tesadüfi nedenlerden kaynaklanan gebeliğe bağlı ölümler arasında da önemli bir yere sahiptir (Tablo 3.5). Tesadüfi nedenlerin yaklaşık olarak üçte ikisini kazalar, özellikle de trafik kazaları oluşturmaktadır. Ayrıca, kadına yönelik cinayet de önemli ölüm nedenleri arasında bulunmaktadır.

Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 1.5'i intihardan kaynaklanmaktadır. İntihar vakalarının yarısı, doğrudan anne ölüm nedenleri arasında yer almaktadır çünkü bunlar doğum sonrası yaşanan mental rahatsızlıklar (puerperal psikoz) nedeniyle ya da istenmeyen veya gizlenen gebelikler sonucunda meydana gelmiştir. Ayrıca, tespit edilen dört vaka, gebelik öncesinde varolan depresyonun artmasına bağlı olarak intiharla sonuçlanmıştır. Bu nedenle, bu tür intihar vakaları dolaylı anne ölümü nedenleri kategorisine dahil edilmiştir. İntihar olaylarının büyük bir kısmı, ailelerin daha özenli ve dikkatli davranmış olmaları halinde önlenebilecek olaylar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların bir tanesinde kadın, ölümünden birkaç hafta önce intihar girişiminde bulunmuştur. Ayrıca, üç intihar vakası da tesadüfi nedenler arasında yer almaktadır. Bir diğer intihar vakası için ise ölümün gebelikle ilişkisi kurulmuş ancak nedeni anlaşılamamıştır.

### **3.1.3 Anne Ölümünün Gerçekleştiği Dönem ve Bebeğin/Fetüsün/Embriyonun Durumu**

Tablo 3.6'da gebeliğe bağlı ölümlerin hangi zaman dilimi içerisinde gerçekleştiğine ve çocuğun durumuna dair veriler gösterilmektedir. Annelerin yüzde 38'inde ölüm, doğumdan önceki dönemde meydana gelmektedir. Bu dönemde meydana gelen ölümlerin yarısı 22. haftadan önce, diğer yarısı da 22. haftadan sonra gerçekleşmektedir. Erken ve geç gebelik dönemi için kullanılan uluslararası bir tanım bulunmamaktadır. Geç gebelik, prematüre doğum meydana gelmesi halinde fetüsün yaşama şansının yüksek olduğu dönem olarak ifade edilmektedir. UAÖÇ'nda bu dönemi belirlemek için 22. haftanın tercih edilmesinin nedeni, Türkiye'de yaygın olarak kullanılan bir kriter olmasıdır. Ayrıca, anne karnında 22 haftadan önce gerçekleşen ölümler, embriyonun alınmasına veya anne ile birlikte ölmesine bakılmaksızın düşük olarak tanımlanmaktadır. Annenin ölümü nedeniyle 22 haftadan büyük fetüsün anne karnında kalmasına intrauterin fetal ölüm denmektedir. Ante-partum

dönemindeki ölümlerin büyük bir çoğunluğu, kazalara ve diğer dışsal faktörlere, başka bir ifade ile tesadüfi nedenlere bağlı olarak gerçekleşmektedir.

Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 9'u doğum sırasında, yüzde 54.1'i post-partum dönemde meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yüzde 20.9'u post-partum dönemin birinci gününde meydana gelmektedir. Intra-partum dönemdeki ölümler de dahil edildiğinde doğum sırasında veya sonrasında 24 saat içinde gerçekleşen gebeliğe bağlı ölümlerin seviyesi yüzde 30'a çıkmaktadır. Kentsel yerleşim yerleriyle kıyaslandığında kırsal alanlarda post-partum dönemin birinci gününde ölen kadınların oranı daha yüksektir (kent ve kır için sırası ile yüzde 12.6 ve yüzde 27.8).

Tablo 3.6 Yerleşim yerine göre gebeliğe bağlı ölümünün gerçekleştiği dönem ile bebeğin/fetüsün/embriyonun durumu

	Kent	Kır	Toplam	Sayı
<b>Anne ölümünün gerçekleştiği dönem</b>				
Ante-partum dönem	43.8	31.5	37.0	108
Erken gebelik sırasında ante-partum dönem	18.8	16.0	17.1	50
Geç gebelik sırasında ante-partum dönem	25.0	15.4	19.9	58
Intra-partum dönem	10.2	7.4	8.9	26
Post-partum dönem	46.1	61.1	54.1	158
0-2 saat	0.8	5.6	3.4	10
2-12 saat	10.2	15.4	13.0	38
12-24 saat	1.6	6.8	4.5	13
24-48 saat	7.8	1.9	4.5	13
48 saat - 1 hafta	13.3	8.0	10.3	30
> 1 hafta	12.5	23.5	18.5	54
<b>Bebeğin/fetüsün/embriyonun durumu</b>				
Canlı doğdu – halen hayatta	42.3	42.7	42.7	125
Canlı doğdu – sonra öldü	6.2	3.7	4.5	13
Ölü doğum	6.9	15.9	11.8	35
Intrauterin fetal ölüm	20.8	13.4	16.7	49
Düşük	15.4	15.9	15.7	46
Dış (ektopik) gebelik	2.3	0.0	0.9	3
Bilinmeyen	6.2	8.5	7.6	22
<b>Toplam</b>	<b>100.0</b>	<b>100.08</b>	<b>100.0</b>	<b>293</b>

Genel olarak tüm gebeliklerin yüzde 47.2'si canlı doğumla sonuçlanmıştır (Tablo 3.6). Bebeklerin yüzde 4.5'i ne yazık ki doğduktan sonra ölmüştür. Gebeliklerin yüzde 12'si ölü doğumla sonuçlanmıştır. Bununla birlikte, intra-uterin fetal ölüm yüzde 17, düşüklükler yüzde 16 ve dış gebelikler de yüzde 1 seviyesindedir. Ayrıca, vakaların yaklaşık yüzde 8'i için bebeğin durumuna ilişkin bilgi bulunmamaktadır.

Geç gebelik döneminde, bebeklerin yüzde 8.6'sı hayatta kalmış, yüzde 8.6'sı ölü doğmuş ve yaklaşık olarak yüzde 75'i rahim içinde anneye birlikte ölmüştür. Doğum sırasında ölen kadınların bebeklerinin yarısı, post-partum ölümlerde ise annenin doğumdan ne kadar sonra öldüğüne bakılmaksızın bebeklerin üçte ikisi yaşamaktadır (Tablo 3.7).



Tablo 3.7 Gebeliğe bağlı ölümün gerçekleştiği dönem ve bebeğin/fetüsün/embriyonun durumu

Annelerin öldüğü dönem	Canlı doğdu-halen hayatta	Canlı doğdu-sonra öldü	Ölü doğum	Intra-uterine fetal ölüm	Düşük	Ektopik	Bilinmeyen	Toplam
Erken gebelik sırasında ante-partum	0.0	0.0	9.3	0.0	83.3	5.6	1.9	50
Geç gebelik sırasında ante-partum	8.6	0.0	8.6	74.1	0.0	0.0	8.6	58
Intrapartum	46.2	3.8	30.8	15.4	0.0	0.0	3.8	26
Postpartum	66.7	7.7	11.5	3.8	0.0	0.0	10.3	158
Toplam	42.7	4.5	11.8	16.7	15.7	0.9	7.6	293

### 3.1.4 Doğumun ve Ölümün Gerçekleştiği Yer

Doğumun ve ölümün meydana geldiği yere ait veriler Tablo 3.8’de verilmektedir. Burada gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların hepsinin doğum yapmadığını tekrar hatırlatmakta yarar vardır. Gebeliklerin yaklaşık olarak yüzde 60’ının doğumla -canlı veya ölü doğum olarak- sonuçlandığına dair bilgi bir önceki bölümde aktarılmıştır. Evde doğum yapan annelerin oranı yüzde 18, sağlık kuruluşunda yapanların oranı ise yüzde 68’dir. Yüzde 13’ü için doğumun gerçekleştiği yer hakkında kesin bir bilgi bulunmaktadır. Sağlık evleri gibi kapsamlı obstetrik acil bakım hizmetlerinin mevcut olmadığı birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğum yapanlar çok küçük bir grubu oluşturmaktadır (yüzde 2.8). Doğumların büyük bir kısmı (gebeliğe bağlı ölen kadınların yüzde 50’si) ikinci basamak sağlık kuruluşlarında -ya devlet hastanelerinde ya da doğumevlerinde- gerçekleşmektedir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan eğitim ve üniversite hastanelerindeki doğumların payı ise yüzde 15.4’tür.

Tablo 3.8 Bakım alınan sağlık kuruluşuna göre doğum ve ölümün gerçekleştiği yer

Doğumun gerçekleştiği yer	Sayı	Yüzde
Ev	44	18.9
Birinci basamak sağlık kuruluşu	6	2.8
İkinci basamak sağlık kuruluşu	115	50.0
Üçüncü basamak sağlık kuruluşu	35	15.4
Bilinmeyen	30	12.9
Toplam	230	100.0
<b>Ölümün gerçekleştiği yer</b>		
Ev	62	21.0
Birinci basamak sağlık kuruluşu	0	0.0
İkinci basamak sağlık kuruluşu	93	31.7
Üçüncü basamak sağlık kuruluşu	83	28.3
Yolda (sağlık kuruluşuna giderken veya sevk edilirken)	30	10.4
Kaza (evin dışında)	23	7.8
Bilinmeyen	2	0.8
Toplam	293	100.0

Ölümün gerçekleştiği yer açısından bakıldığında ortaya çıkan sonuç, doğumun meydana geldiği yer için gözlenen örüntüye oldukça benzemektedir. Gebeliğe bağlı olarak ölen annelerin yüzde 21’i evde, yüzde 70’i ise sağlık kuruluşunda ölmüştür. Ancak, farklı düzeylerdeki sağlık kuruluşları arasındaki dağılım, annelerin genellikle bir üst basamakta bulunan sağlık kuruluşuna sevk edilmelerinden dolayı birbirinden farklıdır. Bu nedenle de

birinci basamak sağlık kuruluşunda ölüm meydana gelmemiştir. Kadın ölümlerinin yüzde 32'si ikinci basamakta ve yüzde 28'i üçüncü basamakta gerçekleşmiştir. Sağlık kuruluşuna giderken ya da sevk edilirken yolda meydana gelen ölümlerin payı ise yüzde 10'dur. Evin dışında gerçekleşen kazalardan ölen kadınların yüzde 8 seviyesindedir. Gebeliğe bağlı olarak gerçekleşen bu tür ölümlerin tamamı tesadüfi nedenler içinde yer almaktadır (Tablo 3.8).

### 3.1.5 Doğumun Şekli ve Komplikasyonların Yönetilmesi

Tablo 3.9'da görüldüğü gibi, doğumların yüzde 51.5'ü normal doğum ile, yüzde 48.5'i sezaryen ile ve yüzde 1'i vakum ile gerçekleştirilmiştir. UAÖÇ kapsamında ölüme neden olan gebelikten önceki gebeliklerde doğumun nasıl gerçekleştiğine ilişkin de bilgi alınmıştır. Bu doğumlarda, sezaryen oranı (yüzde 15.6), normal doğumlara (yüzde 84.4) göre oldukça düşüktür. Bu farklılık, annenin ölümüyle sonuçlanan gebeliklerin daha problemliler gebelikler olması nedeniyle beklenen bir durumdur. Ayrıca, önceki gebelikler için gözlenen sezaryen yüzdesinin TNSA-2003'de bulunan sezaryen yüzdesinden (yüzde 21.2) daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 3.9 UAÖA'daki son ve önceki doğumların ve TNSA-2003'de son beş yılda meydana gelen doğumların doğum şekline göre yüzde dağılımı

	Sezaryen ile doğum	Normal doğum	Doğum sayısı
UAÖA, son gebelik	48.5	51.5	195
UAÖA, önceki gebelik	15.6	84.4	108
TNSA-2003	21.2	78.8	4,132

Tablo 3.10 Sezaryen ile doğuma karar verme ve sezaryen ile doğumun nedenleri

Sezaryen Kararı/Nedenleri	Sayı	Yüzde
<b>Sezaryene Karar Verme</b>		
Elektif sezaryen	26	26.8
Acil durum	68	70.1
Bilinmiyor	3	3.1
<b>Toplam</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>
<b>Sezaryen Nedenleri</b>		
Fetüsün oksijensiz kalması	15	15.2
Uzamış doğum eylemi	2	2.0
Pre-eklampsi	32	32.8
Antepartum kanama	12	11.9
Önceki doğumun sezaryen ile olması	5	5.0
İkiz doğum	6	6.3
Makat geliş-bebeğin ters durması	4	4.3
Çocuk ile ilgili diğer sorunlar	7	6.9
Anne ile ilgili diğer sorunlar	9	9.1
Annenin tercihi	3	3.4
Bilinmiyor	3	3.1
<b>Toplam</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>

Sezaryene karar verme sürecine etki eden koşullara bakıldığında (Tablo 3.10), sezaryen vakalarının yüzde 70'inin eklampsi, fetüsün oksijensiz kalması ya da doğum öncesi ağır kanama gibi acil durumlar ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sezaryen nedenlerine bakıldığında, en temel nedenin yüzde 32.8 ile eklampsi olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, fetüsün oksijensiz kalması (yüzde 15.2) ve doğum öncesi kanama (yüzde 11.9) gelmektedir. Diğer nedenler arasında, ikiz doğumlar (yüzde 6.3), önceki doğumun sezaryen ile yapılmış olması (yüzde 5.0), bebeğin makattan gelmesi (yüzde 4.3), uzamış gebelik eylemi (yüzde 2.0), önceden varolan kronik hastalıklar gibi anneyle ilgili sorunlar (yüzde 9.1) ve prematüre olması gibi çocuğa bağlı sorunlar (yüzde 6.9) yer almaktadır. Sezaryenin anne tarafından tercih edilmesi nedeniyle yapıldığı durumlar ise sadece yüzde 3.4 seviyesindedir.

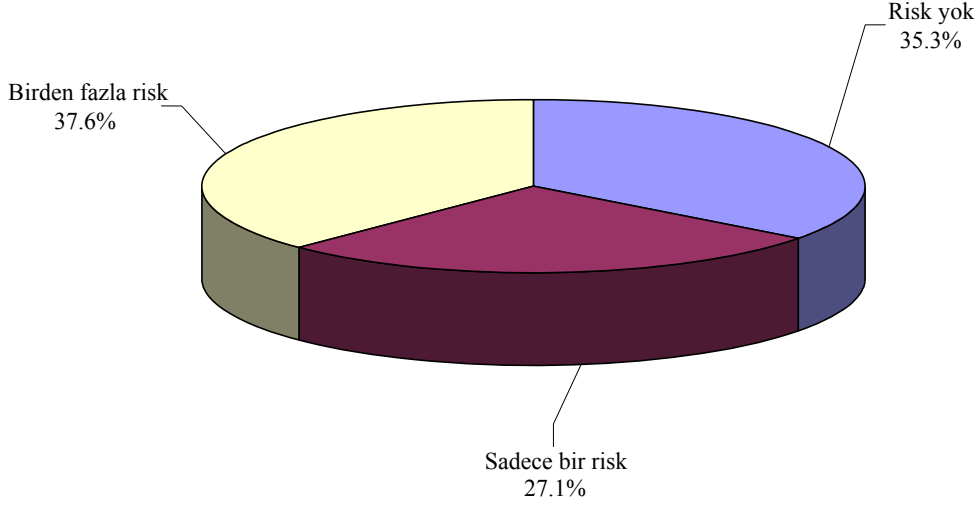
Sezaryen doğumda olduğu kadar normal vajinal doğumlarda da şiddetli gelişen ve sık görülen komplikasyon olan post-partum hemoraji için yapılan müdahaleler değerlendirildiğinde, bu vakaların yaklaşık olarak yüzde 20'si için hiç bir çaba gösterilmediği görülmektedir. Doğum sonrası kanaması olan kadınların yüzde 20'sine kan nakli yapılmış, yüzde 50'si için ise laparatominin tekrarlanması, arter ligasyonu veya histerektomi için cerrahi müdahaleye karar verilmiştir.

### **3.1.6 Anne Ölümlerinin Biyo-Medikal Risk Faktörleri**

Biyo-medikal risk faktörleri, gebelik süresince varolan ve gebelik sonucunun olumsuz olma riskini artıran durumlar ve davranışlardır. UAÖA'da biyo-medikal risk faktörleri olarak 18 yaşından küçük olmak, 34 yaşından büyük olmak, paritenin dörtten fazla olması, çoğul gebelikler, dolaşım sistemi hastalıkları, endokrin veya metabolik hastalıklar, mental ve davranışsal bozukluklar, nörolojik ve diğer hastalıklar ile önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar, anemi, sigara içme alışkanlığı ve obezite gibi hastalıklar ve davranışlar ele alınmaktadır. Tablo 3.11.1 ve Şekil 3.5'den görüldüğü üzere anne ölümlerinin yaklaşık yüzde 65'inde en az bir biyo-medikal risk faktör görülmektedir. Anne ölümlerinin yüzde 27'sinde sadece bir risk faktörü; yüzde 38'inde ise birden fazla risk faktörü görülmektedir. Kadınların üçte birinden fazlasında ise herhangi bir risk faktörüne rastlanmamıştır. Biyo-medikal risk faktörlerinin büyük bir kısmı çok az risk artışına neden olmaktadır. Örneğin, 15-19 yaş grubundaki kadınların ölüm riski en düşük risk grubundaki kadınlara (20-24 yaş) göre yüzde 20 daha fazla iken, "düşük risk grubu" olarak tanımlanan 20-34 yaş grubundaki kadınlara göre yüzde 44 daha fazla meydana gelmektedir.

Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların biyo-medikal risk faktörlerinin NUTS-1 ve kırsal-kent bazındaki dağılımları Tablo 3.11.1'de verilmektedir. Anne ölümlerinin düzeyi ile biyo-medikal risk faktörlerinin arasında belirgin bir korelasyonun olduğu gözlenmektedir. Özellikle, birden fazla risk faktörü olan kadınlar, anne ölümlülüğünün yüksek olduğu bölgelerde daha çok bulunmaktadır. Biyo-medikal risk faktörlerinin dağılımında kırsal ve kentsel yerleşim yerleri arasında önemli bir farklılık görülmemektedir.

**Şekil 3.5 Anne ölümlerinin biyo-medikal risk faktörlerine göre dağılımı**



**Tablo 3.11.1 Anne ölümlerinin biyo-medikal risk faktörlerinin bölgelere ve yerleşim yerine göre yüzde dağılımı**

Bölge	Risk yok	Sadece bir risk	Birden fazla risk	Toplam	Sayı
İstanbul	54.5	27.3	18.2	100.0	11
Batı Marmara	37.5	62.5	0.0	100.0	8
Ege	46.2	38.5	15.4	100.0	26
Doğu Marmara	72.7	27.3	0.0	100.0	11
Batı Anadolu	40.0	40.0	20.0	100.0	5
Akdeniz	36.0	36.0	28.0	100.0	26
Orta Anadolu	100.0	0.0	0.0	100.0	6
Batı Karadeniz	0.0	36.4	63.6	100.0	11
Doğu Karadeniz	50.0	0.0	50.0	100.0	17
Kuzeydoğu Anadolu	16.0	28.0	56.0	100.0	25
Ortadoğu Anadolu	17.4	8.7	73.9	100.0	23
Güneydoğu Anadolu	28.6	28.6	42.9	100.0	49
Kent	34.4	29.2	36.5	100.0	95
Kır	36.1	25.4	38.5	100.0	123
Toplam	35.3	27.1	37.6	100.0	218

Tablo 3.11.2 Risk kategorilerinden<sup>(\*)</sup> bağımsız olarak gebeliğe bağlı ölümlerde gözlenen biyo-medikal risk faktörlerinin dağılımı

Risk Kategorileri	GBÖ	Anne ölümleri
Yaş <18 ve yaş >34	28.7	28.4
Parite>4	26.4	23.9
Önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	13.0	13.3
Dolaşım sistemi hastalıkları	4.8	5.0
Endokrin ve metabolik hastalıklar	5.5	6.9
Anemi	2.7	3.7
Obezite	1.7	2.3
Sigara	2.0	1.4

<sup>(\*)</sup> 293 gebeliğe bağlı ölüm ile 218 anne ölümünde gözlenen risk faktörleri

En yaygın risk faktörü, genç veya ileri yaşlarda anne olmaktır. Literatüre göre genç yaşta kadınlar pre-eklampsisi ve zor doğum riski daha yüksektir. 34 yaşın üstü için hipertansif veya metabolik bozukluklar gibi farklı pato-fizyolojiler gelişebilir veya farkında olunmasa bile mevcut olabilir. Gebelik sırasında ölen 293 kadının, üç tanesi 18 yaşından küçük olmak üzere yüzde 29'u yüksek risk grubunda yer almaktadır (Tablo 3.12.1 ve 3.12.2). En sık rastlanan diğer risk faktörü de kadının daha önceki gebeliklerinin sayısını ifade eden paritedir. Paritenin 4'den fazla olduğu durumlarda annenin organizması, gebelik sırasında meydana gelen fiziksel ve pato-fizyolojik değişimlere ayak uydurmakta zorlanmaktadır. Doğum sonrası ağır kanama riski yüksek pariteyle birlikte artmaktadır. UAÖA süresince tespit edilen gebeliğe bağlı ölüm yaşayan kadınların yüzde 26'dan fazlasının dörtten fazla gebeliği bulunmaktadır.

Önceden varolan hastalıklar ya da kronik hipertansif bozukluklar (yüzde 13) da en fazla görülen bir diğer risk faktörüdür. Dolaşım sistemi hastalıklarının payı yüzde 4.8'dir. Bunlar genellikle konjenital kalp hastalığı veya önceden olan bir enfeksiyona bağlı kalp problemleridir. Şeker hastalığı gibi endokrin ve metabolik bozukluklar yüzde 5.5 seviyesinde olup, bunu anemi (yüzde 2.7) ve obezite (yüzde 1.7) takip etmektedir. Sigara kullanımı, bütün gebeliklerin yüzde 2'si için risk faktörünü oluşturmaktadır. Bunun yanında bir veya birden fazla risk kategorileri karşılatırıldığında, doğrudan veya dolaylı anne ölüm nedenleriyle ölen kadınlar arasında biyo-medikal risk faktörlerinin sıklığı artmaktadır. Tesadüfi nedenler için de risk faktörlerinin sıklığı açısından anne ölümlerine benzer bir durum söz konusudur. Bir risk faktörü olarak HIV virüsü olan annelerin sayısına ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır. Ancak Türkiye'de HIV virüsü olan annelerin sayısının az olduğu tahmin edilmektedir.

Tablo 3.12.1 Anne ölümlerinin biyo-medikal risk faktörlerinin yüzde dağılımı

Risk Kategorileri	Anne ölüm sayısı	Anne ölümlerinin yüzdesi
<b>Risk yok</b>	<b>77</b>	<b>35.4</b>
<b>Sadece Bir Risk</b>	<b>60</b>	<b>27.5</b>
Sadece Yaş >34y	10	4.7
Sadece yaş <18	1	0.4
Sadece parite >4	12	5.5
Dolaşım sistemi hastalıkları	3	1.3
Önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	7	3.3
Endokrin ve metabolizma hastalıkları	2	0.7
Anemi	5	2.5
Sigara	1	0.3
Obezite	5	2.5
Diğer hastalıklar ve durumlar	14	6.3
<b>Birden Fazla Risk</b>	<b>81</b>	<b>37.1</b>
Yaş >34 & parite >4	25	11.6
Önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar & diğer hastalıklar	5	2.3
Diğer hastalıklar & endokrin ve metabolizma hastalıkları	5	2.2
Yaş >34 & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar & diğer hastalıklar	4	1.9
Sigara & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	3	1.6
Parite >4 & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	3	1.6
Yaş > 34 & dolaşım sistemi hastalıkları	3	1.6
Yaş >34 & diğer hastalıklar	3	1.4
Yaş >34 & parite>4 & diğer hastalıklar	3	1.2
Yaş >34 & çoğul gebelik	2	1.1
Önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar & endokrin ve metabolizma hastalıkları	2	1.1
Çoğul gebelik & sigara	2	1.1
Yaş>34 & parite>4 & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar & endok. ve metabol.hastalıkları & diğer hastalıklar	2	1.0
Yaş >34 & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar & çoğul gebelik	2	1.0
Dolaşım sistemi hastalıkları & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	2	0.9
Yaş >34 & parite>4 & anemi	2	0.9
Yaş <18 & mental ve davranışsal bozukluklar	2	0.9
Yaş <18 & parite>4 & dolaşım sistemi hastalıkları	2	0.9
Parite >4 & diğer hastalıklar	1	0.7
Parite >4 & endokrin ve metabolizma hastalıkları	1	0.7
Anemi & diğer hastalıklar	1	0.5
Diğer hastalıklar & dolaşım sistemi hastalıkları	1	0.4
Yaş <18 & parite >4 & dolaşım sistemi hastalıkları & diğer hastalıklar	1	0.4
Endokrin ve metabolizma hastalıkları&mental ve davranışsal bozukluklar & nörolojik hastalıklar	1	0.3
<b>Toplam</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3.12.2 Gebeliğe bağılı ölümlerin biyo-medikal risk faktörlerinin yüzde dağılımı

Risk Kategorileri	Gebeliğe bağılı ölüm sayısı	Gebeliğe bağılı ölümlerin yüzdesi
<b>Risk yok</b>	<b>124</b>	<b>42.2</b>
<b>Sadece Bir Risk</b>	<b>71</b>	<b>24.1</b>
Sadece yaş >34	20	6.8
Sadece yaş <18	1	0.3
Sadece parite	13	4.4
Dolaşım sistemi hastalıkları	3	1.0
Önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	7	2.4
Endokrin ve metabolizma hastalıkları	2	0.5
Anemi	5	1.9
Sigara	1	0.3
Obezite	5	1.8
Diğer nadir görülen hastalıklar ve durumlar	15	5.0
<b>Birden Fazla Risk</b>	<b>99</b>	<b>33.7</b>
Yaş >34 & parite	34	11.7
Önce.veya kron. hiper. bozuk & diğer nadir hastalıklar	5	1.7
Diğer nadir hastalıklar & endokrin ve metabolizma hastalıkları	5	1.6
Yaş >34&parite&dolaşım sistemi hastalık.&önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar& endok. ve metabol. hastalıkları	4	1.4
Yaş >35 & önce.veya kron. hiper. bozuk.&diğer nadir hastalıklar	4	1.4
Sigara& önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	3	1.2
Parite & önceden varolan veya kronik hipertansif bozukluklar	3	1.2
Yaş > 35 & dolaşım sistemi hastalıkları	3	1.2
Yaş >34 & diğer nadir hastalıklar	3	1.0
Yaş >34 & Parite & diğer nadir hastalıklar	3	0.9
Yaş >34 & çoğul gebelik	2	0.8
Önce.veya kron. hiper. bozuk & endok. ve metabol. hastalıkları	2	0.8
Çoğul gebelik & sigara	2	0.8
Yaş>34&parite& önce.veya kron. hiper. bozuk.&endokrin ve metabolizma hastalıkları& diğer nadir hastalıklar	2	0.7
Yaş >34& önce.veya kron. hiper. bozukluklar & çoğul gebelik	2	0.7
Dolaşım sistemi hastalıkları&endokrin ve metabolizma hastalıkları	2	0.7
Parite& önce.veya kron. hiper. bozuk.& diğer nadir hastalıklar	2	0.7
Yaş >34 & parite & anemi	2	0.7
Yaş <18 & mental ve davranışsal bozukluklar	2	0.7
Yaş <18 & parite&dolaşım sistemi hastalıkları	2	0.6
Parite & endokrin ve metabolizma hastalıkları	1	0.5
Parite & diğer nadir hastalıklar	1	0.5
Anemi & diğer nadir hastalıklar	1	0.4
Yaş <18 & mental ve davranış. bozuk.& nörolojik hastalıklar	1	0.4
Yaş <18 & nörolojik hastalıklar	1	0.3
Diğer nadir hastalıklar & dolaşım sistemi hastalıkları	1	0.3
Yaş <18 & parite&dolaş. sist. hastalık.& diğer nadir hastalıklar	1	0.3
Endokrin ve metabolizma hastalıkları & mental ve davranışsal bozukluklar & nörolojik hastalıklar	1	0.3
<b>Toplam</b>	<b>293</b>	<b>100.0</b>

### 3.1.7 Anne Ölümüne Neden Olan Önlenebilir Faktörler

Tablo 3.13.1 ve Tablo 3.13.2’de gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri için standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörler verilmektedir. Gebeliğe bağlı nedenlerden ölen kadınlarda ölüme etki eden birden fazla faktör bulunmaktadır. UAÖA’da, gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 49.3’ünde; anne ölümlerinin ise 61.6’sında bir ya da daha fazla önlenebilir faktör mevcuttur. Bununla birlikte, kentsel yerleşim yerlerinde gözlenen gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 46.3’ünde; kırsal yerleşim yerlerinde ise yüzde 51.8’inde önlenebilir faktörlerin etkisi söz konusudur. Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler, özellikle de sorunun tanımlanmasında ve tedavi için başvuru yapılmasında yaşanan gecikmeler ve doğum öncesi bakımın alınmamış olması hem kentsel (yüzde 26.1) hem de kırsal yerleşim yerlerinde (yüzde 32.7) en sık karşılaşılan önlenebilir faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti verenlere ilişkin faktörler açısından bakıldığında ise, eksik tanı ve kadın-doğum uzmanlarının sorunla baş etme konusundaki başarısızlığı gebeliğe bağlı ölümlerde ön plana çıkan unsurlardır. Buna karşın, sağlık kuruluşundan kaynaklanan faktörlerin anne ölümlerine etkisi yok denecek kadar azdır.

Önlenebilir faktörler, hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler, sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler ve sağlık hizmetindeki malzeme/donanım ile ilgili faktörler olmak üzere üç ana başlıkta ele alınacaktır.

#### 3.1.7.1 Sağlık Hizmeti Verenler ile İlgili Faktörler

UAÖA’nda gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 10.3’üne sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörlerin yol açtığı görülmektedir. Sadece anne ölümleri ele alındığında, busağlık hizmeti verenler ile ilgili faktörlerin katkısı yüzde 13.7’ye yükselmektedir. Tanının erken konmaması, kadın-doğum uzmanlarının yetersiz müdahalesi ve doğum öncesi bakım hizmetlerinin kalitesinin düşük olması gibi faktörler bu grupta yer alan diğer faktörlere göre daha çok ön plana çıkmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde genel pratisyenler ve ebeler tarafından sunulan hizmetlerden kaynaklanan önlenebilir faktörlerin katkısı gebeliğe bağlı ölümler için yüzde 7-11 seviyesinde bulunmaktadır. En belirgin sorun, kronik kalp rahatsızlığı tanısının doğum öncesi ziyaretlere rağmen konulamamış olmasıdır. Ayrıca, intihar etme eğilimine yönelik belirtilerin gözden kaçırıldığı görülmektedir. Bazı durumlarda ise kadın veya ailesi gerekli olan tedaviyi almayı ya da hastaneye yatmayı kabul etmemiştir. Birinci basamaktan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan sevk işlemlerinde karşılaşılan sevk nereye ve ne zaman yapılacağına ilişkin eksikliklerin katkısı diğer faktörlerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür (yüzde 1.7). Bu sonuç, birinci basamak sağlık kuruluşlarında anne ölümü vakasının yaşanmamış olduğu bulgusu ile tutarlı gözükmemektedir.

İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşanan yanlış tanı ve yanlış tıbbi müdahale tüm gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile yüzde 15 ve yüzde 20’sine yol açmıştır. Buna karşılık bu faktörlerin neden olduğu gebeliğe bağlı ölümlerin yüzdesi üçüncü basamak sağlık kurumlarında sırası ile yüzde 2 ve yüzde 6’ya düşmektedir. Doğumun meydana geldiği yer açısından bakıldığında, doğumların yüzde 53’ünün ikinci basamak sağlık kuruluşunda, yüzde



14'ünün ise eğitim ve üniversite hastanelerinde gerçekleştiği görülmektedir. Bu durum ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında sağlık hizmeti verenlerden kaynaklanan faktörlerdeki farklılıkları açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Eklampsi tanısının konulamaması ve buna bağlı olarak sezaryen ile doğum yaptırmada gecikme, post-partum hipovolemiye rağmen erken taburcu edilme, operasyon sonrası abdominal apse ve küretaj sırasında fark edilmeyen uterus perforasyonu standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörler arasında yer almaktadır.

İkinci basamaktan üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapılan sevk işlemi, birinci basamaktan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına olduğu gibi hızlı bir şekilde yapılmaktadır. Sevk sırasında ilgili kurumlar arasında iletişim problemi yaşanan vaka sayısı azdır. Bu faktörlerin gebeliğe bağlı ölümlerin sadece yüzde 2.7'sine katkıda bulunduğu görülmektedir. Ancak, acil obstetrik müdahale için yeterli donanımına sahip bazı ikinci basamak sağlık kuruluşlarının acil müdahaleyi gerektiren bir durum olmasına karşın anneyi başka bir sağlık kuruluşuna sevk kararı aldığı gözlenmiştir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 6'sında anneler birden fazla sağlık kuruluşuna sevk edilirken, müdahalenin yapılacağı son sağlık kurumuna ulaşmadan hayatını kaybetmiştir. Bu olayın yaşandığı iki vakada kadın ambulansla hayatını kaybetmiştir. Bir diğer vakada ise, devlet hastanesinde normal vajinal doğumu güçlükle gerçekleştirilmiş olan bir kadının doğum sonrası kanaması ortaya çıktığı için 45 km uzaklıktaki başka bir doğumevine sevk edildiği gözlenmiştir. Bu vakada kadının sevk edildiği sağlık kuruluşunda acil olarak ihtiyaç duyulan kan nakli yapılmamış ve kadın uterus rüptürü şüphesiyle üniversite hastanesine sevk edilmiştir, ancak kadın üniversite hastanesine ulaşmadan yolda hayatını kaybetmiştir.

### 3.1.7.2 Sağlık Hizmetindeki Malzeme/Donanım ile İlgili Faktörler

UAÖA sonuçlarına göre personelin, tanı ve tedavi yöntemlerinin, ilaç ve tıbbi malzemelerin hazır bulunması gibi sağlık hizmetindeki donanım ile ilgili faktörlerin katkısı, hem gebeliğe bağlı ölümler (yüzde 1.8) hem de anne ölümleri (yüzde 2.1) için oldukça düşük bir seviyededir. Eklampsi vakalarının çoğunluğunda şaşırtıcı olarak bilgisayarlı tomografi (BT) ya da magnetik rezonans (MR) imkanlarının intraserebral kanama tanısının konabilmesi için mevcut olduğu görülmektedir. Destekleyici tanı hizmetlerinin olmamasının gebeliğe bağlı ölümlere etkisi yüzde 2 seviyesinde olmuştur. En yakın hastaneye mesafenin uzak olması (yüzde 7.9) katkıda bulunan en önemli faktördür. Bu faktörü yerleşim yeri ile sağlık kuruluşu arasında ulaşım imkanlarının olmaması (yüzde 3.4) ve sağlık kuruluşunda cerrahi personelin (yüzde 2.7) olmaması takip etmektedir. Sağlık hizmetindeki donanım ile ilgili bütün faktörler katkısı kırsal alanlarda, kentsel alanlara göre çok daha belirgin bir şekilde ön plana çıkmaktadır (Tablo 3.13.1).

### 3.1.7.3 Hanehalkı Faktörleri ve Toplumsal Faktörler

Kadının ya da ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için başvuruda gecikme gebeliğe bağlı ölümlerin sırası ile yüzde 44.3 ve yüzde 40.7'sine neden olan önlenilebilir faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tür gecikmelerin yaşandığı bir vakada, zor ve uzun süren bir doğum aile üyelerinden biri ve ara ebesi tarafından evde gerçekleştirilmiştir. Kadının durumunun iyice kötüye gitmesi üzerine kadının ailesi doğumdan ancak 10 gün sonra

hastaneye başvurmuştur. Burada kadına uterus rüptürü tanısı konmuş fakat geç kalındığı için tedavi edilemeyecek hale geldiği görülmüştür. Bir diğer vakada kadın evde yaptığı doğumdan sonraki 13 gün içerisinde post-partum hemoraji ve şoktan ölmüştür. Bir başka vakada ise, plasentanın içeride kalmasına bağlı olarak gelişen puerperal sepsis nedeniyle kadın doğumdan sonraki 10 gün içinde hayatını kaybetmiştir.

Tablo 3.13.1 Türkiye’deki gebeliğe bağlı ölümler için standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörlerin yerleşim yerine göre yüzde dağılımı

Standart-altı bakım faktörleri	Toplam	Kent	Kır	Sayı
<b>Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler</b>	<b>29.7</b>	<b>26.1</b>	<b>32.7</b>	<b>293</b>
Doğum kontrol yöntemi kullanılmadan istenmeyen gebelik	11.6	5.5	16.5	293
Sorunun farkedilmesinde gecikme	44.3	45.7	43.6	293
Sağlık bakımı/tedavi için başvuruda gecikme	40.7	34.4	45.7	293
Doğum öncesi bakımın hiç alınmaması	22.3	18.6	25.2	293
<b>Sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler</b>	<b>10.3</b>	<b>12.3</b>	<b>8.7</b>	<b>293</b>
Düşük kaliteli doğum öncesi bakım	17.5	20.9	14.7	293
Ebe tanı koyamadı	11.1	9.3	12.8	293
Ebe sorunla başa çıkamadı	10.6	9.3	11.7	293
Genel Pratisyen tanı koyamadı	9.9	10.9	9.1	293
Genel Pratisyen sorunla başa çıkamadı	7.5	8.5	6.7	293
Kadın doğum ekibi tanı koyamadı	15.7	24.0	9.2	293
Kadın doğum ekibi sorunla başa çıkamadı	20.5	25.6	16.6	293
Hizmet veren personel sevk edemedi	1.7	2.3	1.2	293
Kadın doğum ekibi tanı koyamadı ( <i>sevk edilenler için</i> )	2.4	5.5	0.0	293
Kadın doğum ekibi sorunla başa çıkamadı ( <i>sevk edilenler için</i> )	5.5	6.9	4.9	293
<b>Sağlık hizmetindeki donanım ile ilişkin faktörler</b>	<b>1.8</b>	<b>0.9</b>	<b>2.5</b>	<b>293</b>
Cerrahi personelin olmaması	2.7	3.9	1.8	293
Anestezi personelinin olmaması	0.7	0.0	1.2	293
Hemşirenin olmaması	1.0	0.0	1.8	293
Kanın olmaması	0.7	0.0	1.2	293
İlacın olmaması	0.3	0.0	0.6	293
Gerekli araç ve gerecin olmaması	1.4	0.0	2.4	293
Tıbbi malzemenin olmaması	0.7	0.0	1.2	293
Ameliyat odasının olmaması	0.3	0.0	0.6	293
Destekleyici tanı hizmetlerinin olmaması	2.0	2.3	2.4	293
Anestezi hizmetinin olmaması	0.7	0.0	1.2	293
Yerleşim yeri ile sağlık hizmetleri arasında ulaşımın olmaması	3.4	0.0	6.1	293
Sağlık kurumları arasında ulaşımın olmaması	0.0	0.0	0.0	293
En yakın hastaneye uzak mesafede olması	7.9	4.6	10.4	293
Sağlık hizmetindeki iletişim aksaklığı	2.7	1.5	3.7	293
<b>Diğer risk faktörleri</b>	<b>7.5</b>	<b>7.0</b>	<b>7.9</b>	<b>293</b>
<b>Toplam</b>	<b>49.3</b>	<b>46.3</b>	<b>51.8</b>	<b>293</b>

Anne ölümlerine neden olan bir diğer problem ise intihar eden kadınlardaki depresyon belirtilerinin aileler tarafından farkedilmemesidir. Bu duruma örnek vaka olarak bir kadının ölümünden önceki ayda intihara teşebbüs etmiş olması gösterilebilir. Tedavinin veya hastaneye yatışın reddedilmesi ya da kronik kalp rahatsızlığı veya epilepsi durumunda ortaya

çıkan gebelik risklerine karşı yapılan tıbbi uyarıların dikkate alınmaması da bu anlamda saptanan diğer sorunlar arasında yer almaktadır. Maddi imkanların yetersizliği, her olay için geçerli olmasa da bazı durumlarda katkıda bulunan faktör olarak önemli olabilmektedir. Örneğin, hastanın acilen hastaneye sevk işleminin yapılması gereken bir vakada ambulans ekibinin yola çıkmadan önce aileden para talep ettiği belirtilmiştir. Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler arasında istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla gebeliği önleyici usullerin kullanılmaması (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 22.3'ünde) ve doğum öncesi bakımın alınmaması (gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 11.6'sında) anne ölümlerine katkıda bulunan faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır.

Tablo 3.13.2 Türkiye'deki anne ölümleri için standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörlerin yüzde dağılımı

Standart-altı bakım faktörleri	Toplam	Sayı
<b>Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler</b>	<b>36.2</b>	<b>218</b>
Doğum kontrol yöntemi kullanılmadan istenmeyen gebelik	14.6	218
Sorunun tanımlanmasında gecikme	55.2	218
Sağlık bakımı/tedavi için başvuruda gecikme	49.5	218
Doğum öncesi bakımın hiç alınmaması	25.5	218
<b>Sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler</b>	<b>13.7</b>	<b>218</b>
Düşük kaliteli doğum öncesi bakım	23.6	218
Ebe tanı koyamadı	14.9	218
Ebe sorunla başa çıkamadı	14.2	218
Genel Pratisyen tanı koyamadı	13.3	218
Genel Pratisyen sorunla başa çıkamadı	10.3	218
Kadın doğum ekibi tanı koyamadı	20.7	218
Kadın doğum ekibi sorunla başa çıkamadı	26.9	218
Hizmet veren personel sevk edemedi	2.4	218
Kadın doğum ekibi tanı koyamadı ( <i>sevk edilenler için</i> )	3.4	218
Kadın doğum ekibi sorunla başa çıkamadı ( <i>sevk edilenler için</i> )	7.7	218
<b>Sağlık hizmetindeki donanım ile ilişkin faktörler</b>	<b>2.1</b>	<b>218</b>
Cerrahi personelin olmaması	3.7	218
Anestezi personelinin olmaması	1.0	218
Hemşirenin olmaması	1.5	218
Kanın olmaması	0.8	218
İlacın olmaması	0.5	218
Gerekli araç ve gerecin olmaması	2.0	218
Tıbbi malzemenin olmaması	1.0	218
Ameliyat odasının olmaması	0.5	218
Destekleyici tanı hizmetlerinin olmaması	2.8	218
Anestezi hizmetinin olmaması	1.0	218
Yerleşim yeri ile sağlık hizmetleri arasında ulaşımın olmaması	3.7	218
Sağlık kurumları arasında ulaşımın olmaması	0.0	218
En yakın hastaneye uzak mesafede olması	8.7	218
Sağlık hizmetindeki iletişim aksaklığı	2.6	218
<b>Diğer risk faktörleri</b>	<b>9.6</b>	<b>218</b>
<b>Toplam</b>	<b>61.6</b>	<b>218</b>

Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörlerin katkısı kırsal yerleşim yerlerinde (yüzde 32.7) kentsel yerleşim yerlerine (yüzde 26.1) göre daha fazladır. Kırsal yerleşim yerlerinde tedavi için başvuruda gecikme, doğum öncesi bakımın alınmamış olması ve istenmeyen gebeliklerin varlığı gebeliğe bağlı ölümlere katkıda bulunan önemli faktörlerdir. Bu bulgunun yanında, tesadüfi nedenlere bağlı vakalar elendiğinde, hanehalkı faktörlerinin ve toplumsal faktörlerin anne ölümlerine katkısı yüzde 36.2 seviyesine yükselmektedir (Tablo 3.13.2).

Hanehalkı faktörlerinin ve toplumsal faktörlerin altında yatan nedenleri anlamak için ölen kadınların temel özellikleri ile TNSA-2003’de görüşülen kadınların temel özelliklerinin karşılaştırılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Tablo 3.14, anne ölümleri ya da gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların, TNSA-2003’deki kadınlara göre daha genç ve eğitimsiz olduklarını göstermektedir. Yerleşim yerine göre bakıldığında, TNSA-2003 kapsamında görüşülen kadınların sadece üçte biri kırsal yerleşim yerlerinde yaşarken, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların yarısından fazlasının kırsal alanlarda yaşadığı görülmektedir. Gebeliğe bağlı nedenlerle doğurganlık çağında ölen kadınların hemen hepsinin öldükleri zaman evli oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 3.14 Temel özelliklere göre kadınların yüzde dağılımı, TNSA-2003 ve UAÖA

Temel özellik	Anne ölümleri	Gebeliğe bağlı ölümler	Kadın ölümleri	TNSA-2003
<b>Yaş</b>				
15-19	7.0	5.9	7.5	2.9
20-24	11.6	13.0	9.3	12.9
25-29	31.6	32.5	9.7	18.3
30-34	24.8	21.8	11.0	18.4
35-39	13.3	14.5	14.5	17.6
40-44	9.4	10.4	20.3	16.5
45-49	2.3	1.7	27.7	13.3
<b>Medeni durum</b>				
Hiç evlenmemiş	2.4	1.8	25.3	29.9
Evli	97.6	98.2	66.0	66.0
Eşi ölmüş	-	-	3.4	1.4
Boşanmış	-	-	3.6	1.4
Ayrı yaşıyor	-	-	1.7	0.7
<b>Yerleşim yeri</b>				
Kent	45.7	43.8	56.6	71.2
Kır	54.3	56.2	43.4	28.8
<b>Eğitim</b>				
Eğitimi yok/İlkokulu bitirmemiş	31.8	38.5	34.5	21.8
İlköğretim birinci kademe	35.6	41.0	44.0	53.7
İlköğretim ikinci kademe	5.8	7.9	6.4	7.4
Lise ve üzeri	9.1	12.6	15.1	17.0
<b>Toplam</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3.15’te gebeliği önleyici yöntemler ile istenmeyen gebeliklere ilişkin bazı önemli sonuçlar verilmektedir. Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların yüzde 24.7’sinin son gebelikleri sırasında gebeliği önleyici modern yöntem kullandıkları tesbit edilmiştir. Bu kadınların yüzde 26.9’u yöntem kullanırken gebe kalmış ve bu gebelik sonucunda da

hayatlarını kaybetmişlerdir. TNSA-2003 verilerine göre ise, evlenmiş kadınların yüzde 42.5'i modern bir gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır ve bu kadınların yüzde 22'si gebeliği önleyici yöntem kullanırken gebe kalmıştır. Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların ailelerinden alınan bilgilere göre, kadını ölüme götüren bu gebeliklerin yüzde 48'i hiç istenmemiş veya daha sonra olması istenmiş gebeliklerdir. TNSA-2003 sonuçlarına göre ise, gebeliklerin yüzde 20.1'i hiç istenmemiş ve yüzde 13.9'u da daha sonra istenmiştir. Bu bulgu, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınlarda istenmeyen gebeliklerin daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.15 Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların son gebelikleri öncesinde ve TNSA-2003'deki kadınların araştırma sırasında kullandıkları gebeliği önleyici yöntemlere göre yüzde dağılımı

Gebeliği önleyici yöntem	TNSA-2003	UAÖA <sup>(*)</sup>
Herhangi bir yöntem	71.0	28.0
Herhangi bir modern yöntem	42.5	24.7
Herhangi bir geleneksel yöntem	28.5	3.3
Halen kullanmıyor	29.0	72.0
Son gebelikte yöntem başarısızlığı	22.1	26.9
Daha sonra istiyordu	13.9	16.8
Hiç istemiyordu	20.1	31.0

<sup>(\*)</sup> UAÖÇ'na ilişkin olarak verilen değerler sadece gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınlar için geçerlidir.

Tablo 3.16 TNSA-2003'den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ'ndeki ölen annelerin son ve bir önceki gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım sayısına ve ilk bakımın gebeliğin kaçınıcı ayında yapıldığına göre yüzde dağılımının karşılaştırılması

Doğum öncesi bakım sayısı ve bakımda gebelik süresi	UAÖA, son gebelik	UAÖA, önceki gebelik	TNSA-2003
Doğum öncesi bakım sayısı			
Doğum öncesi bakım yok	21.2	26.4	18.6
1	9.8	9.0	7.5
2-3	21.2	12.9	18.9
4+	31.9	26.6	53.9
Bilmiyor/cevapsız	15.9	25.1	0.9
Toplam	100.0	100.0	100.0
Doğum öncesi bakım sayısı (ortanca)	4.7	4.3	5.0
Doğum öncesi bakımda gebelik ayı			
Doğum öncesi bakım yok	21.2	26.4	18.6
<4	47.7	29.5	57.5
4-5	7.7	5.9	13.8
6-7	6.7	3.6	7.2
8+	3.2	4.5	2.3
Bilmiyor/cevapsız	13.6	30.1	0.5
Toplam	100.0	100.0	100.0
Doğum öncesi bakım alanlarda ilk ziyaret sırasında kaç aylık gebe bulunduğu (ortanca)	3.1	3.3	2.8
Kadın sayısı	206	132	3,164

Tablo 3.16 gebeliğe bağlı ölümler için doğum öncesi bakımın sayısını TNSA-2003 sonuçları ile karşılaştırmalı olarak vermektedir. UAÖA sonuçlarına göre, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların yüzde 78.8'i doğum öncesi bakım almış, yüzde 31.9'u ise son

gebeliklerinde dört veya daha fazla doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. UAÖA’ndan elde edilen bu yüzdeler, TNSA-2003’deki doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesinden ve dört ve daha fazla doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesinden daha düşüktür. TNSA-2003’de bu değerler sırası ile yüzde 81.4 ve yüzde 53.9 olarak bulunmuştur. Ortanca doğum öncesi bakım alma sayıları da bu durumu teyit etmektedir. UAÖA ile TNSA-2003 sonuçları ölen kadınlar ile hayatta kalan kadınlar arasında doğum öncesi bakım almanın zamanlamasına ilişkin belirgin bir fark bulunmadığını göstermektedir. Ancak gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında doğum öncesi bakım sırasında yapılan testler ve ölçümler bakımından önemli farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 3.17). Gebeliğe bağlı nedenlerle ölen kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında gerçekleştirilen tüm rutin kontrolleri daha az oranda yapmıştır.

Tablo 3.17 TNSA-2003’den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ’ndeki ölen annelerin son gebelikleri sırasında aldıkları doğum öncesi bakımın içeriğinin yüzde dağılımının karşılaştırması

Araştırma	Tartıldı	Boyu ölçüldü	Tansiyon ölçüldü	Kan testi yapıldı	İdrar tahlili yapıldı	Bebeğin Karın ölçüldü	kalbi dinlendi	Ultrason çekildi	İçerden muayene yapıldı	Doğum öncesi bakım alan kadın sayısı	Kadın sayısı
UAÖA, son geb.	52.5	30.8	67.6	63.4	59.8	31.4	56.5	64.6	25.7	155	293
TNSA-2003	75.1	31.1	88.6	76.9	72.6	46.3	91.3	90.5	33.5	2,567	3,164

Tablo 3.18’de gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların son gebelik ve önceki gebelikleri sırasında doğum öncesi bakımı aldıkları kişilerin yüzde dağılımı verilmektedir. Kadınların yüzde 70.9’u ölümlerine neden olan son gebelikleri sırasında en az bir kez eğitilmiş sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Bu değer, bir önceki gebelik için eğitilmiş sağlık personelinin alınan doğum öncesi bakım yüzdesine göre daha yüksektir. Doğum öncesinde, sırasında veya sonrasında ölen kadınların TNSA-2003’deki kadınlara göre doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülmektedir.

Tablo 3.18 TNSA-2003’den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ’ndeki ölen annelerin son ve bir önceki gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım aldıkları kişilerin yüzde dağılımının karşılaştırılması

Endeks/önceki gebelik	Doktor	Ebe/hemşire	Geleneksel ebe/diğer	Doğum öncesi bakım almamış	Bilmiyor	Cevapsız	Toplam	Kadın sayısı
UAÖA, son gebelik	65.3	5.6	1.7	21.2	5.8	0.4	100.0	206
UAÖA, önceki gebelik	46.9	9.6	7.4	26.4	9.8	0.0	100.0	132
TNSA-2003	75.4	5.5	0.2	18.6	0.0	0.2	100.0	3,164

Not: Doğum öncesi bakım için birden fazla kişinin belirtilmiş olması durumunda sadece en nitelikli olan değerlendirmeye alınmıştır.

UAÖA kapsamında son ve önceki gebelikler sırasında doğuma yardım eden kişilere yönelik olarak da bilgi toplanmıştır. Gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların yüzde 75.5’i doğumları sırasında doktor veya diğer eğitilmiş sağlık personelinin yardım almıştır. Bu yüzde, TNSA-2003’den elde edilen yüzde ile benzerlik taşımaktadır. Ancak, doğumu doktor

kontrolü altında gerçekleştirme yüzdesinin ölen kadınlar arasında karşılaştırma grubundaki kadınlara göre 1.4 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 3.19). Bu durum, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların gebelik ve/veya doğum sırasında daha fazla komplikasyona maruz kalmalarının sonucu olarak doktor yardımı almış olmaları ile ilişkili olabilir.

Tablo 3.19 TNSA-2003'den önceki son beş yılda canlı doğumu olan evlenmiş kadınların ve UAÖÇ'ndeki ölen annelerin son ve bir önceki gebelikleri sırasında doğuma yardım eden kişiye göre yüzde dağılımının karşılaştırılması

Son/önceki gebelik	Doktor	Ebe/ hemşire	Geleneksel ebe	Akraba/ diğer	Hiç kimse	Bilmiyor/ cevapsız	Toplam	Doğum sayısı
UAÖA, son gebelik	66.1	9.4	6.6	12.7	1.6	3.6	100.0	128
UAÖA, önceki gebelik	26.0	28.8	11.8	16.5	1.6	15.2	100.0	132
TNSA-2003	46.7	36.3	8.8	7.4	0.5	0.3	100.0	4,132

Not: Eğer doğum öncesi bakım için birden fazla kişi belirtilmişse sadece en nitelikli olan değerlendirilmeye alınmıştır.

### 3.1.8 Kadınların Doğurganlık, Bebek Ölümleri, Düşükler ve Ölü Doğumlar Konusundaki Deneyimleri

Tablo 3.20'de, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların ve TNSA-2003'de görüşülen kadınların canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre yüzde dağılımları karşılaştırmalı olarak verilmektedir. Gebeliğe bağlı nedenler ile ölen bir kadının ortalama olarak 2.8 çocuk doğurduğu gözlenmektedir. Bu çocuklar arasından UAÖA sırasında hayatta olan çocukların sayısının 2.5 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, canlı doğan çocukların yüzde 11'nin doğumdan sonra öldüğüne işaret etmektedir. Ölen çocuk sayısı doğal aile kurma sürecinin bir sonucu olarak annenin yaşıyla birlikte artmaktadır. Gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların 45-49 yaş grubunda ortalama canlı doğum sayısının 6.8 olduğu görülmektedir. Bu bulgu da bu kadınlar arasında 30-yıllık üreme çağı boyunca yüksek bir doğurganlık seviyesi olduğunu göstermektedir. Çocukların hayatta kalma oranları, beklendiği gibi, annenin yaşı arttıkça azalmaktadır. Doğurganlık döneminin sonundaki 45-49 yaş grubunda ölen kadınların ortalama canlı doğan çocuk sayıları, ortalama yaşayan çocuk sayılarından yaklaşık iki çocuk daha fazladır. Bu sonuç, ölen kadının çocukları arasındaki yüksek ölümlülüğü net bir şekilde yansıtmaktadır. Tablo 3.21, TNSA-2003'deki kadınların çocuklarıyla karşılaştırıldığında, gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların canlı doğan çocuklarının bebeklik dönemindeki ölüm riskinin 8 kat daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.20 Yaş gruplarına göre canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları, TNSA-2003 ve UAÖA

Yaş grubu	Gebeliğe bağlı ölümler (UAÖA)			Bütün kadınlar (TNSA-2003)		
	Kadınların sayısı	Ortalama CDS	Ortalama yaşayan çocuk sayısı	Kadınların sayısı	Ortalama CDS	Ortalama yaşayan çocuk sayısı
15-19	14	0.4	0.2	2,003	0.1	0.1
20-24	28	1.0	1.0	2,101	0.6	0.6
25-29	75	2.0	1.9	1,849	1.5	1.5
30-34	50	2.9	2.5	1,622	2.4	2.3
35-39	30	4.7	4.4	1,481	2.9	2.7
40-44	20	5.7	4.9	1,371	3.4	3.1
45-49	4	6.8	4.5	1,089	3.7	3.2
Toplam	221	2.8	2.5	11,517	1.8	1.7

Tablo 3.21 TNSA-1998 ve TNSA-2003'den önceki beş yıllık dönemler ve UAÖA'dan elde edilen bebek ve beş altı çocuk ölüm hızları

Araştırmalar	Bebek ölüm hızı (1q0)	Beş yaş altı ölüm hızı (5q0)
UAÖA <sup>(*)</sup>	221	271
TNSA-1998	43	52
TNSA-2003	29	37

<sup>(\*)</sup>TNSA'lardan elde edilen hızlar, ilgili veri setlerinden hesaplanmıştır. UAÖA için elde edilen tahminler dolaylı yöntemler (Brass yöntemi) kullanılarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.22'de gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların, sözel otopsi görüşmelerinden veya sağlık kurumu kayıt incelemelerinden elde edilen toplam düşük (kendiliğinden ve istemli) ve ölü doğum sayılarına göre yüzde dağılımları verilmektedir. gebeliğe bağlı nedenler ile ölen kadınların TNSA-2003'deki kadınlara göre kendiliğinden düşük ve ölü doğum yüzdeleri daha yüksek; isteyerek düşük yüzdeleri ise daha düşüktür. Kadınların ortalama düşük ve ölüm sayıları da bu bulguyu desteklemektedir.

Tablo 3.22 Kadınların düşük ve ölü doğum sayılarına göre dağılımı, TNSA-2003 ve UAÖA

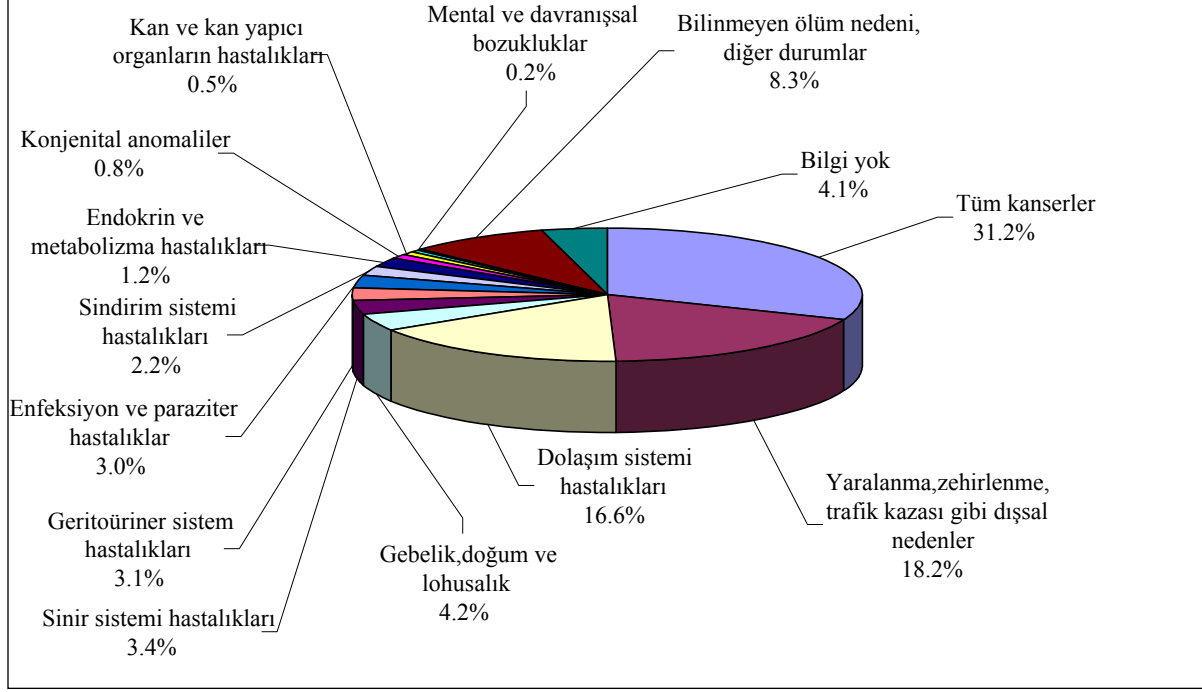
Gebelik sayıları	Evlenmiş kadınlar (TNSA-2003)			Gebeliğe bağlı ölümler (UAÖA)		
	Düşükler		Ölü doğum	Düşükler		Ölü doğum
	Kendiliğinden	İsteyerek		Kendiliğinden	İsteyerek	
0	79.2	76.1	96.0	68.5	84.4	82.1
1	14.6	13.8	3.5	18.9	11.3	15.5
2	3.9	6.3	0.3	5.6	1.0	1.5
3+	1.5	2.3	0.1	7.0	2.3	1.0
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ortalama	0.3	0.4	<0.1	0.2	0.5	0.2

### 3.2 15-49 Yaş Grubu Kadınların Ölüm Nedenleri

UAÖÇ'nda kapsanan ve Türkiye nüfusunun yüzde 54'üne denk gelen 39 milyonluk nüfus arasında 12 aylık veri toplama süresi boyunca 6,887 kadın (15-49 yaş) ölümü tesbit edilmiştir. Kadın ölümleri soru kağıdı ve sağlık kurumu kayıt inceleme formları aracılığı ile tespit edilen ölüm nedenleri, Tablo 3.23 ve Şekil 3.6'da WHO'nun ICD-10 sınıflandırmasının son versiyonunda öngörülen hastalık gruplarına göre verilmektedir. Bu sonuçlara göre, kadınların yaklaşık olarak üçte biri (yüzde 31.2) kanser (neoplazm) nedeni ile, yüzde 18.2'si cinayet, intihar, trafik kazası gibi dışsal nedenler ile ve yüzde 16.6'sı dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile ölmüştür. Tüm ölümler arasında gebeliğe bağlı nedenler ile meydana gelen ölümler en yüksek beşinci sırada yer almaktadır (yüzde 4.2). Kadınların yüzde 4.1'i için ölüm nedenini belirleyebilmek için yeterli bilgi bulunmamaktadır. Tablo 3.23 de 15-49 yaş grubundaki kadınların nedene özel ölüm hızları da yer almaktadır.



**Şekil 3.6 Kadın ölümlerinin (15-49 yaşlar) ölüm nedenine göre dağılımı**



**Tablo 3.23 15-49 yaş grubundaki kadınların ölüm nedenlerinin yerleşim yerine göre yüzde dağılımı ve nedene özel ölüm hızları**

Ölüm nedeni	Kent	Kır	Toplam	15-49 yaş grubundaki her 1,000 kadın için nedene özel ölüm hızı
Tüm kanserler (neoplazm)	33.2	28.6	31.2	0.184
Yaralanma, zehirlenme, trafik kazası gibi dışsal nedenler	18.2	18.3	18.2	0.107
Dolaşım sistemi hastalıkları	16.0	17.4	16.6	0.098
Gebelik, doğum ve lohusalık	3.3	5.5	4.2	0.025
Sinir sistemi hastalıkları	3.0	4.0	3.4	0.020
Genitoüriner sistem hastalıkları	2.8	3.5	3.1	0.018
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	3.2	2.7	3.0	0.018
Sindirim sistemi hastalıkları	2.0	2.5	2.2	0.013
Solunum sistemi hastalıkları	1.9	2.5	2.2	0.013
Endokrin ve metabolizma hastalıkları	1.2	1.3	1.2	0.007
Konjenital anomaliler	0.6	1.2	0.8	0.005
Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları	0.5	0.4	0.5	0.003
Mental ve davranışsal bozukluklar	0.1	0.2	0.2	0.001
Bilinmeyen ölüm nedeni ve diğer durumlar	7.1	11.6	9.1	0.054
Bilgi yok/cevapsız	7.0	0.2	4.1	0.024
Toplam	100.0	100.0	100.0	0.589
Sayı	3,897	2,990	6,887	6,887

Tablo 3.23'deki kentsel ve kırsal yerleşim yerleri için verilen sonuçlar karşılaştırıldığında, iki özellik ön plana çıkmaktadır: Kanser tanısı alan kadınların oranı kırsal

yerleşim yerlerinde (yüzde 28.6) kentsel yerleşim yerlerine (yüzde 33.2) göre daha düşüktür. Aynı zamanda, ölüm nedeni bilinmeyen kadınların oranı kırsal alanlarda daha yüksektir (kırsal alanlar için yüzde 11.6, kentsel alanlar için yüzde 7.1). Bu bulgular, kentsel yerleşim yerlerindeki tanı merkezlerinin kanser vakalarının daha fazla sayıda tesbit edilmesine ve ölüm nedenlerine ilişkin belirsizliklerin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 3.24’de, UAÖA’nın sonuçları ile Dünya Sağlık Örgütü verilerinden elde edilen EURO ve EMRO ülkelerindeki 15-59 yaş grubundaki kadınların ölüm nedenleri ilişkin veriler karşılaştırmalı olarak verilmektedir. EURO bölgesine Avrupa Birliği’ne üye ülkeler ile Doğu Avrupa ve Türkiye, EMRO bölgesine ise bütün Arap ülkeleri ile İran, Afganistan ve Pakistan dahildir.

Table 3.24 UAÖA’daki ölüm nedenleri ile WHO Küresel Hastalık Yüğü 2002 verilerine göre EURO ve EMRO ülkelerindeki 15-59 yaş grubundaki kadınların ölüm nedenlerinin yüzde dağılımı

Ölüm nedeni	WHO EURO <sup>(*)</sup>	Türkiye UAÖA <sup>(**)</sup>	WHO EMRO <sup>(*)</sup>
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar (solunum yolu enfeksiyonları da dahil)	5.0	3.1	17.0
Gebelik, doğum ve lohusalık	1.0	4.2	15.0
Kanserler	32.0	32.3	13.0
Endokrin ve metabolizma hastalıkları	2.0	1.0	3.0
Nöro-psikiyatrik durumlar (mental ve davranışsal bozukluklar, sinir sistemi hastalıkları)	3.0	4.2	3.0
Kardiovasküler hastalıklar	28.0	17.7	21.0
Solunum sistemi hastalıkları	2.0	2.1	4.0
Sindirim sistemi hastalıkları	7.0	2.1	5.0
Genitoüriner sistem hastalıkları	2.0	3.1	3.0
Dışsal nedenler (kazalar, yaralanmalar, intihar, cinayet)	18.0	21.9	16.0
Bilinmeyen ölüm nedeni (kardiovasküler sorunlardan kaynaklanmış olabilir)	-	8.3	-
Toplam	100.0	100.0	100.0

(\*) Küresel Hastalık Yüğü, 15-59 yaş grubundaki kadınlar, WHO  
(\*\*)UAÖA 2006, 15-49 yaş grubundaki kadınlar

Table 3.24’teki bulgulara göre ortaya çıkan önemli sonuçlar aşağıda verilmektedir:

- UAÖA sonuçlarına göre, Türkiye’de enfeksiyona bağlı olarak meydana gelen ölümler, anne ölümlerinde olduğu gibi gelişmekte olan ülkeler için beklenen düzeyin altındadır. Türkiye’deki enfeksiyona bağlı ölümler yüzde 3 seviyesinde olup EURO (yüzde 5) ve EMRO (yüzde 17) ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha düşüktür.
- UAÖA sonuçları Türkiye’nin, büyük çoğunluğunun yaşam biçimi ile ilişkili olan ve gelişmiş ülkelerde yaygın olarak görülen dolaşım sistemi hastalıkları (kardiovasküler hastalıklar) açısından bu ülkelere yaklaştığını göstermektedir (UAÖA’nda yüzde 17, EURO ülkelerinde yüzde 28 ve EMRO ülkelerinde yüzde 21). Ölüm nedeni bilinmeyen yüzde 8 seviyesindeki kadınlar da bu gruba eklendiğinde, Türkiye EURO bölgesi için hesaplanan değer ile yaklaşık aynı seviye dolaşım sistemi hastalık yüzdesine sahip olmaktadır. Bilinmeyen ölüm nedeni kategorisinde ölüm nedeni bilgisi yetersiz olan

vakalar yer almaktadır. Bu ölümlerin raporlanmasında ölüm nedeni olarak yaygın bir biçimde kalp krizi ya da kardiyo-pulmoner arrest yazıldığı için istatistiksel değerlendirmelerde bu başlık altında toplanan ölümler dolaşım sistemi hastalıklarına dahil edilebilmektedirler.

- Cinayet, intihar ve her türlü kazanın yer aldığı dışsal faktörler grubu açısından bakıldığında, söz konusu nedenlere ilişkin UAÖA'dan elde edilen yüzdenin (yüzde 21), EURO (yüzde 18) ve EMRO (yüzde 16) ülkeleri için bulunan yüzdelerden çok da farklı olmadığı görülmektedir.
- UAÖÇ'nde ön plana çıkan ölüm nedeni olan kanser (yüzde 31), EURO bölgesindeki diğer ülkelerde de (yüzde 31) yaygın olarak görülmektedir. Buna karşılık, EMRO ülkelerinde kanser ölümlerinin payı (yüzde 13) oldukça düşüktür. Bir ülkede çok sayıda kanser vakasının tespit edilmesi, temel olarak hastalığın tanısına yönelik hizmetlerin kalitesi ve bunlara erişim olanakları ile ilgilidir. Bu sonuçlar, Türkiye'de söz konusu tanı imkanların mevcut olduğu sağlık hizmetlerinin yaygın olarak verildiği biçiminde yorumlanabilir. Ancak, kansere bağlı çok sayıda ölüm vakası gözlenmesi, risk faktörleri, alınması gereken önlemler, erken tanı ve tarama faaliyetleri anlamında daha detaylı çalışmaların yapılmasını gerektirmektedir.

UAÖÇ'nde kadın ölümlerine ilişkin elde edilen veriler Sağlık Bakanlığı ile Başkent Üniversitesi'nin birlikte yürüttüğü Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Araştırması, 2000 sonuçlarıyla da karşılaştırılmıştır. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Araştırması, 2000'de sözel otopsi ile modele dayalı tahminlerin birleştirildiği bir metodoloji kullanılmıştır. Bu araştırmada sonuçlar her iki cinsiyeti ve tüm yaş gruplarını içine alacak biçimde verildiği için, bu sonuçları UAÖA sonuçları ile karşılaştırmakta zorluklar yaşanmıştır. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Araştırması'nın örneğinde 6,000 ölüm vakası tespit edilmiştir. UAÖA'nda ise kullanılan metodolojiye uygun olarak 12-50 yaş grubundaki kadınlar kapsama alınmış ve hemen hemen aynı sayıda kadın ölümü tespit edilmiştir. Ulusal Hastalık Yükü Araştırması'nda sadece 27 anne ölümü tespit edilmiştir (Ulusal Hastalık Yükü, 2002). Bu nedenle de bu bulgular ile UAÖA sonuçlarının karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi mümkün olmamıştır. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Araştırması'nın anne ölümlerinin büyük bir bölümünün ağır kanamalar (yüzde 30) ve eklampsi (yüzde 20) ile ilgili olduğuna ilişkin sonuçları UAÖA'da elde edilen sonuçlar ile benzerlik taşımaktadır. Ancak düşüğe (yüzde 10), enfeksiyona (yüzde 10) ve zor doğuma (yüzde 5) bağlı anne ölümlerinin yüzdesi UAÖA'dan elde edilen yüzdelerle göre daha yüksektir. Kadın ölümlerine ilişkin genel nedenler açısından bakıldığında bu iki çalışma arasındaki temel farklılıkların dolaşım sistemi hastalıklarından ve dışsal nedenlerden kaynaklanan ölümler noktasında ortaya çıktığı görülmektedir. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Araştırması'nda dolaşım sistemi hastalıklarından meydana gelen ölümlerin (yüzde 37.3), farklı kategoriler birleştirildiği taktirde bile UAÖA'daki seviyeden (yüzde 16.6) oldukça yüksek olduğu gözlenmektedir. Buna karşılık, UAÖA'nda kazalar, cinayet, intihar gibi dışsal nedenlerin yüzdesi (yüzde 18.2) Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Araştırması'nda gözlenen yüzdeden (yüzde 5.1) daha düşüktür. Aynı zamanda, UAÖA'da tespit edilen kanser nedeni ile ölüm yüzdesinin (yüzde 31.2), Ulusal Hastalık Yükü

ve Maliyet Etkililik Araştırması'nda gözlemlenen yüzdeden (yüzde 10.2) çok farklı olduğu görülmektedir.

### 3.3. UAÖA Verisinin MERNİS ve Sağlık Bakanlığı Verisi ile Karşılaştırmalı Analizi

UAÖA metodolojisine, Türkiye'deki veri kaynaklarının avantajlarına, dezavantajlarına, mevcut kayıt ve bildirim sistemlerinin içeriğine ve niteliğine yönelik detaylı değerlendirmeler sonucunda proje bütçesi ve zaman sınırlamaları da göz önünde bulundurularak karar verilmiştir. Bu bölümde, Türkiye'de ölüm verisine ilişkin olarak kullanılan tüm veri toplama sistemleri anlatılmakta ve aynı zamanda UAÖA verilerinin MERNİS ve Sağlık Bakanlığı verileriyle hem ülke genelinde hem de il düzeyinde karşılaştırmalı analizleri verilmektedir.

#### 3.3.1 Hayati Kayıt Sistemi

Hayati kayıt sistemleri anne ölümlerini tahmin etmekte kullanılan genellikle tek veri kaynaklarıdır. Türkiye'de MERNİS olarak ifade edilen hayati kayıt sisteminin temel özellikleri ve yapısı şöyledir:

- Türkiye'deki hayati kayıt sistemi, İçişleri Bakanlığı'na bağlı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün (NVİGM) sorumluluğundadır. Aynı zamanda, ölüm, doğum ve diğer hayati olaylara ilişkin bilgiler doğrultusunda nüfus kayıtlarının tutulması ve güncellenmesi de bu kurumun görevleri arasında bulunmaktadır.
- Türkiye idari olarak 81 ile, bu illerin her biri de toplam 923 ilçeye ayrılmıştır. NVİGM'nin ülke genelinde her ilçede bulunan İlçe Nüfus Müdürlükleri bulunmaktadır.
- Doğumlara ve ölümlere (evlilik, boşanma gibi diğer olaylar da dahil) ilişkin bilgiler İlçe Nüfus Müdürlükleri aracılığıyla Ankara'daki NVİGM'ne gönderilmekte ve burada bilgisayar ortamında toplanmaktadır.
- İlçe Nüfus Müdürlüklerinden NVİGM'ye bilgi transferi on-line olarak yapılmaktadır.
- Nüfus kayıt sistemi 20.yüzyılın başlarında kurulmuştur. Bu sistemde, *de facto* ya da *de jure* ikamet edilen yerleşim yeri değil aile kütüğü esas alınmıştır.
- Sistem oluşturulurken, her aile kütüğü, erkek olan hanehalkı reisine göre sıralanmış ve bunların her birine kodlama sistemi içerisinde bir kimlik numarası verilmiştir.
- Kayıt sistemi, aile kütükleriyle sürdürülmüştür, bu şekilde aile şeceresi ailedeki erkekler aracılığıyla korunmuştur.
- Aile kütüğü farklı olan bir erkekle evlenen kadının kaydı eşinin kütüğüne aktarılmaktadır. Kadının adı kendi aile kütüğünde "kapatılmış" kayıt olarak görünür (bu kişiye ilişkin kayıt kalmaktadır ancak kişinin öldüğünü veya başka bir kütüğe geçtiğini belirtmektedir).
- Bu nedenle, eğer kişi kadın ise, aile kütüğünden kaydın silinmesi (i) ölüm ve (ii) evlilik halinde söz konusu olmaktadır.

Doğumların kaydedilmesi ve bildirilmesi şu şekilde olmaktadır:

- Ebeveynlerin, kanun uyarınca doğum olayını, gerçekleştiği tarihten itibaren 1 ay içerisinde bir İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirmesi ve yeni doğan bebeğe nüfus cüzdanı

çıkartması gerekmektedir. Sistem, doğum olayının bildirilmesinden ziyade nüfus cüzdanının edinilmesine yönelik vurgu yapmaktadır.

- Doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşları veya doğumu gerçekleştiren sağlık personelin doğum olayını İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirme zorunluluğu yoktur ve bildirilmemektedir.
- Neonatal ölüm durumunda, kanun gereğince ebeveynlerin bu olayı İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirmesi gerekmemektedir ve bu konuda sorumlu tutulmamaktadırlar. Doğal olarak, eğer yeni doğan bebek İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirilmemişse, bu kişi aile kütüğünde gözükmediğinden, bebeğin ölümünü de İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirmek mümkün olmamaktadır.
- Doğum bildirildiğinde, İlçe Nüfus Müdürlüğü tarafından bir doğum formu çıkarılır, bu form, doğum olayının bildirildiği İlçe Nüfus Müdürlüğü'nde kalır.
- Bilgi on-line olarak babanın aile kütüğünün görüldüğü İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne aktarılır; yeni doğan bebek babanın aile kütüğüne eklenir.
- Mevcut ikametgaha dair bilginin kaydedilmesi zorunlu değildir. Ancak, formda mevcut adresi yazmak için yer bulunmaktadır.

Ölümlerin kaydedilmesi ve bildirilmesi ise şu şekilde olmaktadır:

- Ölümün gerçekleştiği sağlık kuruluşunun, veya kentsel alanlarda defin izinlerini veren sorumlu kurumun, ölümü, olayın belgelendiği ilçedeki İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirmesi gerekmektedir. Bazı durumlarda, ölen kişinin akrabaları ölüm belgesini sağlık kuruluşundan alabilir ve süreci kolaylaştırmak amacıyla, kayıt için, bizzat elden İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne götürebilir.
- Kırsal kesimlerde, köy muhtarlarının ölüm olayını İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne bildirmesi gerekmektedir. Bu tür durumlarda ölüm kaydının yapılması için hiçbir sağlık belgesi aranmamaktadır.
- Hem kentsel hem de kırsal kesimlerde, ölüm olayının meydana gelmesinden sonraki 10 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir. Bildirim konusundaki gecikmelerde cezai işlemlerin uygulanması söz konusu olsa bile bu cezalar ağır değildir.
- NVİGM veya İlçe Nüfus Müdürlükleri ölümlerin kaydının tutulmasında pasif bir rol üstlenmektedirler. Ölümlerin kaydedilmesini sağlamak için hiçbir sistematik analiz yapılmamakta ve çaba sarf edilememektedir.
- Ölüm kaydı ancak ölen kişi bir aile kütüğünde görünüyorsa yapılabilir. Bu nedenle, doğum kaydı ölüm kaydı için bir ön koşul niteliğindedir.
- Ölen kişinin nüfus cüzdanı sağlık kuruluşları aracılığıyla İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne gönderilir veya köy muhtarı tarafından İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne teslim edilir; nüfus cüzdanı yok edilir ve kişinin kaydı nihai olarak aile kütüğünden silinir ("kapatılır").
- Ölümün gerçekleştiği yer, ölen kişinin yaşadığı yer ya da aile kütüğünün kayıtlı olduğu yer ilçe olsa da olmasa da, ölüm formu ölümün bildirildiği İlçe Nüfus Müdürlüğü'nde çıkartılır.
- Ölüm formuna adres bilgisi yazılabilmesine rağmen bu zorunlu değildir ve ölüm formlarının bazılarında ölen kişinin adresi kaydedilmiştir. Yakın zamanda Ankara'daki bir İlçe Nüfus Müdürlüğü'ne yapılan ziyaret, bu yıl rapor edilen ölümlerin çoğunluğunda ölen kişinin adresinin kaydedilmediği veya eksik olduğu, ölüm formunda belirtilen bilgiye

dayanarak akrabaların söz konusu adreste ikamet etmedikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca, 1998 yılında gerçekleşmiş ölümlerin yakın zamanda bildirildiği görülmüştür.

- Ölümün muhtar tarafından bildirildiği durumlarda, ölüm nedeni kaydedilmemiştir. Sağlık kuruluşu tarafından bildirilen ölümlerde ise, ölüm nedeni gerçekte ICD-9'a göre kaydedilmiştir, ancak bu tür bir bilginin düşük kalitede olduğu bilinmektedir.

Hayati kayıt sistemine ilişkin bilginin değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır:

- Yasada yer almasına rağmen NVİGM, doğumlar ve ölümlerle ilgili istatistikleri son zamanlara kadar yayınlamıyordu. Mevcut durumda ise, NVİGM'nin internet sayfasında annenin yaşına göre doğum sayıları, yaşa ve cinsiyete göre ölüm sayıları son yıllar için bulunmaktadır. Ancak, bu verilerde kişilerin nüfusa kayıtlı olduğu yere, annenin ya da ölen kişinin ikamet yerine ilişkin herhangi bir bilgi bulunmamaktadır.
- 2002 yılında meydana gelen doğumlar ile ilgili yapılan analizler, NVİGM verisinden hesaplanan toplam doğurganlık hızınının 1.85 olduğunu göstermektedir (doğumlar NVİGM sisteminden alınmış, sayımdan elde edilen kadın sayıları projekte edilmiştir). TNSA-2003 sonuçları TDH'nın 2.23; 2000 nüfus sayımı ise 2.53 seviyesinde olduğunu göstermektedir. TNSA-2003 sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızında önemli bir azalma gözlenmektedir. Bu bulgular MERNİS doğum kayıtlarında yüzde 20 ila 30 oranında eksik/geç bildirim olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, TNSA-2003'ün 1 yaşın altında ve hayatta olan çocukların yaklaşık üçte birinin nüfus cüzdanının olmadığı bulgusu ile tutarlılık göstermektedir (ilçe nüfus müdürlüklerine bildirilmemiş doğumlar).
- Ölümlere ilişkin yapılan analizlerde de, bu konuda, özellikle de kadın ölümlerinde büyük oranda eksik bildirim söz konusu olduğu ortaya çıkmaktadır. NVİGM verilerine göre 2005 yılında 340,015 ölüm bildirilmiştir. Kaba ölüm hızının binde 6 olduğu varsayılabilir, bildirimlerde yüzde 22 civarında bir eksiklik bulunmaktadır. Eksik bildirim özellikle bebekler ve kadınlar için fazla olmaktadır. Farklı kaynaklardan alınan  $e_0$  ya da  $e_5$  değerleri kullanılarak yapılan hesaplamalara göre doğurganlık çağındaki kadınların yüzde 35'i için eksik bildirim söz konusu olmaktadır.
- NVİGM ölümlerdeki eksik bildirimini dolaylı olarak kabul etmektedir: 90 yaşın üstünde olanları, muhtarlarla bu kişilerin buldukları yer veya hayatta olup olmadıkları konusunda görüşerek nüfus kayıtlarından çıkarmaktadır. Bu duruma, ölümlerle ilgili olarak yıllardan beri süre gelen eksik bildirimler sebep olmaktadır.
- Türkiye'deki hayati kayıt sistemi, bildirimler eksiksiz yapılsa bile ikamet yerine göre doğumlar ve ölümlerle ilgili olarak tahminlerin yapılmasına imkan vermemektedir. Dolayısıyla da, kadın/anne ölümlerini tespit etmek için hayati kayıt sistemindeki ölüm kayıtlarının kullanılması tahminlerin düşük çıkmasına yol açacaktır.

Tablo 3.25'de, UAÖA'dan elde edilen defnlere ilişkin veriler MERNİS verisi ile yaş, cinsiyet ve ölüm/defin yerine göre karşılaştırılmaktadır. UAÖA sisteminde MERNİS'e göre 3,496 (bunların 991'i erkek, 2,505'i kadındır) daha az ölüm tesbit edilmiştir. Buna karşılık, UAÖA sisteminde erken yaşlardaki ölümler (3,680), MERNİS sisteminde ise UAÖA'nın temel ilgi alanı olan üreme çağına meydana gelen kadın ölümleri daha fazla sayıda kayıt altına alınmıştır. Bu durum esas olarak MERNİS ile UAÖA'nın sistemlerinin birbirinden farklı olmasından ve kısmen de UAÖÇ'nde görevli olan birincil kaynakların üreme çağına meydana gelen kadın ölümlerini bildirdikleri takdirde Sağlık Bakanlığı'nın ölüm nedenine

ilişkin soruşturma başlatacağı düşüncesiyle bu ölümleri tam olarak kayıt altına almamasından kaynaklanmaktadır (Tablo 3.25).

Table 3..25 Proje illerinde MERNİS ve UAÖA ile toplanan ölümlerin yaş dağılımı,(Haziran 2005-Mayıs 2006)

MERNİS			UAÖA			Fark (UAÖA-MERNİS)					
Yaş	Erkek	Kadın	Toplam	Yaş	Erkek	Kadın	Toplam	Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
0-4	2,672	2,210	4,882	0-4	4,815	3,747	8,562	0-4	2,143	1,537	3,680
5-9	778	613	1,391	5-9	572	394	966	5-9	-206	-219	-425
10-14	630	438	1,068	10-14	484	323	807	10-14	-146	-115	-261
15-19	1,001	473	1,474	15-19	933	388	1,321	15-19	-68	-85	-153
20-24	1,200	576	1,776	20-24	1,202	498	1,700	20-24	2	-78	-76
25-29	1,253	585	1,838	25-29	1,328	529	1,856	25-29	75	-56	18
30-34	1,311	729	2,040	30-34	1,351	577	1,928	30-34	40	-152	-112
35-39	1,528	840	2,368	35-39	1,580	769	2,349	35-39	52	-71	-19
40-44	2,526	1,297	3,823	40-44	2,574	1,181	3,756	40-44	48	-116	-67
45-49	3,571	1,704	5,275	45-49	3,670	1,546	5,216	45-49	99	-158	-59
50-54	5,341	2,342	7,683	50-54	5,509	2,368	7,877	50-54	168	26	194
55-59	6,447	3,069	9,516	55-59	6,513	3,184	9,697	55-59	66	115	181
60-64	8,055	4,101	12,156	60-64	7,840	4,083	11,923	60-64	-215	-18	-233
65-69	10,164	6,253	16,417	65-69	9,887	6,311	16,197	65-69	-277	58	-220
70-74	13,460	9,136	22,596	70-74	12,750	8,996	21,747	70-74	-710	-140	-849
75-79	12,871	12,444	25,315	75-79	12,010	11,447	23,458	75-79	-861	-997	-1,857
80+	15,779	21,972	37,751	80+	14,578	19,935	34,514	80+	-1,201	-2,037	-3,237
<b>Toplam</b>	<b>88,587</b>	<b>68,782</b>	<b>157,369</b>	<b>Toplam</b>	<b>87,596</b>	<b>66,277</b>	<b>153,873</b>	<b>Toplam</b>	<b>-991</b>	<b>-2,505</b>	<b>-3,496</b>

### 3.3.2 Definler ve Defin İzinleri ile ilgili Veriler ve İstatistikler

Defin istatistiklerinin temel özellikleri şöyledir:

- Kentsel yerleşim yerlerinde, defin işleminin yapılabilmesi ancak sorumlu kurumun defin izin belgesini verdikten sonra mümkün olabilmektedir.
- Kırsal alanlarda defin izin belgesine gerek yoktur. Geleneksel düzenlemeler, kırsal yerleşim yerlerinde defin yapılan bir (bazen de iki) mezarlık bulunduğunu göstermektedir.
- Köylerde ölümlerin kaydedilmesinden sorumlu kişi muhtardır ancak bu sistemin çalışmadığı bilinmektedir.
- Kentsel alanlardaki mezarlıklar, belediyelerin sorumluluğu altındadır. Yeni kurulan bazı belediyelerde defin izin belgesi kullanılmayabilmektedir.
- Defin izni Sağlık Bakanlığı'na, belediyelere ve diğer sağlık kuruluşlarına bağlı sağlık personeli tarafından verilmektedir.
- Defin izin belgesi üç parçalı bir formdan oluşmaktadır. Bu formun bir parçası, belgeyi veren sağlık kurumunda kalmaktadır. Diğer parçası, Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) gönderilmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü'nde kalmaktadır. Son parça ise defin işleminin yapılabilmesi için belediyeye götürülmesi amacıyla aileye verilmektedir.

- Ölen kişinin yakınları, defin işlemini bir başka şehirde veya köyde gerçekleştirmek isterse aynı işlemleri yaptırıp ek olarak “nakil izin” belgesini de alması gerekmektedir.
- TÜİK, Sağlık müdürlüklerinden gelen bilgileri derleyerek il ve ilçe merkezleri için ölüm istatistiklerini her yıl yayınlamaktadır.
- Ankara, İstanbul gibi büyük şehirlerdeki belediyelerde defin bilgileri bilgisayar ortamında tutulmaktadır. Ancak, defin kayıtlarına yönelik olarak ülke genelinde merkezi veri sistemi bulunmamaktadır

Defin izinlerine dayalı bilginin değerlendirilmesi aşağıda verilmektedir:

- Yapılan analizlerden, Ankara ve İstanbul’daki belediyelerde tutulan kayıtların büyük ölçüde tam olduğu saptanmıştır. Bazı kadın ölümleri için az da olsa eksik bildirim söz konusu olabilir.
- TÜİK’in derlediği bilgilerin mezarlıktakilerle aynı verilere dayanmasına rağmen TÜİK istatistiklerindeki kapsam düzeyi mezarlıktakilerin kapsamından oldukça düşüktür. Sağlık kuruluşları çoğu zaman formları TÜİK’e gönderme konusunda yetersiz kalmaktadır.
- TÜİK istatistiklerine göre, ölüm nedeni bilinmeyen çok sayıda vaka bulunmaktadır. Bu istatistikler, bildirim konusunda ciddi anlamda bir eksikliğin söz konusu olduğunu ve anne ölümlerinin bütün kadın ölümleri içindeki payının beklenenden daha az olduğunu göstermektedir.
- İl ve ilçe merkezleri için yayınlanan ölüm istatistiklerindeki ölüm sayıları ile il ve ilçe merkezleri için bağımsız tahminlere dayanan beklenen ölüm sayıları karşılaştırılabilir. İl ve ilçe merkezleri için 2000-2002 yıllarına ait rakamlar yıl ortası nüfusa bölünerek binde 4 (2000 yılı için) ile 3.8 (2002 yılı için) arasında değişen kaba ölüm hızları hesaplanmaktadır. Coale-Demeny’nin Doğu Modeli Hayat tablosu temel alınarak il ve ilçe merkezleri için 2002 yılındaki kaba ölüm hızı 5.1 bulunmuştur. Bu iki bulgu karşılaştırıldığında 2002 yılı için yayınlanan ölüm sayılarının beklenenden yüzde 25 daha az olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar, Türkiye’de eksik bildirim sadece kırsal alanlarla sınırlı kalmadığını göstermektedir.

UAÖA verileriyle TÜİK verilerinin karşılaştırması yapılmamıştır çünkü TÜİK, ölüm istatistiklerini sadece il ve ilçe merkezleri için toplamakta ve kullandıkları kent tanımı ile UAÖA’daki kent tanımı birbirinden farklıdır.

### 3.3.3 Hastane/Sağlık Kurumu Kayıtları ve İstatistikleri

Türkiye’de doğumların yaklaşık olarak dörtte üçü sağlık kuruluşlarında gerçekleşmektedir (TNSA-2003’de yüzde 78; UAÖA’da yüzde 68). TNSA-2003’e göre, doğumların yaklaşık dörtte biri Sağlık Bakanlığı’na bağlı olmayan kurumlarda gerçekleşmektedir. Dolayısıyla da hastanede meydana gelen anne ölümleri, bütün anne ölümlerinin yanlı bir örnekleme niteliğinde olmaktadır. Bununla birlikte, yolda meydana gelen ölümlerin hastane kayıt sisteminde yer almadığı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, anne ölümlerine ilişkin bilgi toplayabileceği en az iki bildirim sistemi kullanmaktadır. Sistemlerden biri, sadece anne ölümlerine yöneliktir. Bütün il sağlık müdürlükleri anne ölümü olan vakalara ilişkin bilgileri her ay Sağlık Bakanlığı’na bildirmektedir. 2004 yılında bu yöntemle 166 anne ölümü bulunmuştur. 2005 yılında, UAÖA’nın da etkisiyle bu sayı 299’a çıkmıştır.



Kullanılan ikinci sistemde ise bilgiler bilgisayar aracılığıyla illerden merkeze aktarılmaktadır. Ancak, bu veriler Sağlık Bakanlığı tarafından düşük kaliteli bulunduğu için paylaşımına açılmamış ve bu çalışmada kullanılmamıştır.

Tablo 3.26 UAÖA anne ölüm verisinin Sağlık Bakanlığı verisiyle karşılaştırması

İller	2005							2006					Toplam
	Haz.	Tem.	Ağus.	Eylül	Ekim	Kas.	Ara.	Ocak	Şub.	Mart	Nisan	May.	
Adana	0	1	0	2	1	2	0	5	0	1	1	0	13
Ağrı	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Ankara	1	0	0	2	0	3	0	0	0	2	2	0	10
Antalya	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	0	1	7
Aydın	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Balıkesir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		1
Bartın	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Batman	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bayburt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Burdur	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Bursa	0	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
Çankırı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diyarbakır	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Erzurum	1	0	2	0	2	2	1	2	1	1	0	2	14
Gaziantep	1	1	0	1	2	0	2	0	0	2	0	0	9
Giresun	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
İstanbul	1	0	2	2	3	1	1	2	2	2	5	0	21
İzmir	1	2	0	0	1	1	1	3	4	2	0	0	15
K.Maraş	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Karaman	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kütahya	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Malatya	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
Nevşehir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ordu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Sakarya	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Sivas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Tekirdağ	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4
Tokat	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Van	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	1	7
<b>SB Toplamı</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>135</b>
<b>UAÖA Toplamı</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>178</b>

Sağlık Bakanlığı sistemi ile toplanan anne ölümlerine bakıldığında (Tablo 3.26), UAÖA süresince proje illerinden 135 anne ölümü bildirilmiş olduğu görülmektedir. UAÖA sisteminde ise proje illerde 178 anne ölümü tesbit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı sistemi tarafından tesbit edilen 135 anne ölümünün 106'sı UAÖA sistemi tarafında da tesbit edilmiştir. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı sisteminin tespit edemediği 72 anne ölümü vakası UAÖA sistemi tarafından tesbit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı sistemde anne ölümlerine ilişkin bilgiler ölüm yerine göre toplanırken UAÖA'da verile defin yerine göre toplanmaktadır. Dolayısıyla, bu iki sistemin bire bir karşılaştırılması her zaman için mümkün değildir. Bununla birlikte, toplam sayılar üzerinden yapılan karşılaştırmalar, her iki veri toplama yönteminin birbirini destekler biçimde çalıştığını göstermiştir. Özellikle de UAÖA'daki veri toplama faaliyetlerinin Sağlık Bakanlığı'nın bildirim sistemi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gözlenmiştir. Sağlık Bakanlığı sisteminden gelen veriler, UAÖA öncesi ve sonrası olarak iki aşamada değerlendirildiğinde, UAÖA'nın başlamasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı sisteminde anne ölümleri bildiriminde yüzde 27'lik bir artış olduğu görülmektedir. Bu nedenle de, UAÖA metodolojisinin rutin bildirim sistemini iyileştirici bir etki yaptığı söylenebilir.

### 3.4 Anne Ölüm Göstergelerinin Modele Dayalı Tahminlerine Yönelik Sonuçları

Bölüm 2'de belirtildiği gibi modele dayalı analizler her biri çok değişkenli lineer regresyon modeli olan üç farklı yaklaşım kullanarak yapılmıştır. Modele dayalı tahminlerin yapılabilmesi için öncelikle UAÖA verisi kullanılarak 29 proje ili için “Anne Ölümlerinin Kadın Ölümlerine Oranı (AÖKO)” hesaplanmıştır. Buna ek olarak, GNS-2000'deki il bazındaki verilerden ile Türkyılmaz'ın (Türkyılmaz, 2003) seçilmiş bazı demografik göstergeler ve sağlık göstergeleri için il bazındaki tahminlerinden yararlanılmıştır.

Birinci yaklaşımda, anne ölümlerinin kadın ölümleri içindeki oranının (AÖKO) il düzeyinde tahmin etmek amacıyla 81 ilin kovaryansları kullanılarak 2000 BM modelindeki formül aynen (BM'nin alfa ve beta değerleri ile birlikte) uygulanmıştır. Modele dayalı anne ölümü göstergelerinin elde edilmesi için Stanton ve Hill tarafından Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) için bir model geliştirilmiştir. Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH), doğurganlık hızı, doğum öncesi ve sonrası bakım gibi anne ölümlerinin seviyesiyle ilişkili süreç değişkenleri ile anne ölümü göstergeleri için yapılan regresyon analizlerine göre 1990, 1995 ve 2000 yılları için üç model oluşturulmuştur. “Anne Ölümleri, 2000” raporunda yer alan ve UNICEF/UNFPA/WHO tarafından geliştirilen Birleşmiş Milletler modeli şöyledir:

$$\text{logit (AÖKO)} = -6.15 + 1.24 \cdot \ln(\text{GFR}) - 0.014 \cdot \text{logit}(\text{SA}) - 0.26 \cdot \text{GDP/PPP} + 0.53 \cdot \text{LASSAME} - 0.62 \cdot \text{VRComplete}$$

Yukarıdaki modele göre  $R^2$  değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Bu modelde (Model 1) GFR, Genel Doğurganlık Hızını, logitSA eğitimli personel tarafından gerçekleştirilen doğumların yüzdesini, GDP/PPP satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen gayri safi milli hasılayı, LASSAME Latin Amerika, Sahra-altı Afrika ve Orta Doğu-Kuzey Afrika için kukla değişkeni ve VRComplete ölüm kaydının eksiksiz olduğu ülkeler için kukla değişkenin aldığı değerleri göstermektedir.

Ancak, BM'in raporunda verilen bu formülde bir hata olması nedeniyle bu modelin uygulanmasında birtakım sorunlar yaşanmıştır. Ayrıca, BM raporunda Türkiye için AÖKO'nun hesaplanmadığı yer almadığı anlaşılmıştır. Modeli geliştiren ilgili kişilerle iletişime geçildikten sonra elde edilen düzeltilmiş model (Model 1) şöyledir:

$$\text{logit(AÖKO)} = -7.069 + 1.158*\ln(\text{GFR}) - 0.0133*SA - 0.0255*\text{HIV} + 0.399*\text{LASSAME} - 1.077*\text{VRComplete}$$

Model 1, AÖKO'nun doğru olarak tahmin edilmesini sağlamaktadır ancak il bazında HIV'nin yaygınlığı konusunda bilgi bulunmadığı için bu modelin il bazındaki uygulamalarında zorluklar yaşanmıştır. Bu nedenle, Türkiye'nin geneli için bu değişkenin değerinin, UNAIDS internet sayfasındaki veriye dayanarak, sıfır olduğu varsayılmıştır. Bu varsayım, 73 milyonluk nüfusta 2000'den daha az HIV vakası (0.00002) olduğu anlamına gelmektedir.

İkinci yaklaşımda ise, Model 1'de yer alan iki önemli değişkene ait veriler (GDH ve eğitilmiş personel tarafından gerçekleştirilen doğumların yüzdesi) kullanılarak 29 ilin verisinden farklı alfa ve beta değerleri ile yeni bir model oluşturulmuştur. Model 2 sonucunda oluşan formül şu şekildedir:

$$\text{logit(AÖKO)} = -11.665 + 1.75442*\ln(\text{GFR}) + 0.01019*SA$$

Bu modelde R<sup>2</sup> değeri 0.53 olarak bulunmuştur. SA değişkeni için p değeri 0.174 çıkmıştır ancak bu değişken yine de modelde tutulmuştur. Son yaklaşım ise AÖKO'nu bağımlı değişken olarak kullanan ve en yüksek R<sup>2</sup> değerini alan doğrusal regresyon modeli olacak şekilde yeni bir model oluşturmak olmuştur. Bunu mümkün kılmak için de Türkyılmaz'ın TNSA-1998 verilerini temel alan çalışmasından ve 2000 Nüfus Sayımından elde edilen değişkenler kullanılarak çeşitli regresyon modelleri üretilmiştir. Bu aşamada oluşturulan regresyon modellerindeki değişkenler şunlardır: Sağlıklı su kullanan hanehalklarının yüzdesi, kanalizasyona bağlı tuvalet kullanan hanehalklarının yüzdesi, doğum öncesi bakım yüzdesi, sağlık kuruluşunda yapılan doğumların yüzdesi, doğumda sağlık hizmeti alan annelerin yüzdesi, son iki hafta içinde ishali olan çocukların yüzdesi, normalden zayıf olan çocukların yüzdesi, doğum kaydı olmayan 5 yaş altı çocukların yüzdesi, akraba evliliği yapan kadınların yüzdesi, gebeliği önleyici modern yöntemler kullananların yüzdesi, ölen çocukların oranı, toplam doğurganlık hızı, gayri safi üreme hızı, ortalama anne olma yaşı, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, kadınların işgücüne katılım hızı. Bu modelde eğitilmiş personel tarafından gerçekleştirilen doğumlar, temiz su kullanan hanehalkları, ortalama anne olma yaşı” anlamlı değişkenler olarak modelde kalmıştır. R<sup>2</sup> değeri 0.75 olarak bulunan regresyon modeli (Model 3) şöyledir:

$$\text{logit(AÖKO)} = -18,154 + 0,020 SA + 0,499 \text{ Magechild} - 0,013 \text{ safewater}$$

Tablo 3.27'de modellerin sonuçları ve tahmin edilen AÖKO değerleri verilmektedir. Modellerin AÖKO tahminleri karşılaştırıldığında, Model 1'deki sonuçların, Model 2 ve Model 3'e göre gözlenen değerlerden çok farklı olduğu ortaya çıkmaktadır. Model 3'e dayalı

AÖKO tahminleri gözlenen değerlere daha yakın olmakla birlikte gözlenen değerler ile tahmin edilen değerler arasında belirgin farklılıkların olduğu görülmektedir.

Tablo 3.27 Regresyon modelleri ile gözlenen ve tahmin edilen AÖKO değerleri

İl	Gözlenen AÖKO	BM modeli-2000 ile tahmin edilen AÖKO (Model 1)	Model 2 ile tahmin edilen AÖKO	Model 3 ile tahmin edilen AÖKO	İl	Gözlenen AÖKO	BM modeli-2000 ile tahmin edilen AÖKO (Model 1)	Model 2 ile tahmin edilen AÖKO	Model 3 ile tahmin edilen AÖKO
Adana	0,029	0,033	0,039	0,032	Konya	-	0,042	0,044	0,043
Adıyaman	-	0,074	0,043	0,064	Kütahya	0,013	0,031	0,021	0,012
Afyon	-	0,035	0,042	0,026	Malatya	0,037	0,029	0,030	0,044
Ağrı	0,108	0,095	0,107	0,148	Manisa	-	0,029	0,025	0,017
Amasya	-	0,028	0,026	0,018	K. Maraş	0,038	0,053	0,066	0,053
Ankara	0,018	0,020	0,019	0,018	Mardin	-	0,342	0,314	0,065
Antalya	0,034	0,022	0,021	0,030	Muğla	-	0,024	0,020	0,017
Artvin	-	0,021	0,015	0,046	Muş	-	0,098	0,051	0,082
Aydın	0,024	0,026	0,025	0,019	Nevşehir	0,015	0,026	0,019	0,015
Balıkesir	0,029	0,022	0,020	0,021	Niğde	-	0,043	0,045	0,039
Bilecik	-	0,021	0,019	0,020	Ordu	0,036	0,031	0,029	0,047
Bingöl	-	0,062	0,048	0,097	Rize	-	0,016	0,014	0,049
Bitlis	-	0,122	0,072	0,110	Sakarya	0,015	0,030	0,030	0,028
Bolu	-	0,022	0,019	0,022	Samsun	-	0,027	0,022	0,019
Burdur	0,012	0,026	0,021	0,018	Siirt	-	0,072	0,032	0,068
Bursa	0,013	0,024	0,024	0,020	Sinop	-	0,025	0,019	0,030
Çanakkale	-	0,022	0,014	0,018	Sivas	0,040	0,041	0,037	0,036
Çankırı	0,018	0,027	0,025	0,026	Tekirdağ	0,017	0,020	0,019	0,014
Çorum	-	0,037	0,033	0,013	Tokat	0,044	0,044	0,053	0,034
Denizli	-	0,029	0,027	0,018	Trabzon	-	0,019	0,016	0,065
Diyarbakır	0,068	0,113	0,057	0,057	Tunceli	-	0,021	0,014	0,040
Edirne	-	0,017	0,015	0,019	Şanlıurfa	-	0,113	0,067	0,090
Elazığ	-	0,039	0,023	0,041	Uşak	-	0,023	0,024	0,016
Erzincan	-	0,030	0,029	0,063	Van	0,080	0,167	0,085	0,073
Erzurum	0,090	0,056	0,048	0,066	Yozgat	-	0,045	0,036	0,030
Eskişehir		0,017	0,015	0,021	Zonguldak	-	0,016	0,011	0,021
Gaziantep	0,068	0,067	0,052	0,029	Aksaray	-	0,070	0,101	0,035
Giresun	0,056	0,021	0,018	0,037	Bayburt	0,118	0,038	0,048	0,070
Gümüşhane	-	0,033	0,032	0,084	Karaman	0,000	0,039	0,036	0,034
Hakkari	-	0,145	0,134	0,133	Kırıkkale	-	0,034	0,038	0,027
Hatay	-	0,040	0,047	0,032	Batman	0,029	0,107	0,034	0,047
Isparta	-	0,025	0,024	0,033	Şırnak	-	0,177	0,130	0,059
İçel	-	0,030	0,030	0,037	Bartın	0,021	0,018	0,015	0,018
İstanbul	0,013	0,026	0,025	0,022	Ardahan	-	0,015	0,006	0,034
İzmir	0,022	0,020	0,019	0,019	Iğdır	-	0,122	0,118	0,056
Kars	-	0,103	0,132	0,030	Yalova	-	0,022	0,021	0,023
Kastamonu	-	0,020	0,016	0,015	Karabük	-	0,015	0,013	0,026
Kayseri	-	0,058	0,059	0,022	Kilis	-	0,051	0,049	0,037
Kırklareli	-	0,018	0,017	0,022	Osmaniye	-	0,041	0,046	0,059
Kırşehir	-	0,035	0,045	0,033	Düzce	-	0,026	0,024	0,024
Kocaeli	-	0,028	0,028	0,019					

BM regresyon modelinde  $R^2$  değeri 0.91 gibi ile oldukça yüksek olmasına karşın, AO'nın güven aralığı tartışmaya açıktır. BM'in 2000 modelinde, Türkiye için AO güven aralığının alt limiti 18, üst limiti 130 olacak şekilde 100,000 canlı doğumda 70 olarak hesaplanmıştır. Buradan yola çıkararak, anne ölüm oranı gibi çok nadir görülen olaylara ilişkin istatistiklerin regresyon modellerine dayalı olarak tahmin edilmesi özel bir dikkat gerektiği söylenebilir.

Niteliksel araştırma, ülkede var olan defin kayıt sistemini daha iyi anlamayı kolaylaştırmak amacıyla yürütülmüştür. Araştırmanın temel olarak hedeflediği alanlar Muhtarlık kurumu, Belediye olan yerlerde mezarlık müdürlüklerinin yönetimi, ‘gece gömüsü’ uygulaması, definlerle ilgili var olan kayıt sistemine yönelik algı (MERNİS, Sağlık Bakanlığı, TUİK), hasta dosyalar ve hastanelerde kaydedilen ölüm nedenleri ve il proje personelinin UAÖÇ yaklaşımına yönelik algılarıdır.

## 4.1 Birincil Kaynaklar: ‘Muhtarlar’

Defin kayıtlarından, belediyesi olan yerlerde belediyelerin mezarlık görevlileri, köylerde ise muhtarlar sorumludur. UAÖÇ’de bu sorumlular, defin işleriyle ilgilenen kişiler olarak birincil kaynak olarak tanımlanmışlardır. Projenin başlangıcında, 29 ildeki muhtarlara ve mezarlık görevlilerine projenin amaçları ve bu kişilerin sorumlulukları konusunda eğitim verilmiş ve bu eğitimler tam katılımın sağlanması amacıyla tekrarlanmıştır. Yürütülen odak grupların ve derinlemesine görüşmelerin büyük bir çoğunluğunda, defin kayıtlarının eksik bildirimine yönelik olarak özellikle muhtarların olumsuz bir yaklaşımı olduğu vurgulanmıştır. Tüm proje illerinde vurgulanan bu durum, muhtarlarla derinlemesine görüşme yapılmasının önemini ortaya koymuştur. Bu nedenle, öncelik muhtarların kendi görevlerini nasıl algıladıklarına ve Türkiye’deki muhtarlık sistemi hakkındaki görüşlere verilmiştir.

### 4.1.1 Muhtarların Görev Algıları

Görüşme yapılan muhtarlara görev ve sorumlulukları sorulduğunda, belirtilen konular sırasıyla köyün yol, su, elektrik ve kanalizasyon sorunlarını çözmek, köyün güvenliğini sağlamak, jandarma ve karakola gerekli bildirimlerde bulunmak, sağlık ocağı, okul, cami ve çeşme yapımı gibi konuların yanı sıra sağlıkla ilgili olarak yeşil kart ve sosyal yardımlaşma dayanışma vakfına yönelik başvuruların yapılması olarak dile getirilmiştir. Nüfus müdürlüğüne yapılması gereken bildirimler ya en son dile getirilmiş ya da hiç sözü edilmeyen bir görev olarak karşımıza çıkmıştır.

*“Şimdi köylülerime hizmet veriyorum, şu anda dünyanın en mutlu insanı kendimi hissediyorum. Su yokken evlerine su getirdim. Elektrik sorunları vardı, elektrik şebekesini değiştirdik. Köy pompası dağıldı, yeni pompa taktırdık. İşte fakir fukaraya sosyal yardımlaşma vakfından yardım çıkarttım. Kömür verdiriyoruz kışın. İşte elimden gelen çabayı gösteriyorum ben.”* (Muhtar, Diyarbakır)

Köylüye hizmet vermenin kendileri için önemli olduğunu dile getiren muhtarlar, genel olarak muhtar olmaktan dolayı memnun olduklarını belirtmişlerdir. Akrabalık ilişkilerinin daha yoğun olduğu köylerde, köy halkına hizmet etmenin yakınlarına hizmet etmek anlamına geldiği söylenmiştir. Muhtarlığın yeterli bir maddi kaynağı olmaması nedeniyle kendi çabalarıyla

sorunları çözmeye çalıştıkları için, muhtarlar ekonomik olarak karlı bir iş yapmadıklarını, aksine muhtarlığın maddi açıdan zararlı bir iş olduğunu belirtmişlerdir.

*“Muhtarın yapacağı hiçbir şey yok. Devletin muhtara getireceği hizmet yok, ama yapılması kaçınılmaz olduğu zaman... muhtarlıkta kar yoktur, kar amaçlı girersen yanlış yaparsın, muhtarlık topluma hizmet, hakka hizmet, topluma hizmettir. Topluma hizmet verirsen hakka hizmet vermiş oluyorsun.” (Muhtar, Kayseri)*

Başka bir muhtar da yaptığı hizmeti şu şekilde ifade etmiştir: *“...bütün evlere ben su vermişim, kendi imkanlarımla vermişim. Ne belediye vermiş, ne su işleri, kendim getirmişim. 300-400 metre ilerden buraya getirmişim... bütün yolumuzu kendimiz yapmışız...” (Muhtar, Diyarbakır)*

Muhtarlığın olumsuz yanları belirtilmesine rağmen, arkasından getirdiği itibarın da ne kadar önemli olduğu hemen hemen tüm muhtarlar tarafından dile getirilmiş, eğitimi az olan muhtarlar açısından ise yeni bir şeyler öğrenmenin bir yolu olduğu da aktarılmıştır.

*“...ama gittiğin zaman bi makama vardığın zaman muhtar olarak gittiğin zaman hemen kabul de görüyorsun. Böyle artıları da var.” (Muhtar, Ankara)*

*“Hem ben siyaset bilmezdim. Siyaseti öğrendim. Devlet dairelerini öğrendim. .. gittiğin yerde itibarın oluyor, hörmet ediyolar falan, böyle şeyler oluyor. E köyde de acık itibarın var yani tabi ki muhtar deyin. E ben de seviyorum bu işleri. Onlar bana öyle güveniyolar, ben onlara bir şeyler yapmaya çalışıyorum.” (Muhtar, Kayseri)*

Eğitim düzeylerinin düşük olması ve göreve başladıklarında belirli bir eğitim almamaları ve defin ruhsatları ile mezarlıkların kayıt sistemine ilişkin düzenli bir uygulama olmaması da muhtarların kayıt konusundaki duyarsızlıklarını pekiştirmektedir. Muhtar seçildikten sonra herhangi bir hizmet-içi ya da oryantasyon eğitimi almadıklarını belirten muhtarlar, daha çok işi uygulama sırasında öğrendikleri belirtmişlerdir. Daha önceki muhtardan görev aktarımının da genellikle söz konusu olmadığı görülmüştür. Sadece, muhtar olmadan önce aza olarak çalışanların daha avantajlı konumda oldukları muhtarların kendileri tarafından da sık sık dile getirilmiştir.

*“Hiçbir kurumdan bir bilgi almadık, yani özel idaremiz olsun, mahalli idareler olsun yani muhtarın görevi şudur şudur diye bize bir şey anlatılmadı. Biz kendi bildiğimizle yapıyoruz... ha şu oluyor, toplantı noluyor, vali muavinlerimiz geliyor. Efendim işte TEDAŞ'ın sıkıntıları var, nedir parayı siz toplayın...kuruma gittiğimiz zaman orda sıkıntılar çekiyoruz. Ha niye çekiyoruz, muhtarlığımızı bilmediğimiz için çekiyoruz.” (Muhtar, Diyarbakır)*

*“Birinci sene çok zorluk çektim ya ondan sonra öğrendim... gerçi benim böyle bir danışmanım felan da yoktur amma ben kendi çabamla öğrendim.” (Muhtar, Kayseri)*

*“Yaptığımız muhtarlık nasıl bir şeydir, bu CD'lerdeki korsanla gerçek gibi... şimdi gerçek olan, yani bandrollü olan, bizim ki korsan...Yani sorumluluklarımızın ancak yüzde 50 oranında dile getirebilmişiz, ne bileyim daha geniş şeyler mesela bana göre bir çevre olayı, işte ben isterim ki*

*şu dağlar yemyeşil orman olsun...İşte karımın tutumunu görüyorsun yani, öteye gidemiyor.”*  
(Muhtar, Ankara)

Görüştiğimiz muhtarların çoğunun eğitimi ilkokul mezunu düzeyindedir. Bu nedenle, zaman zaman zorluk çektiğini belirten muhtarlar olmasına rağmen bir çoğu açısından da muhtarlık eğitim gerektiren bir iş olarak tanımlanmamıştır.

*“Zaten muhtarlık o kadar da şey değil. Eğitime tabi tutulacak bir şey değil. Batı da nasıldır bilmiyorum, köyde muhtarın normal vatandaşlıktan farklı değil. Köyde herkes muhtar. Köyde bir getiriyorsun, adamın çıkarına uymuyor, karakolluk oluyorsun. Kendi aranda uzlaş diyorlar, uzlaşmaya varınca, adam uzlaşmıyor, o işte öyle kalıyor.”* (Muhtar, Diyarbakır)

*“Valla muhtarlık öyle sanıldığı gibi yoğun değil. Öyle devlet memuru gibi gidip sabah saat kalkıp da akşama kadar bir yerler gitmiş değiliz, sorumluluğu yok.”* (Muhtar, Ankara)

Muhtarlığın ikincil bir iş olarak yapılıyor olması, muhtarların çoğunun çiftçi veya esnaf olmaları da kendilerini tam anlamıyla bir kamu görevlisi gibi hissetmemelerine neden olmaktadır. Muhtarlar için önemli olanın tekrar seçilmelerine katkısı olacak, itibarlarını devam ettirecek olan daha görünür hizmetler yapılması olarak tanımlanmıştır.

Bazı durumlarda, görüştiğimiz muhtarların aileleri muhtarlık işinin diğer işleri aksattığını söyleyerek, eşlerinin ya da oğullarının tekrar muhtar olmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Ancak, muhtarlığın bir kere denendikten sonra kolay kolay bırakılmayacağına/alışkanlık yapacağına dair söylemler de dile getirilmiştir.

*“Şimdi adam 40 yaşında almış ama bunu artık alışkanlık yapmış, mühürü teslim edemiyor, 4. 5. dönem yaptıkları var. Mesela geçen sene, geçen sene yaz ayındaydı işte, ırgatlıktaydık bizim deyimimizle, ...köyünün muhtarı var vefat etti. Adam muhtarlığıyla vefat etti yani. Şimdi oranın da 1. azaya bıraktılar seçim oldu olmadı. Hani bu alışkanlık oluyo. Şimdi mühürler, bana diyorlar ki sen bi dahaki dönem bırakaman, ya bırakırım felan, o mühürü teslim etmesi çok zor, aldım mı geri vermesi çok zor diyorlar. Bunu tecrübeliler diyo.”* (Muhtar, Ankara)

Muhtarların kayıt konusuna yaklaşımları, aslında defin kayıtlarına yönelik tutumları açısından önemlidir. Kendisi de muhtar olmadan önce resmi nikahı olmayan bir muhtar, muhtar olduktan sonra resmi nikah yaptırdığını açıklamıştır.

*“Ben kendimde 82’de evlenmişim. 87-88’de daha evlilik cüzdanımı çıkardım. Muhtar olmuşum. Kendiminkini yaptırmadan sizinkini yaptırmam dedim. Şimdi doğar doğmaz kayıt yapılıyor.”*  
(Muhtar, Diyarbakır)

Son dönemde tüm kayıtlar konusunda olumlu gelişmeler yaşandığı, özellikle de yeşil kart sahibi olmak için nüfus cüzdanı çıkarılması konusunda bir yoğunluk yaşandığı belirtilmiştir. Diyarbakır’dan bir muhtar köyünde nüfus cüzdanı olmayan kimse kalmadığını ve herkesin resmi nikahlı olduğunu belirtmiştir.



*“Adam 85 yaşına gelmiş, daha kimlik sahibi değil. Bunları kimlik verdirdik allaha şükürler olsun şimdi yani ketim kimse kalmamış. Resmi nikahsız köyde yok. mesela çocuğu doğuyor, dünyaya geliyor adam hemen gidiyor ertesi günü gidiyor kimliğini çıkartıyor.” (Muhtar, Diyarbakır)*

Ancak aynı muhtarın defin ruhsatı verilmesi konusunda aynı duyarlılıkta olmadığı söylenebilir. Defin ruhsatı olmadan da cenazenin defnedilmesinin sorun olarak algılanmadığı görülmüştür. Daha sonra defin ruhsatı verilmesi konusunda muhtarın yetkisinin yeterli olduğu da eklenmiştir.

*“...Hayır şimdi köy muhtarı olduktan sonra mesele yok. kefil olarak köy muhtarı tabi orda geçerli. Tabi orda yazıyor forumda imzalıyoruz. Sorumluluk biz de kalıyor. Orda tabi adamlar da tabi güveniyorlar, köy muhtarlarına güvenip şey yapıyorlar, yardımcı oluyorlar sağ olsunlar. ” (Muhtar, Diyarbakır)*

Muhtarların defin ruhsatı olmadan defin yapılması ve definlerin kayıt edilmesi konusundaki görüşleri alındığında her üç ilde de benzerlik görülmektedir. Genellikle mezarlıklardaki defin kayıtlarının tutulmadığı ve defin ruhsatı olmadan defin yapılmasının çok da önemli bir sorun olarak algılanmadığı görülmektedir. UAÖÇ kapsamında, İçişleri Bakanlığı tarafından Nisan 2005 tarihinde belediyelere ve muhtarlara gönderilen defin ruhsatları ve kayıtlarına ilişkin genelgeden tüm muhtarların haberdar olmadıkları gözlenmiştir. Muhtarların büyük bir kısmı, Köy Kanunu’nda muhtarın görevlerini tanımlayan ve özellikle de Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nun da definlere ilişkin izinler konusunda eğitimler almışlardır.

Ölümlerin çoğunun hastanede gerçekleşmesi nedeniyle, köylerinde az ölüm meydana geldiğini belirten muhtarlar, Mernise yapacakları bildirimlerinde çok az olduğunu, bu nedenle de Mernis formlarının nasıl doldurulacağını unuttuklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle, Mernis formlarını doldururken genellikle cenaze sahibi ile birlikte nüfus müdürlüğüne gittiklerini ve formları da arzuhalciler tarafından daktiloda doldurulduğu açıklanmıştır. Mernis formlarında hata yapılmaması gerektiğini söyleyen Ankara’dan bir muhtar bu konuda titiz davrandığını ve ücret ödeyerek formu daktilo ya da bilgisayar ile doldurulması işini sağlama almak olarak açıklamıştır.

*“Bi de yani yoğunluk olmadığı için yılda bi sefer oluyor, unutuyoruz, o örnek form falan var elimizde ama işte bi tane arkadaşımız yanlış yaptı, ondan dolayı bayağı bi mahkeme falan epeyce sürdü, tekrar mahkeme kararıyla düzeltilmesi gerekiyor.” (Muhtar, Ankara)*

MERNİS formları konusunda adli bir durumun ortaya çıkmasından çekindiğini belirten aynı muhtarın kayıt tutulması konusundaki yaklaşımı da aslında “kayıt” kelimesinin daha çok soruşturma, adli bir durum çağrıştırdığı söylenebilir. UAÖÇ’nin eğitimleri sırasında da muhtarların projeye ilişkin kendi aralarında konuştuklarında, kayıtla birlikte mezarların açılması durumundan çekindikleri aktarılmıştır:

*“Acaba mezarlar açılır mı, otopsi yapılır mı diye endişelenildi, öldü geri mezarından çıkarma gündeme geliyor, özgeçmiş yok ki neyi kullanacaksın. Sağlık grup başkanı dedi, yaz, ölü sahibi tereddütte kalıyor. Koskoca Özal’ı bile yaracaklardı.” (Muhtar, Diyarbakır)*

Benzer bir algının görüştüğümüz diğer muhtarlar açısından da belirleyici olduğu gözlenmiştir. Muhtarlar kendi köylerinde cinayet, sabıka durumu olmadığını övünerek belirtirlerken “yabancı” birilerinin defin için gelmesi durumuna karşı dikkatli olduklarını, ancak onun dışındaki durumlarda kayda gerek olmadığını belirttikleri görülmüştür.

*“Bizim burdan kimse devlete karşı gelmez. Git adliyeye var, hiç sabıkamız yok bizim. Biz çok memnunuz...yok onların hepsini anlattılar bize, kimliği dediler açık konuşayım doktor bey bize anlattı. Hadi doğudan vuruldu geldi, hadi teröristse bize bunları hep söylediler, doğrusunu konuşmak lazım...” (Muhtar, Kayseri)*

Köyde herkesin birbirini yakından tanıdığı da düşünülürse, ortada kaygılı bir durum olmadığında, defin ruhsatının da hemen verilmesi konusuna pek de gerek görülmemektedir. Muhtarlar görüşmeler sırasında defin ruhsatı olmadan gömüye izin verdiklerini, sonradan bu konuda zaman zaman sıkıntı yaşadıklarını da ifade etmişlerdir.

*“Evde ölen insanı defnediyorum, direkt defnettım. Şimdi kişinin gidip nüfustan düşürme şansımız yok düşüremiyoruz. Ha belediyeye gidiyoruz, belediye kabul etmiyor.” (Muhtar, Diyarbakır)*

Defin ruhsatı verilmesi ve kayıt tutulması konusunda proje illeri içinde yer almayan Kayseri’den bir muhtar defin ruhsatı düzenlemediğini, buna gerek olmadığını, sadece trafik kazalarında savcının doktorla birlikte rapor tuttuğunu ifade etmiştir. İçişleri Bakanlığı’nın gönderdiği genelgeden haberdar olmadığını da belirten muhtar, kayıt tutmamayı ilginç bir ifade ile açıklamıştır:

*“Defnedilen vatandaş hepimizin bildiği vatandaşdır, yok yok gerek yok, yok öyle bir şeyimiz yok zaten, devlet kaydediyor, nüfusa bildirildiği zaman devlet düşüyor onu.” (Muhtar, Kayseri)*

Defin ruhsatı verilmesi konusunda her ne kadar İçişleri Bakanlığı’nın genelgesi kendilerine ulaşmamış olduğu söylene de bu konudaki duyarlılığının biraz daha artığından bahsedilebilir. Bu konuda eskisine göre ilerleme kaydettiğini belirten Kayseri’den bir başka muhtar, artık defin ruhsatını görmeden kimseyi defnetmediğini, ancak tanıdık biri olduğunda bunu biraz geciktirebildiğini aktarmıştır.

*“Eskiden bizim buralarda defin raporu ney yazılmıyordu, dışarda ölü olduğu zaman, dışardaki hastane defin raporu veriyor. Köyde hasta olup da doğal ölüm olan kişilere ihtiyar yaşlı, hasta,... vefat ettiği zaman biz burada kendilerine defin raporu hazırlıyoruz... gidiyoruz nüfusa, veriyor, nüfustan düşürüyoruz...Mesela giden sene Ankara’dan bir cenaze geldi, defin raporları, hatta dedim ki tabutu da açın. İnsanın yüzüne bakayım...” (Muhtar, Kayseri)*

Başka bir muhtar ise, ölüm acısı çekilirken defin ruhsatı ile ilgili bilgilerin hemen istenmesinin çok da uygun olmadığını, bu nedenle de biraz zamana gerek duyduğunu belirtmiştir:

*“Onu düzenliyoruz da hani öyle birden bire varıp, bi acayip oluyo yani, ölü olduğu zaman ben ölümü şey yapmadan hemen varıp da bu işe mi geldi diye o şekilde olabiliyo yani, olabilir yani. İnsanlık yani bu ... gömüldükten sonra bir gün sonra veya bir yakınına yani kendi şeyine de diyemezsin, kimliğini isterik biz onun.” (Muhtar, Kayseri)*

UAÖÇ'nin yürütülmesi sırasında, muhtarların projeye tam katılımlarının sağlanmadığı, eğitimlerin yenilenmiş olmasına rağmen, toplantılara katılmayan muhtarların olması muhtarlar tarafından yapılan bildirimlerin bazı yerlerde eksik kalmasına neden olmuştur. Yaptığımız görüşmeler de muhtarların bildirim konusundaki tutumlarının nedenlerini anlamaya yönelik sorular sordüğümüzde, muhtarlar açısından köyün alt yapı hizmetlerinin öncelikli olduğunu ve bildirim, özellikle de ölüm bildiriminin gerekliliği konusuna muhtarların eğitime katılmış olmalarına rağmen çok da ikna olmadıkları gözlemlenmiştir.

*“Zaten yani düğüm orda oluyo yani ölmüş gitmiş, keşke sağlığında kontrol altına alınsa da.”*  
(Muhtar, Ankara)

*“Evde öldüyse, cenaze sahibi ölümünü verirse veriyor. Üstünü kapatıp gidiyor, bir daha onunla mı uğraşacağız. Zaten ölmüştür...ben onlarla mı uğraşayım, ben gideyim niye öldüğünün tahkikatını mı yapayım. Ben onu gidip soruşturmaya mı çekeyim. Adam da bana söylemez. Zaten ölmüş.”* (Muhtar, Diyarbakır)

Ayrıca, diğer hizmetler konusunda devlet kurumlarından yeterli destek almadığını belirten muhtarların bazılarının kurumlara kızgın olması nedeniyle projeye katkı verme konusunda çok da istekli olmadıklarını görülmüştür.

*“Valla benim için ekstra iştir. Mernis değildir, bu benim görevim. Ama bu görev dışında bize başka görev yüklediler... önemli olan şeye bakmıyorsunuz, ölüm sebebini araştırıyorsunuz. Hemşire yok, öğretmen yok. zaten bir eğitim ve kültür sorunudur. Benim öğretmenim sürekli rapor alıyor... benim köyüme sağlık müdürlüğü yeterince hizmet getirmediği için sağlık müdürlüğünün bir projesine çok da gönüllü olarak katkı koymak istemedim...hizmet olarak hiçbir kurumdan görmedim ki. tekrar size bildirmenin bir anlamı yok. hiçbir kurumdan görmedim ki... sağlık müdürlüğü ne hizmet verdiniz ne eğitim verdiniz. ben eğitimci değilim, okumuş bir insan da değilim, aile planlaması deniyor. Allah vermiş ben ne yapayım diyor. onları bir eğitin... Ofis'e (semt ismi) gidiyor öğretmen orada oturuyor. Bir öğretmen hapiste, mermerde görünüyor, maaş alıyor. Ben bunları gereksiz buluyorum. Balık baştan kokar.”* (Muhtar, Diyarbakır)

UAÖÇ'deki bildirim eksikliği konusunda belirtilen diğer nedenler arasında, muhtarların eğitim düzeylerinin düşük olması, yaşlarının fazla olması ve de unutkan olmaları da dile getirilmiştir. Ankara'dan lise mezunu genç bir muhtar, muhtarlığın kolay kolay değişmeyen bir kurum olduğunu, aynı muhtarın yıllarca görevine devam ettiğini ve de yaşlı olmaları nedeniyle bu konudaki duyarlılığın az olduğunu belirtmiştir.

*“Sizin alamadığınız köylerin muhtarları genelde yaşlıdır. Yaşlıdır. Dedim ya mesela aşağı yukarı 36 mı 37 köy var, içinde 50 yaşın altında 15 tane muhtar çıkmaz. Bi de bazıları dediğim gibi yaşlılık, unutkanlık, şimdi adam 40 yaşını almış ama bunu alışkanlık yapmış, mühürü teslim edemiyö. 4. 5. dönem yaptıkları var. Mesela geçen sene...Adam muhtarlığıyla vefat etti... “şimdi adam yazmayı beceremiyö belki, yazmayı unuttuyö, tam yazamıyö, yaşlı dedim ya...”* (Muhtar, Ankara)

Aynı muhtar yaşlı muhtarların formları kaybettiklerini, doldurmayı unuttuklarını ve de çok ilgilenmediklerini de belirtmiştir:

*“Çoğu kişi şimdi formu kaybettiği için, formu bulamadığı için vermiyordur. Aldı formu ordan verildi, dosyayı getirdi bi yeriye attı, hanımı da yaşlıdır aldı halının birinin altına koydu orda duruyodur. Şimdi yaşlılar öyle yapar... yani adam yaratılış itibariyle vurdumduymaz. Sorumluluk pek alamıyo, belki o vermeyenlerin gidin evde o formları bulamazsınız.” (Muhtar, Ankara)*

Muhtarların kayıtla ilgili işlemleri çok da ciddiye almadıkları söylenebilir. Köylerine hizmet etmenin önemli olduğunu belirten muhtarlar açısından özellikle de ölüm kayıtlarının tutulması vatandaşın göreceği ve takdir edeceği bir durum olarak görünmemektedir. Hizmet etmekten muhtarların anladığı daha önce de belirtildiği gibi, alt yapı hizmetlerinin sağlanması, mezarlıkla ilgili olarak da yas evi inşa edilmesi, morg yapılması ya da taziye için bir mekan oluşturulması olarak dile getirilmiştir. Tüm bunlar, muhtarların yaptıkları işin görünür olmasını ve köy halkı tarafından takdir edilmesini istediklerini ortaya koymaktadır.

UAÖÇ’ye ilişkin olarak, muhtarların bir kısmı, özellikle kış aylarında kendileri için bu formları ilçeye getirmenin hem ulaşım hem maliyet açısından sorun olduğunu belirtmişlerdir.

*“Şimdi 25 km buraya gelinceye kadar adam evinden çıkacak 3 km ötede sağlık ocağı var daha iyi olur yani...” (Muhtar, odak grup görüşmesi, Antalya)*

*“Ta buraya gelmedense 6 km sağlık ocağı bana. benim köyümde de sağlık ocağı var buraya gelmektense bu trafiğe falan.” (Muhtar, odak grup görüşmesi, Antalya)*

*“Şimdi getirmek 40 km. buraya getirmek.” (Muhtar, odak grup görüşmesi, Antalya)*

Antalya’da yapılan odak grup görüşmesine katılan muhtarlar da ölüm<sup>1</sup> olmadığı durumlarda da formların aylık olarak bildirilmesinin anlamsız olduğunu belirtmişlerdir.

*“Ben şuna da bi kanaat getirmek istiyom. Her zaman boş beyan vermeye gerek yok. Öldüyse zaten adam biz onu bildiriyoz buraya. Ölen adamı bildiriyoz yani her ayda bir...Köyde adam ölcek diye bi şartta yok. Onun için ölen insanları bildirelim.” (Muhtar, odak grup görüşmesi, Antalya)*

Ölümlerle ilgili konularda kendilerinde sorumluluk olmasının çok da anlamlı olmadığını, bu görevi sağlık personelinin yapması gerektiğini de belirtmişlerdir. Özellikle de ölüm nedenleri konusunda ne yazacaklarını bilmediklerini ve bu konuda eğitilmiş olmadıklarından bahsetmişlerdir.

Kadın ölümlerinin eksik olmasına yönelik olarak muhtarların görüşleri sorulduğunda, hiçbir muhtardan bu konuda net bir cevap alınmamıştır. Hatta görüşmelerde bu soru dikkate alınmayıp, sadece bebek ölümleri konusunda bu konuda sıkıntı yaşandığı dile getirilmiştir.

*“Yeni doğan çocuğun resmiyette kaydı olmasın bildirilmez (öldüğünde) benim haberim olmaz ama yaşlı biri olsa ondan haberdar oluruz. Çocuklardan haberdar olmayız.” (Muhtar, Diyarbakır)*

<sup>1</sup> UAÖÇ’de bildirim olmadığı durum ile sıfır defin olduğu durumu birbirinden ayırt etmek ve kayıt sürecinin devamlılığını sağlamak açısından, birincil kaynaklardan defin olsa da olmasa da aylık olarak rapor vermeleri istenmiştir.

#### 4.1.2 Muhtarlık Kurumu Hakkındaki Düşünceler

Seçimle göreve başlayan muhtarlık kurumunun bir yandan köyde devletin temsilcisi olarak tanımlarken, bir yandan da muhtarların kendini tam olarak kamu görevlisi olarak görmediği gözlenmiştir. Bu durum muhtarların görev ve sorumluluklarını tam olarak bilmemesini getirmektedir. Muhtarlardan sorumlu olan kaymakamlar da bu durumu şu sözlerle ifade etmişlerdir.

*“Proje konusunda bilgilendirseniz de kendini orada tam bir kamu görevlisi olarak göremiyor ne yazık ki onun sekreteryası yok onun belki bürosu yoktur bu da doğaldır tabii. Yeni seçilmiş tecrübe şeyi olmayan arkadaşlar var. Mümkün olduğu kadar muhtarlarımızı, ben kendim bizzat uyardım. Hatta Avrupa Birliği içerisinde olan bir projedir, bunların da takip edilmesi lazım dendi.” (Kaymakam, Ankara)*

Diğer bir kaymakam da muhtarların yeterli eğitim almamalarının sorun olduğunu şu cümlelerle ifade etmiştir.

*“Ciddi bir eğitim aldıkları söylenemez. Yazı işleri müdürlüğü vasıtasıyla bilgilendiriliyorlar zaman zaman. Mesela köye yönelik bir proje yapılacaksa, çağırıyoruz anlatıyoruz. Mesela muhtar çok şey istiyor, biz de anlatıyoruz neden o şeklide olmaz. Köyün yönetimiyle ilgili bilgi de veriliyor, köylere hizmet götürmeyle ilgili de. 6 ayda bir rutin toplantı olur ama gerek duyulunca toplanıyoruz arada.” (Kaymakam, Ankara)*

Proje araştırmacıları ve proje doktorları/koordinatörleri de odak grup görüşmeleri sırasında muhtarlardan dolayı yaşadıkları sıkıntıları dile getirmişlerdir.

*“Teke tek oturup muhtarları aradığımız oldu doktorumuzla birlikte merkez ilçe ama köyleri, muhtarlar çok duyarsızlar. bu çok önemli. en son şey bile dediler. telefonla artık taciz gibi çok arıyoruz. göndermezsem atacak mısınız beni diyen bile oldu yani.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Projenin başlangıcında, muhtarların eksik bildirimde bulunmasının nedeninin eğitim düzeyi olduğunu belirten proje araştırmacıları daha sonraki dönemlerde bunun görev bilinci ve muhtarların kişiliği ile ilgili konusunda görüş birliğine varmışlardır.

*“Bence gönderen muhtarlarla göndermeyen muhtar arasındaki fark. Ben ilk başlarda kültür hani okumak okumamak arasında ki fark diye düşünüyordum ama öyle değil... Bence şey muhtarların görev bilinciyle alakalı, kültür düzeyleriyle alakalı değil, kişilikleriyle” (İl proje araştırmacısı, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Proje doktorları/koordinatörleri ile yürütülen odak grup görüşmesinde de muhtarlarla çalışmanın sağlık bakanlığı personeli açısından başlangıçta oldukça zorlanılmasına neden olduğu dile getirilmiştir. Eğitimler sırasında muhtarların bakış açısının farklı olması nedeniyle, farklı bir bakanlık olması nedeniyle muhtarlara yönelik yaptırımların da yeterli olmadığından şikayetçi oldukları görülmüştür.

“...Bu projede değişik olan, bizim başka bakanlıklara bağlı, farklı sektördeki farklı bakış açısındaki insanlarla birlikte çalışmamız oldu. Biz hekim eğitimlerinde ya da sağlık personeli eğitimlerinde bu denli sıkıntı yaşamadık, yaşadığımız hatırlamıyoruz. Ama herbirimiz ilçe grup başkanlıklarına giderek muhtarların eğitimlerine katıldık. Gerçekten bi kere bakış açıları çok farklı. Onarın hukuki sorumlulukları yasal yaptırımlarının farkında değiller ve onları eğitmekte burda bize düştü. Ancak tabii biz onların bakanlık olarak farklı bakanlık olduğumuz için de yaptırımımız da olmadığı için bunlar olan üstü çabalar gerektireni kişisel ilişkilerle, sempatik kanalları yürüterek, sempatik kanallarla yürütölen çalışmalar şekline dönüştü...Ancak gerçekten okuma-yazma bilmeyen, form dolduramayan, eğitimin sonunda, sonunda ‘ben anlamam siz bunu, her ay ben size gelirim siz doldurursunuz’ diğer muhtarlara kadar çok karşılaştık ve o yüzden verinin toplanma şekli ve veride asıl işbirliği yapıcağımız ekibin farklı olması bence bu projedeki bi başka farklılık.” (İl proje koordönatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)

Muhtarların projeye ilgisizliğine neden olarak doktorlar/koordinatörlerle yapılan odak grup görüşmelerinde de eğitim düzeyinin düşük olması, muhtarların görevlerini bilinçli olarak yürütmemeleri, hizmet içi eğitim eksikliği ve muhtarların seçilmiş olmalarının önemi dile getirilmiştir. Ayrıca, İçişleri Bakanlığı’nın bu konuya bir standart getirilmesi de yapılması gereken en önemli konulardan biri olarak gündeme gelmiştir. Ayrıca, muhtarlar arasındaki mantığın “zaten ölüyo, yani bildirmenin ne anlamı manası var” şeklinde olduğu da eklenmiştir.

İçişleri Bakanlığı ve TUIK uzmanları ile yapılan görüşmelerde de muhtarlık sisteminin aksayan yanları dile getirilmiştir. Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü yetkilileriyle yaptığımız görüşmelerde de muhtarlık sisteminin Türkiye’de sağlıklı işlemediği, seçilmek ve atanmak arasındaki farklılık nedeniyle muhtarların da yükümlölüklerini yerine getirmediği belirtilmiştir. Bu nedenle de hayati kayıtların elde edilmesi konusunda muhtarların görevli olmaması önerilmiştir.

“Zaten muhtarlık diye bir şeye ben karşıyım, ne demek muhtarlık ya, affedersin ama sağlık ocağındaki hemşire okuma yazmasını bilen insandır. Hemşireler kaç sene eğitim alıyorlar. Doğru mu, yav muhtarın ne olduğu belli değil”, çünkü muhtar seçimle geliyor, adamın umurunda mı... ben seçilmişim diyor atanmış değilim ki. Atanmışlarda bir korku, bir şey olur.” (İstatistikçi, Ankara)

Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü’nden bir başka yetkili de muhtarlık sisteminin gözden geçirilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır:

“Valla muhtarlar büyük bi problem aslında Türkiye’de, gerçekten bi problem. Muhtarlar bi kere, yani artık ama şu da var. muhtar bulmakta da zorlanıyoruz bazı köylerde, kimi bulsalar sen muhtar ol diye. muhtar olmak istemiyorlar yani... yani angarya tamamıyla angarya, bakmayın doğuda şey yapmasına, güç görüyor onu da. Yani aslında bilmiyorum bu muhtar sistemini Türkiye’de tekrar gözden geçirebiliriz. Ya biraz evvel belirttiğimiz gibi Türkiye’de 40 bine yakın, 40 50 bin arası şey var köy var veya 42 bin veya 32 bin. yani eğer Türkiye bu 38 bin yere birer tane kamu görevlisi vermiyor, Türkiye’deki sistemin daha halen büyük çoğunluğu kamu vasıtasıyla çözölüyor.” (İçişleri Bakanlığı’nda uzman, Ankara)

## 4.2 Belediyesi Olan Yerleşim Yerlerindeki Mezarlıkların Yönetimi

Projenin birincil kaynaklarından biri mezarlık görevlileri ile de yapılan görüşmeler mezarlık il ve ilçe belediyelerinde farklı kişiler tarafından yürütüldüğü için görüşmelerimizin hepsi müdür düzeyinde gerçekleşmemiştir. Büyükşehir belediyelerinde genellikle mezarlık müdürlüğü ve şefleri ile görüşmemize karşın, ilçelerde mezarlık biriminde çalışan şefler, bazı durumlarda da bekçi ile görüşmeler yapılmıştır. Üç Büyükşehir (Ankara, Diyarbakır, Kayseri) belediyesinde de defin kayıtlarının düzenli tutulması, İçişleri Bakanlığı'ndan gelen genelgenin hayata geçirilmesi, defin ruhsatı olmadan gömü yapılmaması açısından oldukça duyarlı yöneticilerle karşılaşmıştır.

Büyükşehir belediyesinde müdür olarak çalışan kişiler, şu anda belediyelerin mezarlık kayıtlarının düzenliliğini sağlama çabasında belediye başkanlarının rolüne ve duyarlılığına işaret etmişlerdir. Mezarlık hizmetlerinin halka hizmet açısından oldukça önemli bir yer olduğunu belirtmişlerdir.

*"...Bu da Sayın Belediye Başkanımızın insanlara verdiği, bu konuda insanların üzüntüsünün paylaştığı, yani ben ilk geldiğim gün beni en çok kamçılayan bi şey oldu onu da söylüyüm. Mezarlıklar müdürü 5 yıl veya 7 yıl gibi bir zaman burda görev yaptım ama bizde hep şöyle bir söz var işte mezarlıklar müdürlüğü sürgün bir yerdir..." (Mezarlık müdürü, Diyarbakır)*

Kayseri'de görüştüğümüz mezarlık müdürü ve şefi de bugüne kadar Kayseri'de görev yapan belediye başkanlarının bu konuda duyarlı olmaları nedeniyle düzenli bir sistem kurulmuş olduğunu, şu anda da bu sistemi geliştirmek amacıyla çalışmalarına devam ettiklerini aktarmışlardır. Ayrıca, halkın bu konuda çok duyarlı olduğunu da eklenmiştir.

*"Belediye başkanlarının ve başkanının duyarlı davranması...başkanlar bu kadar duyarlı davranmasaydı bu şekilde düzenli bi şey çıkmıycağı...Belediye başkanımız özellikle defin ve cenaze konusunda çok hassas. Yani insanların, geçmişine saygısı olmayan insanların kendisine saygısı olmaz düşüncesi tabi her insanda olması gereken bi düşünce... Şimdi bizim kayseride de, kayseri'nin çarşı esnafının özellikle u o gün kim ölmüş, kim kalmış hepsinden haberi mutlaka olur. Şimdi bi de bizim kayseri insanı birbirine biraz daha tutkulu yani, tutucu. Çarşı esnafı mutlaka öğle namazına veya ikindi namazına gittiğinde çarşı içinde cami kebirde cenaze levhasına bakar. Bugün kim ölmüş, çünkü Kayseri'de mutlaka o cenazede bulunulur, yani mutlaka o mezarlığa gelinir, defin işleminde bulunulur yani esnafta yani kayserinin içinde yaşayan insanlarda, yerli halkında böyle bi tutuculuk vardır." (Mezarlık şefi, Kayseri)*

Defin ruhsatları konusunda da Kayseri Büyükşehir Belediyesi'nde herhangi bir sorun yaşanmadığı, halkın da duyarlı olduğu ve defin ruhsatı olmadan gömüye izin vermedikleri de belirtilmiştir. Diyarbakır Büyükşehir belediyesi mezarlık müdürü ise vatandaşların bu konudaki duyarlılığından yakınmıştır.

*"Vatandaşımız bu konuda bilinçsiz, şimdi bugün gelmiş, adam üniversite bitirmiş bir insan, işte bir kurumda veteriner hekim, yakını ölmüş, raporu ben diyor işte o şeyde diyor ben gelip işte burda doktor mu arayacaktım, işte ben şunu mu arayacaktım, dedim bak siz böyle düşünmeniz biraz yanlış, hani köyde yaşayan biri, veya hiç bilmeyen bir insan veya bilmem ne bir insan"*

*acaba...nasıl bir insan doğarken ilk önce işte gelir bir ebe rapor verir, nüfusa almak için, vefat ederken de muhakkak ona bir doktor gelir, kişiyi görür, definini yazar, götürür bir yere verirsin, defneder ve kayıt defterine geçer, adam bugün gelmiş 1966'nın kaydını istiyor benden, 1966 yılında adamın babası vefat etmiş, bugüne kadar ölümü vermemiş.” (Mezarlık müdürü, Kayseri)*

Kayseri’de benzer şekilde vatandaşların defin ruhsatı alınması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarından söz edilmiştir.

*“Yani olaki, vatandaş bi ilamı vermek için bi 15 sene beklemek zorunda kalabiliyor veya uı 1978 1979 senesinde vefat eden bi insanın şeysinin gelip şimdi alabiliyorsunuz. Hatta geçen gün şey oldu, hafta sonu bi vatandaş müracaat etti, 1971 senesinin 6 ayında vefat eden bi kişinin bilgilerini istedi.o ayın yok yani, biz de sadece 71’in son aylarından itibaren var şu anda. Şu anda elimizde öyle bi ölüm defin ruhsatı olmadığından dolayı gerekli bilgi ve yardımı sağlayamıyoruz diye ben not yazdım. Amcaya verdim eline, ama dedim bunun yolu da mahkeme kararıyla 3 gün içerisinde nüfustan düşürme işlemi yapabilirsiniz. 71 de vefat etmiş, daha veraset ilamı verilmemiş, 35 sene olmuş.” (Mezarlık şefi, Kayseri)*

Mezarlıklarda kayıt defterlerinin düzenli olmasında mezar satış defterinin önemli olduğu da dile getirilmiştir.

*“Şimdi cenaze kayıt defteriyle mezar satış defteri, yani vilayete bağlı olan tapu kayıt nası tapu nasılsa veya nüfustaki kütük nasılsa bizim mezarlıkta kullandığımız mezar satış defterimiz de aynı. Yani yasal geçerli, mesela kütükte i yanlışlık yapıldığı zaman bunu bizim düzeltme şansımız yok.” (Mezarlık şefi, Kayseri)*

Kayseri’nin bir ilçesinde İçişleri Bakanlığı’ndan Nisan 2005 tarihinde gönderilen genelge sonrasında Park-Bahçe ve Mezarlıklar Birimi kurulmuştur. Daha önce de defin kayıtlarının tutulduğu, ancak deftere geçirilmediği, şu anda ise genelgede istenen bilgiler doğrultusunda defter hazırlandığı ve bilgisayar ortamına da bu kayıtları tutulduğu açıklanmıştır. Bu açıdan genelgenin, özellikle belediyelerde etkisinin motive edici bir işlevi olduğunu söylenebilir.

*“Zaten defin kayıt defterimize de yeni başladık. Yeni bişey olduğu için, 2005’in nisanından sonra.” (Mezarlık müdürü, Kayseri)*

Büyükşehir belediyelerinin mezarlık biriminde görev yapanların genel şikayeti personel eksikliği olarak karşımıza çıkmıştır.

*“Şimdi bakın... Şimdi bi tane baş imamımız var. Dört tanede imamımız var bu Karşıyaka’da Sincan mezarlığımızda imam kadrosunda olan kimse yok. Bi tane gassal kadrosunda arkadaşım var O da hem orda idarecilik yapıyor hem de imamlık. Cenaze yıkama zaten görevi yani gassal olmasından dolayı. Hem de o görevi yapıyor. Asri mezarlıkta bir tane imam var. Hem idarecilik yapıyor hem de defin işlerini gerçekleştiriyor. Bi tane daha imam var ve o orda da tabi cenaze sayısı Sincan’a istinaden fazla.” (Mezarlık şefi, Ankara)*

Ankara’daki mezarlık şefi, izinsiz gömü yapılmasının sadece cenazenin nakledilmesi durumunda söz konusu olabileceğini açıklamıştır.



*“E tabi yani. Olur diyosun, gereken prosedürü yerine getiriyosun. Yine o nakillerde bir yol izin belgesi vardır...Onu biraz sonra tekrar açayım size. İu. Bu yol izin belgesini verir. Götürür. Buyurun götürün defnedin der. Adam Çubuğa götürmez, döner Solfasol mezarlığına defin eder. Orda görevli yok. Hiç kimse de yok. E ne olur? Ha belki 1 ay sonra, belki 5 sene sonra, belki de 10 sene...son. Yani, erkek çocuğuyrsa askerlik yoklaması gelinceye kadar hiç arayıp sormaz. O çünkü verilen evrak da onun cebindedir, ya da işte yıpranmıştır, kaldırmış atmıştır. Ta askerliği, askerlik çağı geldiği zaman eyvah der ben ne yaptım der, ama gelir burda arar araştırır, iş işten geçer. Ulan yok yani, buraya defin olmamış. Eğer kız çocuğu ise, bu da taaa babanın ölümü, veraset ilanının çıkıncaya kadar...” (Mezarlık şefi, Ankara)*

Mezarlıklarda çalışan personel sayısının az olmasının yanı sıra personelin eğitim düzeyinin düşük olması da gene kayıtların düzgün tutulmamasının nedenlerinden biridir. Diyarbakır’ın bir ilçesinde mezarlık bekçisinin 18 yaşındaki oğlu bu durumu “*kimisi diyor, ne kadın ölümü falan, cahilliktendir hocam, yani mesela ben de olmasaydım benim babam da tam anlamazdı ve kağıda yazamazdı hocam*” diyerek açıklamıştır. Proje için yapılan eğitim toplantılarına muhtarların çoğunun katıldığını, ancak gereken ilgiyi gösteremediklerini söyleyerek, muhtarları cahil olarak tanımlamıştır.

*“Yok geldi hepsi, nadiren onlarda Türkçe falan olmadığı için, ama yapmıyorlar, kimisi diyor, ne kadın ölümü falan, cahillik şeyiylen hocam, yani mesela bence ben de olmasaydım benim babam da tam anlamazdı ve kağıda yazamazdı hocam”* diyerek anlatmıştır.

İlçe proje koordinatörünün bu konuda Kürtçe anlatımlarda da bulunduğunu ama muhtarların ilgilenmediklerini de eklemiştir: *“Kürtçe yani... hoca anlattı ama vallahi yani hiç bir şey yapmıyorlar... yani niye başımı yoracam, gidecem orda bana soru soracaklarmış gibi şeylerden dolayı.”*

### **4.3 ‘Gece Gömüsü’ Uygulaması**

Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde muhtarın ya da belediye görevlilerinin haberi olmadan gömü yapılabildiği durumlar olduğu belirtilmiştir. Bölgeler arasındaki en önemli fark, gece gömü yapılması olarak karşımıza çıkmıştır. Şafi mezhebinden olan illerde cenazenin hemen kaldırılmasının daha az acı çekilmesine neden olduğu görüşü hakimdir. Bu durumu iklim şartlarının da etkilediği, sıcakta cenazenin bekletilmemesinin daha uygun olduğu da belirtilmiştir.

*“Yani şey kültürel nedeni kimi diyor ki işte cenazen bi an evvel kalkması daha iyi, çevredeki insanların rahatsız olmaması daha iyi, acıyı bir an önce yerinden kaldırmak daha iyidir. Genel olarak yani nedeni bu. Yani adam mesela trafik kazası geçirmiş, ya da ne biliyim gençtir ani bir ölü, özellikle bu genç yaşlarda ölenlerin cenazesini insanlar biraz daha erken kaldırmak istiyor. Yani çünkü gömü olduktan sonra acı biraz daha dinliyor. Yani en çok da şeyi o, ama muhakkak sıcaklıkta buna en büyük etken de sıcaklıktır. Ama biz özellikle diyoruz, biz bu morglarımızı kurarsak, kesinlikle bu kuralı koyduracağız diyoruz işte yani. İnsanlarımız için de iyiyse, bizim için de iyiyse, sistem bu şekilde daha güzelse, öyle olması gerekiyor bence.” (Mezarlık müdürü, Diyarbakır)*

Diyarbakır belediyesi mezarlık müdürü gece definlerine halka hizmet vermek açısından izin verdiklerini de eklemiştir.

*“Bizim kontrolümüz şu. aslında bizim kontrolümüzde, şimdi kimi vatandaşa dediğin zaman işte yazdır, sıcaaktır, dediğin zaman bu sefer ikna edemiyorsun, işte adam kokacak, ben onu nereye koyacam, yarın sabah bi daha onla uğraşacak. İşte bilmem ne. Bu tür şeylerde insanlara sıkıntı veriyor, bi de bundan dolayı şu ana kadar reddetmedik, yani mümkün olduğu kadar. Gecenin çok geç saati olmazsa yani kesinlikle reddetmiyoruz. Gömmeler yine bizim mezarlığımızda, gömme yerini yapıyoruz.” (Mezarlık müdürü, Diyarbakır)*

İl proje araştırmacıları ile yapılan odak grup görüşmesinde de, Doğu'dan gelen katılımcılar gece gömüsünün Şafiliğin yaygın olduğu yerlerde olduğunu belirtmişlerdir.

*“Yanılmıyorsam sadece Doğu'da, Güneydoğu'da var, hemen gömme olayı orda var....sadece cinayet değil, köyde hemen gömüyolar, mezhep şeyi olabilir. Mesela bu taraftakiler genelde hanefidir, o taraftakiler şafidir.” (İl proje araştırmacısı, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Kayseri'de yaptığımız görüşmelerde ise, gece gömüsünün hanefi mezhebine göre yasak olduğu ve akşam ezanından sonra kesinlikle gömü yapılmayacağı belirtilmiştir: *“ Bir de uu burda genelde vatandaş biraz mezhep şeyinden dolayı olsa gerek, İç Anadolu'da hanefi mezhebi olduğu için akşam cenaze defni mehruktur. Bu bakımdan, ikindiden sonra cenaze defni olmaz. İkinci de bile, ikinci namazında bile, çok az genelde cenaze öğle namazından sonra defnedilir (telsiz çalıyor) ağırlık orda olur, ikinci de bile değil. Akşam ve yatsı hiç olmaz. Mesela ben doğuda görev yaptım, ben esas eğitimciyim, Sarıkamışta görev yaptım. İşte felanın yakını ölmüş, defnedilmiş, dedim bu saatte defin mi olur. İşte abi şafi mezhebi dediler, şafi mezhebinde oluyor dediler. hayret ettim yani. Ama bizim burda mesai saatinden sonra defin olmaz. Zati yönetmeliğimize göre de öyledir. Yani mesai bitinceye kadar olursa olur, olmazsa olmaz.” (Mezarlık şefi, Kayseri)*

#### **4.4 Mevcut Defin Sistemine Yönelik Görüşler**

TUİK'deki uzmanlarla yapılan görüşmede, Türkiye'deki ölüm istatistiklerinin ve ölüm nedenlerinin derlenmesine yönelik yürütülmekte olan çalışmalara ilişkin bilgi alınmıştır. Türkiye'de ölüm istatistiklerinin 1986 yılından itibaren sadece il ve ilçe merkezlerini kapsadığı, 1982 yılında bucak ve köylerden derlenen istatistiklerinin sağlıklı olmaması nedeniyle buradan gelen verinin toplanmasına son verildiği aktarılmıştır.

Aylık olarak il sağlık müdürlüklerinden gelen formların derlendiği, ancak bazen hastanelerden bağımsız formların geldiği durumların da olduğu dile getirilmiştir. Bölge müdürlükleri kurulmadan önce, illerden gönderilen formların toplu olarak gelmesi nedeniyle kapsam konusunda yaşanan sıkıntılara dikkat çekilmiştir.

*“Diyelim ki Adana'nın Ceyhan ilçesinden Ocak ayında gelen form sayısı, şunu diyebiliriz Adana'da 10 tane hastane var, 7 tanesinden geldi diyelim 3 tanesinden gelmedi, bunu nasıl tespit ediyorsunuz? Bunu tespit edemiyoruz. Bize toplam geldiği için hastane bazında karteksimiz yok.” (TUİK uzmanı, Ankara)*

İllerden gelen ölüm verilerinin kapsam olarak sorunlu olduğu, ölüm sayılarının yaş ve cinsiyet bazında bir değerlendirmesinin yapılmadığı, MERNİS ile yapılan karşılaştırmalarda ise özellikle erken yaş ve ileri yaş ölüm verilerinde doğru veri elde edilememesi nedeniyle çok da işlevsel olmadığı belirtilmiştir. MERNİS'ten elde edilen bilgilerle kendi derlediklerini karşılaştırıldığında özellikle yaşlı ölümlerinde erkekler ile kadınlar arasında farklılık ortaya çıktığı da eklenmiştir.

*“Yani bizde kadınlarda beklenen ömür daha uzun, erkeklerde kadınlara göre 4-5 yıl fark ediyor. Şimdi MERNİS’e gittiğiniz zaman erkeklerdeki şey daha fazla çıkıyor neden çünkü mal bildirim olduğu için ya da emeklilikten biliyorsunuz devlet açıkladı onlar maaş aldıkları için MERNİS’ten düşülüyor. Çünkü beyana dayanıyor, beyana dayandığı için MERNİS de yaşayan erkekler daha fazla görünüyor.” (TUİK uzmanı, Ankara)*

Şu anda bölge müdürlüklerinin devreye geçmiş olmasının, en azından bölgelerdeki kayıtlardaki eksiklikleri kontrol edebilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Ancak, evde gerçekleşen ölümlerin TUİK’e defin ruhsatı alınmadan gömü yapıldıysa, ya da kuruma ulaşmadıysa bilinemeyeceğinin de altı çizilmiştir.

Şu anda kurumun yapısında meydana gelen değişiklikler kapsamında, özellikle Avrupa Birliği projelerinin yürütülmeye başlanması ve EUROSTAT ile uyumlu bir sisteme geçilmesi açısından bu konuda da yeni düzenlemelere gidilmektedir. AB ülkelerine uyumlu olacak şekilde ölüm istatistikleri ve ölüm nedenlerinin farklı birimler tarafından derlenmesine geçilmiştir.

Ölüm nedenlerine ilişkin olarak da bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın yaptırımının daha fazla olması gerektiği ve doktorların bu konuda duyarlı olmalarının sağlanmasının önemi dile getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın bu konuya ağırlık vermesinin gerekli olduğu, bu konuda yeni politikalar geliştirmesinin gerekliliği belirtilmiştir.

*“Bizim Türkiye’de ölüm formunun nasıl doldurulduğunu bilen doktorlarımız az, yani esas nedenin yazılması gerekirken son neden yazılıyor, formu dolduran kişinin doktor olması gerekiyor ama dolduran kişi farklı çıkabiliyor.” (TUİK uzmanı, Ankara)*

Türkiye’de ölüm nedenlerinin ICD-8’e göre derleniyor olması da başka bir sorun olarak gündeme getirilmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde ölüm nedenlerinin ICD-10’a ve üç basamaklı 4 neden olarak derlenmektedir. Halen ICD-8’e uygun olarak ölüm nedeni girilmesi güncel ölüm nedenlerini içermediği ve sadece asıl ölüm nedenini belirttiği için ICD-10’a geçilmesi konusunda çalışmaların devam ettiği belirtilmiş, ancak sistemin tam olarak işleyebilmesinin de oldukça sıkıntılı olacağı da dile getirilmiştir.

TUİK’in yeni programı ile birlikte ölüm nedenlerini ölüm sayılarından bağımsız olarak yalnızca TC kimlik numarası ile ilişkilendirilmesi olacağı ve programın 2009 yılında uygulamaya geçmesinin planlandığı belirtilmiştir.

Bu konuda Aile Hekimliği Sisteminin başlangıç aşamalarında çok da yeterli olmayabileceği, hastanın daha önceki geçmişine yönelik bilgilerinde elde edilmesinin pek mümkün olmayacağı konusundaki endişeler de belirtilmiştir. Ayrıca, vatandaşların da bu

konuda sağlık hizmetlerini kullanma konusundaki yaklaşımlarının etkili olduğu da ifade edilmiştir.

*“Şey vardır halkımızda hiçbir zaman yatağa düşmeden doktora gitmeyiz. Özellikle kırsal kesimde çoktur bu. E bunun aile hekimi yoksa doktoru yoksa ilk, orta son ölümü tespit etmek de biraz zor.” (TUİK uzmanı, Ankara)*

TUİK ayrıca evde meydana gelen ölümlerin nedenlerini anlamaya yönelik olarak da bir örneklem dahilinde sözel otopsi uygulamayı planlamaktadır. Ancak, bu konunun kesinleşmediği de ifade edilmiştir.

TUİK’in 2006 yılında başlattığı Resmi İstatistik Programı’nın ölüm istatistikleri ve ölüm nedenlerine ilişkin verilerin daha düzgün bir şekilde derlenmesine katkısı olacağıın altı çizilmiştir.

#### **4.5 Doktorlar Tarafından Verilen Ölüm Nedeni Raporları ve Hastane Kayıt Sistemine İlişkin Görüşler**

Özellikle proje koordinatörleri/doktorları ile yapılan odak grup görüşmeleri ile diğer Bakanlık yetkilileri ve TUİK uzmanları ile yapılan görüşmelerde ölüm nedenlerinin düzgün olarak kaydedilmesi ve hastane kayıt sistemleri konusuna vurgu yapılmıştır. UAÖÇ nedeniyle SKKİF doldurmak için hastane kayıtlarını incelemek durumunda kalan proje doktorları genellikle bu kayıtların düzgün tutulmadığını belirtmişlerdir. Özellikle anne ölümü kavramının kadın doğum bölümleri dışında oturmadığını, defalarca yazı yazılmasına rağmen bu konuda sıkıntı yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

*“Tabi bir diğer sorun da –bunu belki daha ilerid ekonuşucuz hepsini birden ben söylmiyim- hastanelerde, diğer kliniklerin, arkadaşımın dediği gibi bu tanımları algılamaması, yani Kadın Doğum bölümü dışındakilerin Anne Ölümü tanımını çok iyi bilmemesi. Bunu içlerinde hissetmemesi. Kayıt bildirim sisteminin belki tıp fakültelerinden itibaren daha farklı ele alınması gerekiyo.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

*“...Hastaneler ‘anne ölümlülüğü’ kavramını bilmiyor! Zannediyorlar ki sadece doğum sırasında olan ölüm. Bunun tariflerini biz iki defa yazıp göndermemize rağmen, halen tesadüfen hastanelerde yakaladığımız, işte bu proje sayesinde yakaladığımız, anne ölümlerine rastlıyoruz. Daha üniversite hastanesinde iki ay önce Mehveş hanım yakaladı ‘anne ölümü yoktur’ diye kayıt gelmesine rağmen o ay anne ölümü gerçekleşmiş”*

Proje çerçevesinde muhtarlara yönelik eleştirilerini dile getiren doktorlar, aynı durumun sağlık personeli için de geçerli olduğunu ifade etmişlerdir.

*“Sonradan gördük ki aslında olay sırf muhtarlar değil. Muhtarlar tamam eğitimsizlikleri ve duyarsızlıkları sonucu yapmıyorlar ama, bizim kendi sağlık personelimiz bile hastanelerde bu bildirimleri doğru olarak yapmıyorlar. Hastanelerdeki dosyalar da çok yetersiz bir.” (İl proje koordinatörleri, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Bu konuyla ilgili olarak, sağlık personelinin de yeterli bilgiye sahip olmadığının farkına varılması, sağlık eğitimi konusunu gündeme getirmiştir. İlçe koordinatörü olan katılımcı kendisinin de defin ruhsatları konusunda bu proje öncesinde çok da duyarlı olmadığını belirtmiştir. Bunun üzerine tıp eğitiminde bu konunun çok da dikkate alınmadığına vurgu yapılmıştır.

*“Ya ilk geldiğimizde ilçe sağlık grup başkanlığını topladınız biz böyle bir projeye ilgili baya bir tepki gösterdik, mayıs ayında. Ve burda farklı bir yöntem vardı. Biçok arkadaşımız tepki gösterdi ama ben o kadar tepki gösterenlerden biri değildim. Ya dediğiniz gibi yani muhtarların yasal zorunluluğu, normalde defin ruhsatını onlar veriyö köylerde. Ama biz bunu da bilmiyoduk. Yani kendimiz bile bilmiyoduk. Mesela köyden adam geliyodu ben şey veriyodum yani ölüm raporu veriyodum. Ne zaman öldüğünü sormadan soruşturmadan veriyodum.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

*“Yani eğitimimizin bu anlamda güçlü olması gerekiyor ve belki korkuyla olacak bundan sonra, Türk Ceza Kanunu bu gelişmeleri takip edecek ama eğitim tabi herşeyden önce gelir. Bu anlamda tıp eğitimine de bunu heralde biraz daha dikkatlice müfredatına almalı diye düşünüyorum.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Hastane arşivlerinin iyi olmaması konusunda bölgeler arasında farklılık olmadığını anlaşılması, özellikle Doğu illerinde gelen katılımcıların şaşırmasına neden olmuştur denilebilir.

*“Biz bu tür sorunlar sadece bizde var sanıyoruz ama sizde de varmış, sonuçta Türkiye'nin herhangi bir yeri diğerinden çok farklı değil yani, evet sıkıntı.” (İl proje koordinatörleri, odak grup görüşmesi, Ankara)*

*“Ama biz sağlıkçı olarak işin hastane boyutuna baktığımızda tamam adı Ulusal Anne Ölümü, onların en azından ilgilenmesi gerekir ama hastane boyutunda da aynı sorun var, çok farklı değil ki muhtarlardan. Yani ordaki maalesefhekim arkadaşlar da maalesef sahiplenmiyo, dosyalar korkunç yetersiz (//evet yok) yok hatta. (//bilinmeyişi işaretlemek zorundayız, bilinmiyor, bilinmiyor, bilinmiyor,yok) yani benim ilçem itibariyle.Evet dosyalar yok, bulunanlar yetersiz. İşin kötü tarafı biz en büyük sıkıntıyı onda yaşıyoruz; yani birinci basamak hekim arkadaş gidiyor karşısında muhatap olarak malesef hekim ya da hemşire, bir sağlık personelinin değil müstahtemi buluyo. Bu çok ciddi sorun oldu bize yani en büyük problem oydu. Hastaneler bu işi hiç sahiplenmediler, hiç ilgilenmediler. Hala da sorun devam ediyo tam aşılımış değil de işte..birtakım kişisel ilişkiler devreye giriyo; yani ordaki, o hastanede çalışan bir doktoru ben tanıyosam kişisel anlamda, ben telefon edip rica ediyorum gibi şeyler oluyo. Ya da işte diğer ekipteki arkadaşlar arıyo. Malesef hastaneler de sahiplenmiş değil.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

*“Doktor sirkülasyonu da fazla, o doktoru da bulamıyosun. İhtisası bitmiş oluyo, başka bölümde rotasyonan gitmiş oluyo, o gün orda olmamış oluyo,tayin olmuş oluyo, bebek izninde oluyo bir sürü şey çıkıyo. Kaç kere de doktora da ulaşamıyo diye konuşmamız oldu.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Hastanelerin bu konuyu sahiplenmemelerine neden olarak da, denetlemeden korku olduğu dile getirilmiştir. Muhtarların kayıt konusuna yaklaşımlarındaki adli olayları çağrıştırmasına benzer bir şekilde, sağlık personeli içinde yanlış yapma ve soruşturma geçirme korkusunun hakim olduğu söylenebilir.

*“Bi de şeyden de çok çekiniyorlar, teftişlerden de çok çekindikleri için bilgi vermek istemiyorlar. Şimdi Neşe Hanım ’ın dediği çok doğru, biz başımızı bu incelemelerden kaldıramıyoruz.” (İl proje koordinatörleri, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Doktorların bu konuya yaklaşımlarında sorumluluk almaktan çekindiklerini Diyarbakır ilçe koordinatörü şöyle ifade etmiştir:

*“Her ölümlülük sonrasında bir sorumluluk doğuyo. Mesela serviste bir ölüm vakası oluyor, bütün doktorlar kayboluyor. Kimse sorumluluk almak istemiyor. Yani biran önce bu ölü burdan çıksın diyo; ne olursa olsun. Yani o şekilde bir yaklaşım var.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Proje koordinatörleri ve il/ilçe doktorları sağlık sisteminde sağlık reformları konusunda da görüşlerini dile getirirlerken ‘Aile Hekimliği Sistemi’nin ülke koşullarına uygun olmadığını, bu sistem ile şu anda elde edilen bilgilere ulaşmanın daha da zor olacağını ve sağlık sisteminin ticarileşmesinin olumsuzlarını da dile getirmişlerdir.

*“Yani bence, sağlıklı ilgili bu politikalar devam ederse, biz bugünkü bilgileri bile bulamayabiliriz. Çünkü tamamen ticarileşti sağlık. O zaman daha kötü olacak. Yani bu günleri de ararız yani. Çünkü ticarileştiği zaman, rekabet olduğu zaman, ölme ihtimali olan bi hastaya kimse bakmak istemeyecek. Yani bizim hastanelerimizde hep bu..o zaman ne olacak yani.” (İl proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Aile hekimliği sisteminin ülke gündemine girdiği ancak sonrasında yaşanacaklar konusunda dikkatli olunması gerektiği de vurgulanan konular arasındadır.

*“Aile hekimliği sistemi geliyor. Bugünden yarına geliyor. Şimdi on il başlıcak ama bir-iki sene içinde oturcak. Ve sevkler onların sayesinde olacak hastaneye, direkt başvuruda vatandaş kendi ücret ödemek zorunda. Sevk etmediği durumlarda ya evde ölücek ya belki sağlık ocaklarında ölüm de görecez o anlamda doğru da diyo arkadaşımız. Belki buna göre de birtakım yapılanmaların düşünülmesi gerekir. Yeni bir sistem getiriliyo ama, arkasından ne geleceği pek düşünülmiyo. O da bir öneri olarak belki...” (İl proje koordinatörleri, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Sağlıkta yürütülen işlerde daha çok kampanyaların ve de projelerin ön planda olmasının yarattığı sıkıntılardan da bahseden doktorlar, rutin işlerin yapılmasının önündeki engellerden birisi olduğunu dile getirmişlerdir. Sağlık personelinin kampanya ve projeler dışında kendi içinde yapılması gerekenleri konuşmasının önemine de değinmişlerdir.

*“ Bu işi çok ciddi bir biçimde sağlık personeliyle, bizim kendi personelimize oturup konuşmamız lazım... şeyi söylemek lazım lazım belki de Türkiye’de maalesef kampanyalarla ve projelerle iş yapıyoruz. Yani projelerin ve kampanyaların ortaya çıkma sebebi zaten rutin işlerimizin doğru*

*düzgün yapılmaması. Yani bu projenin ortaya çıkış sebebi zaten bu". (İl proje koordinatörleri, odak grup görüşmesi, Ankara)*

#### **4.6 UAÖÇ Katılımcılarının UAÖÇ Sistemi Hakkındaki Görüşleri**

Görüştiğimiz kişilerin büyük bir bölümü, araştırmanın yapılmasının gerekli olduğuna inandığını, özellikle de daha çok idari ve adli sorunlar olduğunda kayıtlara geri dönülmesinin çok olumlu bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir.

*"Tabi kayıt altına alınması olumlu, bize göre olumlu yani. Mesela hiç olmadı bugüne kadar ama olur ya bir zıtlama olur veya dövüş olur mesela bazen mezarlıklardan çıkartmak icap edebilir, gerektiğinde bizde bu belgeleri sunarız. Elimizde delil olmuş olur. O yönden tabi ki faydaları çok. Kayıt altına alındığı için, kayıt sistemi oluşturulduğu için faydaları çok tabi ki." (Mezarlık şefi, Ankara)*

Diyarbakır belediyesi mezarlık müdürü, araştırma sayesinde kendisinin bilgilendirilmiş olmasından ve de anne ölümlerinin engellenmesi konusunda yapılacaklara ışık tutması açısından çok önemli bulunduğunu belirtmiştir. Defin ruhsatlarının daha düzenli takip edilmesi ve kayıt defterlerine özen gösterilmesi için projenin katkısının şöyle açıklamıştır.

*"...Sizlerden bilgi alıyoruz. Bilgi sahibi oluyoruz. Bu görevler olmasa belki bizde bilmeyecektik belki biz de bilgi sahibi olmayacaktık aslında. Şimdi bir yerde bi şeyler konuşuyorsak biz de bir iki kelime konuşabiliyorsak ne mutlu bize...bu anne ölümleri yarın öbür gün ortaya çıktığı zaman gerçekleştiği zaman bu anne ölümleriyle işte belki insanlar çıkacak televizyona anne ölümlerinin sebeplerini tartışacak. İu bu tartışmalar çıktığı zaman hepimize faydası olacak. Yani bütün annelerimize. Genç kızlarımıza kardeşlerimize. Hepsine kesinlikle faydası olacağını düşünüyorum." (Mezarlık müdürü, Diyarbakır)*

İl proje araştırmacıları yaptıkları görüşmelerde projenin anne ölümleri konusunda olmasının dar bir kapsamda algılanmasına neden olması nedeniyle 'kadın ölümleri' ya da ' bayan ölümleri' olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir. Proje koordinatörleri/doktorları ile yapılan odak grup görüşmesinde de özellikle muhtarların kendilerine yönelttikleri soruların neden sadece kadınları, anneleri araştırıyorsunuz erkek ölümleri önemli değil mi sorusuyla karşılaştıklarını aktarmışlardır.

*"Bazen de diyolar ki 'niye sadece kadınlar, niye erkekleri tespit etmiyorsunuz." (İlçe proje koordinatörü, odak grup görüşmesi, Ankara)*

Proje ile ilgili olarak başından itibaren, zaman zaman muhtarların kendileri de dahil olmak üzere, muhtarların proje olan ilgisizliğinden rahatsızlık aktarılmıştır.

*"Gayet ilgisiz. Yani, karşısında bir bayan doktor ve şube müdürü konuşuyor. Adam, af edersiniz, özür diliyorum, burnunu şey yapıyor. Yani şimdi, artı bir de Grup Başkanı da içerde. Bizimle birlikte Grup Başkanı da vardı. Yani böyle bir duyarsızlık var. İşte, bence yani otorite eksikliği mi diyeyim, yoksa artık onu..." (Mezarlık şefi, Ankara)*

Araştırmada muhtarların ve/veya mezarlık görevlilerinin motivasyonu artırmak amacıyla farklı formüller geliştirilmesinin yararlı olacağına ilişkin önerilerde dile getirilmiştir.

*“Belki bu şeyden de kaynaklanmış olabilir. Biraz da sizlerden kaynaklanmış olabilir, Hacettepelilerden kaynaklanmış olabilir. Çünkü bu proje baya geniş kapsamlı bir proje. Bu proje için herhangi bir ücret, ödenek herhalde alınmıştır ya da alınacaktır ya da alınıyordur. Şimdi bu ödenekten, bunlara da, cüzi de olsa bir pay verilmiş olsaydı, bunlar biraz daha can-ı gönülden... Çünkü bilirsiniz, işçi ne kadar zor bir işte çalışırsa çalışsın, çalıştığı için ücretini, yevmiyesini aldığı zaman hafifler...E tabi ya! Şimdi ben de yani, bu konuda şeyim. Bana da biraz para verilmiş olsa, ben de bunu bir günde iki, şey, iki günde değil bir günde bitiririm Yani onun gibi işte.” (Mezarlık şefi, Ankara)*

Projenin farklı kurumların işbirliği içinde kurgulanmış olması genellikle ülkedeki kurumlar arasındaki iletişimi güçlendirmek açısından olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Bu konuda yaşanan en büyük sıkıntı, muhtarlar konusunda olmuştur. Özellikle Sağlık Bakanlığı personeli muhtarlarla çalışmanın zor olduğunu ve muhtarlara yönelik eğitimlerin İçişleri Bakanlığı tarafından verilmesinin gerekliliği, kendilerinin yaptırım gücü olmaması nedeniyle dile getirmiştir. Projedeki eksik bildirimler konusunda bazı durumlarda kaymakamların bile muhtarlara yaptırımda bulunamadıkları da dile getirilmiştir.

*“Muhtar muhtar diyoruz muhtarları tamam kaymakam ayda bi topluyo, vali onlarla çok fazla görüşmüyo genelde kaymakamlar topluyo onları ama, kaymakamlarım da yaptırımı yok. kaymakamın elinde kaç tane beldesi varsa o kadar muhtarın soruşturması var. Ama bir muhtarın görevinden alınmasın için İçişleri Bakanı'nun imzası şartmış, biz de bunu proje sayesinde öğrendik.” (İl proje koordinatörleri, odak grup görüşmesi, Ankara)*

İçişleri Bakanlığı'nın muhtarlıklar ve belediyelere defin ruhsatı verilmeden gömü yapılmaması, kayıt defterlerinin tutulması konusunda göndermiş olduğu genelgenin duyarlılık kazanılmasında her yerde olmasa da, genelde etkili olduğu dile getirilmiştir. Projenin her aşamasından görev alanların ortak söylemi, bu konuda eskisine oranla daha özenli davranılmasına dair olmuştur. Bazı yerleşim yerlerinde hiç tutulmayan kayıtların tutulmasına etkisi olduğu da gözlemlenmiştir.

Görüşmelerde projenin değerlendirilmesi istendiğinde, muhtarlar tarafından sürekli takip edilmesinin önemi dile getirilmiştir. Formların getirilmemesi durumunda sürekli olarak uyarılmalarının bu işin önemli olduğuna dair bir gösterge olarak algılandığı söylenebilir. Aslında, sağlık bakanlığı yetkilileri tarafından tanımlanan belirli görevlerin takipçisinin bulunmadığının belirtildiği bir ortamda, Türkiye’de yapılması gereken işler konusunda belirlenen işlerin takip edilmesinin ne kadar önemli olduğuna dair önemli bir bilgi olduğu söylenebilir.

#### **4.7 Niteliksel Çalışmanın Genel Olarak Değerlendirilmesi**

UAÖÇ yürütülmesinin her aşamasından özellikle, muhtarların eksik bildirimde buldukları vurgulanmıştır. Muhtarların yeterli eğitime sahip olmamaları projede farklı görevlerde olan kişilerin hemen hemen hepsi tarafından dile getirilmiştir. Muhtarların seçilmiş olmaları nedeniyle daha çok görünen hizmetlere odaklandıkları ve köyün alt yapı hizmetlerine daha çok öncelik verdikleri de gözlenmiştir.



Muhtarlar ölümüne ilişkin verilmesi gereken temel hizmetleri daha çok dikkate almak zorundadır. Proje süresince, muhtarların ölen kişiyle ilgili olarak yapılması gerekenler konusunda ikna olmadıkları gözlemlenmiştir. Kadınların ya da annelerin ölümüne ilişkin bir çalışmanın yürütülmesi muhtarlar tarafından ayrımcılık olarak tanımlanmıştır. Bu durum, toplumsal cinsiyet açısından ülkenin içinde bulunduğu koşullarının bir göstergesi olarak alınabilir.

Muhtarların kayıt tutulmasını adli durumlarla ilişkilendirmeleri nedeniyle, bildirimde bulunmaktan korktukları da gözlenmiştir. Muhtarların adli durumlardan benzer bir durum olarak, hastanede görev yapan personeli de soruşturma korkusuyla formları tam olarak doldurmamaktadır. Muhtarların kamu görevlisi ve seçilmiş kişiler olması arasındaki gerilim, Türkiye’de muhtarlık sisteminin muhtarların görevleri açısından çok iyi işlememesine neden olmaktadır. Ayrıca, muhtarların göreve seçilerek başlamış olmaları, yapacakları işler konusunda bilgileri olmamasını ve işi pratikte öğrenmelerini getirmektedir. Buna ek olarak, seçim sonucunda göreve başlayan muhtarların daha önceki işler ve işleyiş konusunda bir önceki muhtardan herhangi bir bilgi aktarımı olmadığı da gözlenmiştir.

Bazı bölgelerde definlerin defin ruhsatı olmadan ve yetkilileri bilgilendirmeden defin yapılabildiği de iddia edilmiştir (Doğu Anadolu bölgesindeki bazı illerde gece gömüleri yapılması ve definin bir ilden başka bir ile aktarılmasında). Büyükşehir belediyelerinde definlere ve mezarlık hizmetlerine yönelik olarak yaşanan bu sorunların en önemli nedeninin personel yetersizliği olarak ifade edilmiştir.

Sağlık personelinin ölüm nedenlerini nasıl yazacakları ya da düzenli kayıt tutmaları konusunda eğitimler almalarına rağmen, sağlık hizmetlerinde bu konuya çok önem verilmemesi nedeniyle, personelin de bu konuda sağlık örgütlenmesine benzer bir tutum içine girdiği belirtilmiştir. Sağlık sektöründeki yoğun olarak yaşanan sirkülasyonun da, hastalara ilişkin bilgilere ulaşılması konusunda bir çok sorun yarattığı da vurgulanmıştır. Özellikle hükümet değişiklikleri sonrasında üst düzey yöneticilerin değişmesiyle, tüm personelin bu durumdan etkilenmesi yaşanan bu sirkülasyonun en olumsuz yönü olarak tanımlanmıştır.

Sağlık sektöründe görev alan yöneticilerin her zaman sağlık kökenli olmamaları, sağlık personelinin yöneticilere olan güvenini azaltmakta ve yürütülen çalışmalarda meydana gelen kesintiler olması ve çalışmaların sonlandırılması da sağlık sektöründeki personelin motivasyon düzeyini düşürdüğü de belirtilmiştir.

Ölüm nedenlerine ilişkin veri toplanmasının kapsam ve kalite açısından yetersiz olduğu da vurgulanmıştır. Bunun nedeninin ise, ölüm nedenlerinin sağlık personeli tarafından doldurulmamasından kaynaklanan ölüm nedenlerinin yetersiz yazılması ve formların okunmasında zorluk çekilmesi olarak belirtilmiştir.

Tüm görüşmelerde, UAÖÇ kapsamında geliştirilen sürekli izlemeye dayalı bir sistemin önemli olduğu belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu ve belediyeler projenin veri toplama faaliyetleri sırasında oluşturulan kurumlar arasındaki işbirliğinin artırılmasına yönelik çabaların devam etmesini amaçlamaktadır.

Kadın definlerinin erkek definleri ile karşılaştırıldığında eksik bildirimine ilişkin sorulara sadece kurum yetkilileri cevap vermiş ve kadınların üzerine kayıtlı malın olmaması ve kadınların

gelirinin olmaması eksik bildirim nedeni olarak açıklanmıştır. Bununla beraber, muhtarlar ya da mezarlık görevlilerinin bu konuda bir ayırım yapmadığı ve kadın definlerinin eksik bildiriminden haberdar olmadıkları gözlenmiştir.

## ÇIKARILAN DERSLER VE ÖNERİLER

### 5.1 Anne Ölümleri: Düzey, Nedenler ve Katkıda Bulunan Faktörler

Gebeliğe bağlı ölüm oranı 100,000canlı doğumda 38.3 ( $\pm$  2.8) olarak bulunmuştur. Gebeliğe bağlı ölüm oranı, Batı Anadolu Bölgesi'nde 100,000canlı doğumda 12.4 ( $\pm$  5.0) ile en düşük, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise 100,000canlı doğumda 93.3 ( $\pm$  17.2) ile en yüksektir. Kentsel yerleşim yerlerinde 100,000canlı doğumda 28.2 ( $\pm$  3.1) gebeliğe bağlı ölüm oranı, kırsal yerleşim yerlerinde 100,000canlı doğumda 53.7 ( $\pm$  5.5)'dir. Gebeliğe bağlı ölümlerinin 15-49 yaş grubundaki kadın ölümleri içindeki payı yüzde 4.3'dür. Bu oran, İstanbul'da yüzde 2.0, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise yüzde 13.0'dür. Gebeliğe bağlı ölüm hızı 100,00015-49 yaş grubundaki kadın için 2.5 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu gebeliğe bağlı ölüm riski 1,170'de 1'dir. Ancak, yaşam boyu gebeliğe bağlı ölüm riski, Batı Anadolu'da 4,702'de 1'e düşerken, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde 337'de 1'e yükselmektedir. UAÖÇ sonuçları, gebeliğe bağlı anne ölümlerinin yüzde 59'unun dolaysız nedenlerle; yüzde 16'sının dolaylı nedenlerle; yüzde 23'ünün tesadüfi nedenlerle meydana geldiğini göstermektedir. Geriye kalan yüzde 2 seviyesindeki gebeliğe bağlı anne ölümlerinin nedeni ise tam olarak belirlenememiştir. Sadece dolaylı ve dolaysız anne ölüm nedenleri dikkate alındığında, anne ölüm oranının 100,000 canlı doğumda 28.5 ( $\pm$  2.5) olduğu görülmektedir.

Türkiye'de gözlenen anne ölümleri örüntüsü ekonomik geçiş yaşayan ülkelerde görülen örüntü ile benzerlikler taşımaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümü nedenleri arasında yaygın olarak görülen enfeksiyon ve gecikmiş doğum eyleminin Türkiye'de azalmış olması da bu saptamayı destekler niteliktedir. Bu yapısal değişim, anne ölüm oranının düşük olduğu kentsel yerleşim yerlerinde ve ülkenin batı ve orta bölgelerinde, anne ölümlerinin yüksek olduğu kırsal yerleşim yerlerine ve doğu bölgelerine göre çok daha açık bir biçimde gözlenmektedir. Bu gelişmenin altında yatan temel faktörler, genel sosyo-ekonomik gelişmenin yanında sağlık altyapısında görülen gelişmedir. Anne ölümü oranının yüksek olduğu bölgelerin ulaşım altyapısı yetersiz, kış mevsimi koşullarının ağır ve bu nedenlerle de acil obstetrik bakım hizmetleri veren ikinci basamak sağlık kurumlarına ulaşımın zaman aldığı bölgeler olduğu görülmektedir.

Bu durum, acil obstetrik bakım hizmetlerinin varlığının ve bunlara ulaşımın herkes için mümkün olmasının hayati önemde olduğunu göstermektedir. Son beş yılda doğum yapmış kadınların yüzde 75'inin doğum öncesi bakım aldığını ve doğumlarını sağlık kurumlarında gerçekleştirdiklerini gösteren TNSA-2003 sonuçları, anne sağlığı konusunda oluşmuş önemli bir farkındalık seviyesine işaret etmektedir. UAÖÇ sonuçları, ölen anneler arasında doğum öncesi bakım hizmetlerini alanların yüzde 5-10 seviyesinde daha az olduğunu ve dolayısı ile de doğum öncesi bakım hizmetlerinin daha da geliştirilmesi/yaygınlaştırılması gerektiğini göstermektedir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımına ilişkin nihai karar

alma sürecinde ailenin ve yakın çevrenin önemi bilinmektedir. UAÖÇ’nde anne ölümlerine yol açan en önemli faktörün anne sağlığına ilişkin sorunun farkına varılmasında ve annenin sağlık kurumuna ulaştırılmasında aile ve yakın çevrede yaşanan gecikmelerin olduğu saptanmıştır. Bu faktörlerin yanında, istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi için modern aile planlaması kullanımının ve iki önemli biyomedikal faktör olan annenin doğum yaşı ve doğum sırasındaki çocuk sayısının da toplumun gündemine getirilmesi gerekmektedir. Anne ölümlerinin yüzde 4’ünü oluşturan intihar vakalarında, intihar öncesi görülen bazı işaretlerin aileler tarafından dikkate alınmadığı/önemsenmediği görülmüştür. Bu nedenlerle, özel olarak ailelerin, genel olarak da toplumun anne ölümleri ve nedenleri konusundaki farkındalık seviyesinin yükseltilmesi için sağlık yöneticileri ve görevlilerinin yoğun çaba harcaması gerekmektedir.

UAÖÇ sonuçları, anne ölümlerinin önemli bir bölümünün doğumdan hemen önce, doğum sırasında ya da doğum sonrasında yaşanan obstetrik kanama ve eklampsi nedenleriyle meydana geldiğini göstermektedir. Enfeksiyon ve gecikmiş doğumun aksine bu koşullar, acil bir durum yaratmakta ve uygun olarak müdahale edilememesi durumunda anne ve çocuğu kısa sürede ölüme götürebilmektedir. Bu nedenle, gecikmelerin biraz olsun bile azaltılması, annenin hayatta kalmasına katkıda bulunacaktır. Bu durum, yeterli sağlık hizmetlerine ulaşımın daha zor olduğu kırsal yerleşim yerlerinde doğum sonrasında ilk 24 saat içinde yaşanan anne ölümlerinin kentsel yerleşim yerlerine göre neden daha yüksek olduğunu açıklamaktadır.

Yaygın obstetrik bakım hizmetlerinin varlığı yanında hizmetin kalitesi de önemlidir. Bu anlamda, özellikle bazı bölgelerde nitelikli obstetrik bakım hizmeti verilen sağlık kuruluşlarının yerleşim yerlerine uzak oluşu kabul edilebilir değildir. Bu bölgelerin, aynı zamanda, sağlık personeli tarafından tercih edilmeyen bölgeler olması nedeniyle sağlık personeli değişiminin en fazla olduğu bölgeler olduğu görülmektedir. Bu durum, hizmetin kurumsal varlığına karşın hizmetin sürekliliği ve kalitesi üzerinde kaçınılmaz olarak olumsuz etki yapmaktadır. UAÖÇ verileri anne ölümlerinin yaklaşık yüzde 25’ine ikinci basamak sağlık kurumlarında veya eğitim ve üniversite hastanelerinde çalışan sağlık personelinin sorunu tanımlayamaması ve karar verememesinin yol açtığını göstermektedir. Bu anlamdaki en rahatsız edici bulgu ise, ciddi doğum sonrası kanaması olan annelerin yüzde 20’si için anne ölene kadar herhangi bir müdahalenin yapılamamış olmasıdır.

Kentsel yerleşim yerlerindeki sağlık kurumları arasında acil sağlık hizmetlerinin sunumu anlamında oldukça iyi çalışan bir sistem olduğu görülmektedir. Bu durum, eklampsi nedeniyle ölen kadınların bir çoğu için beyin içi kanama teşhisini sağlayan beyin tomografisi ya da MR tetkiklerinin yapılmış olmasından kolayca anlaşılmaktadır. Ancak, bu tür tetkiklerin kolay ulaşılabilir olması, kentsel yerleşim yerlerinde birbirine yakın ve aynı nitelikte sağlık hizmeti veren sağlık kurumları arasında gerçekleştirilen bir veya daha çok hasta nakil işlemini de beraberinde getirmektedir. UAÖÇ verileri, gerçekleştirilen bazı hasta nakil işlemlerinin tartışılır olduğunu ve zaman kaybı nedeniyle annelerin yaşamını tehdit ettiğini göstermektedir.

Bu durum bazı tedbirlerin alınması gerekliliğini göstermektedir. Öncelikli olarak, her hastanenin ölümle sonuçlanan ya da ölümün kıyısından dönülen vakaları değerlendirmek ve olumsuz sonuçlara götüren olaylar zincirini anlayabilmek için izleme komitesi kurması

gerekmektedir. İzleme komitesinin görevini tam anlamıyla yapabilmesi için ilgili sağlık kurumlarının bölümleri ve diğer sağlık kurumları arasında çok iyi bir iletişimin bulunması gerekmektedir. İzleme komitesinin görevi olumsuzlukların sorumlusunu bulmak değil, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve sorunları anlamak ve öğrenmek için atılması gereken adımları birlikte saptamaktır. UAÖÇ sonuçları, anne ölümlerine personel, ilaç ve ambulans hizmetlerini de kapsayan destek hizmetleri eksikliği gibi arz yönlü faktörlerin nadiren yol açtığını göstermektedir. Bu nedenle, bu konuda alınması gereken temel tedbir hizmet içi eğitim yoluyla hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Bu anlamda alınması gereken bir başka tedbir de merkeze uzak olan yerleşim yerlerinin sağlık personeli için cazip hale getirilmesidir.

Doğuranlık dönemindeki (15-49 yaş) kadınlar arasında görülen ölümlerin örüntüsü de Türkiye'nin geçiş aşamasında olan bir ülke olduğunu göstermektedir. Türkiye'de gözlenen kadın ölümlerinin örüntüsü, WHO EURO bölgesi ortalamasına oldukça yakındır. Bu bulgu tüm 15-49 yaş grubundaki kadın ölümlerinin üçte birini oluşturan kanser vakaları için de doğrudur. Teşhisi konmuş kanser vakalarının artışı, temel olarak teşhisi mümkün kılan cihazların varlığı, kalitesi ve bunların ulaşılabilir olması ile ilgilidir. UAÖÇ verileri, Türkiye'deki sağlık kurumlarının bu hizmetleri sağlamada oldukça başarılı olduğunu göstermektedir. Ancak, kanser ölümlerinin oldukça fazla olması uzmanlaşma, risk faktörleri, ve erken tanı alanlarında daha fazla ve ayrıntılı araştırma yapılması gerekliliğine işaret etmektedir.

## **5.2 Mevcut Veri Toplama Sistemlerinin ve UAÖÇ Sisteminin Sorunları ve Öneriler**

### **5.2.1 MERNİS ve Sağlık Bakanlığı Sistemleri**

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'nın (UAÖÇ) önemli amaçlarından birisi de Türkiye'deki nüfus kayıt sistemini özellikle de ölüm kayıt sistemini tartışmak ve bu sistemin geliştirilmesi ve/veya değiştirilmesi için önerilerde bulunmaktır. Türkiye'de nüfus kayıt sistemi İçişleri Bakanlığı'na bağlı olan Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü (NVİGM) tarafından MERNİS projesi kapsamında yürütülmektedir. Türkiye'deki tüm ilçelerde şubesi bulunan NVİGM, ilçelerden online olarak aktarılan doğum, ölüm ve evlenme gibi hayati olaylara ait bilgileri sürekli güncelleyerek tutmaktadır. Türkiye'deki mevcut nüfus kayıt sisteminin/sistemlerinin özellikle de ölüm kayıt sisteminin yürütülmesinde karşılaşılan temel sorunlar ve bu sorunlara yönelik olarak geliştirilen çözüm önerilerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. MERNİS sisteminde bir ölüm olayı, ölümün yetkili makamlar tarafından (sağlık kurumları, köy muhtarları, adli tabiplik, savcılık, jandarma vb...) İlçe Nüfus Müdürlüklerine bildirilmesi durumunda kayıt altına alınmaktadır. Bazı durumlarda ölüm raporu ibraz edilmesi durumunda ölenin yakınlarının bildirimini de kabul edilmektedir. Bu süreçte İlçe Nüfus Müdürlükleri pasif bir konumda kalmakta ve sisteme yapılacak olan bildirimleri beklemektedir. Bu sorunun aşılabilmesi için öncelikle il, ilçe ve ülke düzeyinde ölüm bildirimlerinin analiz edilerek, bildirim yapmayan yerleşim yerlerinin ve kurumların tesbiti ve uyarılması gerekmektedir. Bir sonraki aşamada ise, bildirim yapılan ölümlerin yaş ve cinsiyet dağılımları alınarak ve bildirimlerden temel ölümlülük göstergeleri hesaplanarak bildirim kalitesine ilişkin çalışmalar yapılması ve sonuçların

ilçe ve il düzeyindeki ilgili kurumlarla paylaşılması gerekmektedir. Bu çalışmalar, bildirim eksikliğinin boyutlarını ortaya koyarak ilgililerin bildirim ve veri kalitesi konularında aktif bir konuma geçmesine katkıda bulunacaktır.

2. Türkiye’de MERNİS projesi kapsamında tutulan nüfus kayıt sisteminin kökleri yirminci yüzyılın başlarında kurulan sisteme dayanmaktadır. Bu sistemde nüfus kayıtları kişilerin *de jure* ya da *de facto* ikametgahlarına göre değil, aile kütüğü esasına göre tutulmaktadır. Aile kütüğü esasına göre tutulan nüfus kayıt sisteminde Ankara’da yaşayan ve ölen ancak nüfusa kayıtlı olduğu yerleşim yeri Kayseri olan bir kişinin ölümü ikametgahının bulunduğu yerleşim yerinin nüfusuna değil, nüfusa kayıtlı olduğu yerleşim yerinin nüfusuna kayıt edilmektedir. Bu durum, il ve ilçe temelinde yapılması önerilen analizleri zorlaştırıcı bir unsur olmasının yanında, uluslararası nüfus kayıt sistemlerine de aykırılık teşkil etmektedir. Aile kütüğü esasına göre işleyen sistemi terketmeden kişilerin daimi ikametgahlarına göre tutulan bir nüfus kayıt sistemine geçiş yapılması gerekmektedir. Bu alanda Türkiye’de önemli bir mesafe alındığı görülmektedir. Mevcut sistemin sakıncaları dikkate alınarak 25/04/2006 tarihinde kabul edilen 5490 sayılı *Nüfus Hizmetleri Kanunu* ile, nüfus kayıt sisteminin 2007 yılı başından itibaren ikametgaha dayalı olarak tutulmasına karar verilmiştir. Söz konusu yasa hükümlerinin 2007 yılı başından itibaren uygulanmasını sağlamaya yönelik olarak 237 yerleşim yerinde TÜİK ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yürütülen pilot çalışmalar devam etmektedir.
3. MERNİS sistemi, temel olarak köy muhtarlıkları ve sağlık kurumlarından beslenen bir sistemdir. Bu nedenle, özellikle sağlık kurumlarının taşra teşkilatlarının ve köy muhtarlarının sisteme daha iyi entegre olması gerekmektedir. Bu durum, sağlık ocağı ve sağlık evi sisteminin köy muhtarları ile işbirliği içinde hanehalkı taramalarını ölümlerin tesbiti için de gerçekleştirmeleri ve tesbit edilen ölümlerin kuralları içinde İlçe Nüfus Müdürlüklerine bildirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu işbirliğinde köy muhtarlarına oldukça önemli görevler düşmektedir. Köy muhtarlarının bu görevleri yerine getirebilmeleri için eğitim seviyelerinin yüksek olması ve sürekli hizmet içi eğitimden geçirilmeleri gerekmektedir.
4. Ölüm bildirimlerinde sağlık sisteminin önemli bir fonksiyonu bulunmaktadır. Ancak, sağlık sisteminin ulaşamadığı yerleşim yerlerinde ölümlerin bildirim köy muhtarlıkları aracılığı ile yapılmaktadır. Ancak, sözkonusu bildirimlerin kalitesinin düşük olduğu bilinmektedir. Köy muhtarlarının niteliğinin artırılması yoluyla bildirim kalitesinin artırılması tedbiri yanında, zaman içinde ölüm bildirim yetkisinin köy muhtarlarından alınması da gerekmektedir. Bu süreçte, sağlık sisteminin tüm yerleşim yerlerine ulaşabilir hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Pilot çalışmaları süren aile hekimliği sistemi bu anlamda önemli bir fırsat olarak görülmektedir.
5. Ölüm olayının on gün içinde bildirilmesi yasal olarak zorunlu olmasına karşın, ilgili kurumlar söz konusu bildirim süresini aşabilmekte ya da ölüm olayını bildirmekten kaçınabilmektedirler. Bildirimin gecikmesi önemli bir sorun olmasına karşın, bildirim gecikmesinin kısa süreli olması kabul edilebilir nitelikte olabilmektedir. Ancak, ölümün bildirilmemesi yani sisteme işlenmemesi oldukça önemli bir sorundur. MERNİS sistemi her iki sorunu da bünyesinde barındırmaktadır. Yapılan hesaplamalar MERNİS sisteminde

ölümlerin ancak yüzde 70'inin bildirildiğini göstermektedir. Özellikle küçük yaşlarda meydana gelen ölümlerin ve kadın ölümlerinin bildiriminde sorunlar görülmektedir. MERNİS sisteminde bir ölümün sisteme işlenebilmesinin en temel koşulu ölen kişinin sistemde doğum kaydının bulunmasıdır. Bu anlamda, henüz sisteme işlenmeyen çocukların ölmesi durumunda, bu ölümlerin nüfusa işlenmesi mümkün olamamaktadır. TNSA-2003 sonuçlarına göre beş yaş altı çocukların yüzde 26'sının nüfus kağıdı olmadığı dikkate alındığında, bu yaş grubunda ölen çocukların nüfusa kayıt edilememesine ilişkin sorunun büyüklüğü ortaya çıkmaktadır. Benzer bir durum, kadınlar için de geçerlidir. Tüm nüfus için yüzde 70 olan ölüm bildirim yüzdesi kadınlar için yüzde 64 seviyesine gerilemektedir. Bu durum, kadınların hem doğum, hem de ölüm kayıt sürecinde dezavantajlı bir konumda olduğunu göstermektedir. Bu nedenlerle, sadece ölümlerin değil, doğumların da kayıt altına alınması için gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir.

6. Türkiye'de MERNİS sistemi yanında mezarlık kayıtlarını temel bir başka ölüm kayıt sistemi daha söz konusudur. Belediyesi olan yerleşim yerlerinde geçerli olan bu sistemde sağlık kurumları üç parçalı bir form olan defin ruhsatını doldurmaktadır. Bir parçası formu dolduran kurumda kalan, defin ruhsatının bir kopyası İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmekte, bir parçası da ölenin yakınlarına defin işlemlerini gerçekleştirmek için verilmektedir. Sağlık müdürlükleri kendilerine gönderilen formları herhangi bir kontrol işlemi yapmadan, ölüm istatistiklerini yayınlayan Türkiye İstatistik Kurumuna (TÜİK) göndermektedir. Sadece belediyesi olan yerleşim yerlerini kapsayan ve önemli kapsam sorunları bulunan bu sistemin MERNİS sistemi ile bağlantısı kopuktur. Bu sistemler birbirinden bağımsız olarak çalışmakta ve bu nedenle de birbirini denetleme işlevini yerine getirememektedirler. MERNİS ve Sağlık Bakanlığı sistemlerinin birbirini denetletleyen bir yapıya kavuşturulması, önemli veri kalitesi ve kapsam sorunları bulunan iki sistemin söz konusu sorunlarını aşmasına katkıda bulunacaktır.
7. Türkiye'deki sistemin bir başka problemi, kentsel ve kırsal yerleşim yerleri için sistemin farklı işlemesidir. Kırsal alanlarda, özellikle de doktoru olmayan köyler için köy muhtarları nüfus kayıt sistemine veri sağlarken, kentsel alanlarda sağlık kurumlarında görevli doktorlar veri sağlamaktadır. Eğitim seviyesi düşük ve kayıt sistemi konusunda yeterince bilgi sahibi olmayan köy muhtarlarının sağladığı verinin kalitesi de düşük olmaktadır. Bu nedenle, Türkiye'nin çok hızlı bir şekilde sağlık sistemi kaynaklı ve Türkiye'nin her yerinde geçerli olan bir ölüm bildirim sistemine geçmesi gerekmektedir.
8. MERNİS ve Sağlık Bakanlığı sistemlerinde ölümlerin yaş ve cinsiyet dağılımında ve ölümlülük göstergelerinde gözlenen veri kalitesi problemleri yanında ölüm nedenlerinin bildiriminde de önemli problemler bulunmaktadır. Sadece köy muhtarlarının yaptığı ölüm nedeni bildirimleri değil, sağlık kurumlarının yaptığı ölüm bildirim nedenleri de sorunludur. MERNİS formlarında ve defin ruhsatlarında ölüm nedeni olarak "solunum durması" veya "kalp durması" gibi ölümü tarif eden ifadelerin ölüm nedeni olarak yazılması uygulaması oldukça yaygındır. Daha da ileri gidilerek, özellikle kırsal yerleşim yerlerinden yapılan bildirimlerde "yaşlılık" ve "ecel" gibi ifadelerin ölüm nedeni olarak yazıldığı görülmektedir. Bu durum, sağlık kurumlarında sağlık personeli ve sağlık personeli dışındaki kişilerin örneğin imamların ve kırsal yerleşim yerlerinde köy muhtarlarının yaptığı ölüm bildirimlerinin belirli bir standardının olmadığını

göstermektedir. Bu sorunun aşılması için, sağlık personeli dışındaki kişilerin ölüm ve ölüm nedeni bildirimini yapmasının önlenmesi yanında, özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin hizmet-içi kurslar aracılığı ile ICD-10 standardına uygun ölüm nedeni bildirimini için eğitimden geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, ölüm nedeninin MERNİS ya da defin ruhsatına yazılması ve ilgili makamlara bildirim konularının tıp eğitiminin bir parçası olarak düşünülmesi de gerekmektedir. Ayrıca, ölüm nedeni bildirimindeki sorunların bir bölümünün mevcut formların yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum dikkate alınarak UAÖÇ kapsamında yeni bir *Ölüm Bildirim Formu* tasarlanmıştır. Bu konuya ilişkin ayrıntılar Bölüm 5.3'te verilmektedir.

9. Türkiye'de nüfus kayıt sistemi daha çok maliye, adliye ve emniyet hizmetlerinin bir parçası olarak görülmektedir. Bunun en somut iki örneği T.C. Vatandaşlık Numarası ve yeni yürürlüğe giren 5490 sayılı yasadır. Nüfus kayıt sisteminin ülke nüfusunun özelliklerinde ve yapısında meydana gelen değişimleri güncel bir şekilde izlemenin bir aracı olarak görülmesi ikinci planda kalmaktadır. Bu nedenle, nüfus kayıt sisteminin öncelikle hayati olayların izlenmesi için de bir araç olarak ele alınması gerekmektedir. Bu anlamda, NVİGM personelinin hizmet-içi kısa dönemli kurslara alınarak mevcut veriyi analiz edebilmelerinin ve veriden anlamlı demografik göstergeler üretebilmelerinin ve yorumlayabilmesinin sağlanması gerekmektedir.

### 5.2.2 Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Bildirim Sistemi

MERNİS ve defin ruhsatı ölüm verilerinin doğrudan kullanılması yoluyla veri kalitesi problemleri ve kapsam hataları ile ölümlere ilişkin kısmi bilgiler elde etmek mümkündür. Ancak, UAÖÇ'nin konusu olan anne ölümlerine bu iki kaynağın verilerinin doğrudan kullanılması yoluyla ulaşmak mümkün değildir. Bu durum dikkate alınarak anne ölümlerine ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı'nın *Anne Ölümleri Bildirim Sistemi* aracılığı ile toplanmaktadır. Bu sistem, Sağlık Bakanlığı Anne-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (AÇSAP) tarafından 1998-1999 yılında gerçekleştirilen ve sonuçları 2002 yılında yayınlanan *Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması*'nın sonuçlarının yayınlanmasının ardından 2003 yılında başlatılmıştır. Bu sistemde, Sağlık Bakanlığı il teşkilatları aracılığı ile toplanan anne ölüm verileri aylık olarak AÇSAP'a aktarılmaktadır. Bu sistem aracılığı ile 2003 yılında 181, 2004 yılında 166 ve 2005 yılında ise 229 anne ölümü tesbit edilmiştir. UAÖÇ'nin saha çalışmasının yapıldığı, Haziran 2005-Mayıs 2006 dönemindeki bir yıllık sürede ise, UAÖÇ'nin olumlu etkisi ile tüm ülkede 235 anne ölümü saptanmıştır. Ancak, bu sistem aracılığı ile saptanan anne ölümlerinin Türkiye gerçeğini tam olarak yansıtmadığı görülmektedir. Bu durumun nedenlerini farklı ancak birbiri ile ilişkili dört başlık altında toplamak mümkündür:

Birinci neden, söz konusu sistemin temel olarak sağlık kurumlarında meydana gelen anne ölümlerini kapsama almasıdır. Bu sistemden elde edilen veriler analiz edildiğinde tesbit edilen anne ölümlerinin yüzde 92'sinin sağlık kurumlarında meydana gelen anne ölümleri olduğu görülmektedir. Sağlık kurumları dışında, örneğin evde meydana gelen anne ölümleri büyük ölçüde sistem dışında kalmaktadır. TNSA-2003 sonuçlarına göre doğumların yaklaşık



dörtte birinin evde yapıldığı dikkate alındığında, sistemin sadece bu anlamda önemli bir kapsam sorunu yaşadığı söylenebilir.

Sistemin kapsam sorunu yaşamasının ikinci nedeni, sistemin daha çok kadın-doğum servisleri ile işbirliği içinde çalışması diğer servisler ile aynı düzeyde ilişki içinde olmamasıdır. Bu durumun en önemli kanıtı, sisteme bildirilen anne ölümlerinin çoğunlukla *kadın-doğum servislerinden* bildirilmiş olmasıdır.

Sistemin kapsam sorunu yaşamasının üçüncü nedeni, anne ölümleri bildirim sisteminin diğer ölüm bildirim sistemleri ile organik bir bağlantısının olmamasıdır. Anne ölümleri bildirim sistemine veri sağlayan sağlık çalışanları ile defin ruhsatı düzenleyen sağlık çalışanları aynı kişiler olmasına ya da aynı kurumda çalışan kişiler olmalarına karşın bu iki veri arasında bir bağlantının kurulmadığı görülmektedir. Aynı durum, MERNİS verileri ile anne ölüm bildirim sistemi verileri için de geçerlidir.

Dördüncü neden, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının anne ölümleri bildirim sistemine bakış açısı ile ilgilidir. Sağlık Bakanlığı, anne ölümleri bildirim sistemini, bildirimleri analiz ederek anne ölümlerinin nedenlerini, risk faktörlerini ve hizmet kalitesinden kaynaklanan önlenebilir faktörleri saptama ve gereken tedbirleri alma aracı olarak görmekten çok, anne ölümlerinin hizmet verenden kaynaklanan nedenlerini saptama aracı olarak görmektedir. Anne ölümlerini önlenemede hizmet verenin kalitesinden kaynaklanan faktörler de önemli olmakla birlikte, sadece bu noktaya yoğunlaşılması ve her anne ölümünün bu anlamda soruşturma konusu yapılması hizmet verenleri tedirgin etmekte ve bu durum onların anne ölümlerinin bildirim konusunda isteksiz davranmalarına yol açabilmektedir.

Anne ölümleri bildirim sisteminin kapsam sorunu yaşamasına yol açan faktörler bir arada düşünüldüğünde, gebe izleme sisteminin iyileştirilmesi/geliştirilmesi yoluyla evde meydana gelen anne ölümlerinin kapsama alınmasının sağlanması, kadın-doğum servisleri dışında meydana gelebilecek anne ölümlerinin saptanması için diğer servislerin de dikkatle incelenerek kapsama alınması, anne ölümleri bildirim sisteminin MERNİS sistemi, ve defin ruhsatı sistemi aracılığı ile yürüyen sistemlerle entegre hale getirilmesi, ve anne ölümleri bildirim sistemine hizmet vereni tedirgin eden soruşturmacı bir zihniyet ile değil, anne ölümlerinin nedenlerinin, risk faktörlerinin ve önlenebilir faktörlerin anlaşılmasında ve doğru politikalar geliştirilmesinde bir araç olarak bakılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın ilçe, il ve merkez teşkilatlarında toplanan anne ölümleri verisinin sistematik olarak analizini yapan ve analizlerin sonuçlarını ilgililerle paylaşan bir birimin kurulması ya da geliştirilmesi gerekmektedir. Bu birimin veri kalitesini değerlendirmek yanında anne ölümlerinin seviyesini, nedenlerini, risk faktörlerini ve önlenebilir faktörleri de analiz edebilecek bilgi donanımına sahip olması gerekmektedir. Bu birimde hizmet-içi eğitimden geçmiş sağlık personeli yanında, istatistik uzmanlarının ve tıbbi sekreterlerin de bulunması gerekmektedir.

### 5.2.3 UAÖÇ Sistemi

UAÖÇ’da kullanılan veri toplama sistemi bir çok yönü ile yenilikler taşımaktadır. Çalışmanın sonuçları, UAÖÇ sisteminin genel olarak ölümleri ve özel olarak da anne ölümlerini diğer sistemlere göre daha başarılı bir şekilde kayıt altına aldığını göstermektedir. Ancak UAÖÇ sistemi sorunları olmayan bir sistem değildir. Bu bölümde, UAÖÇ sisteminin veri toplama aşaması öncesinde ve veri toplama sürecinde karşılaştığı sorunlar üç başlık altında (UAÖÇ il ekiplerinden kaynaklanan sorunlar, UAÖÇ birincil kaynaklarından kaynaklanan sorunlar ve diğer sorunlar) tartışılacaktır.

#### 5.2.3.1 UAÖÇ İl Ekiplerinden Kaynaklanan Sorunlar

UAÖÇ sisteminde il ekipleri, İl Proje Koordinatörü, İl Proje Doktoru, İl Proje Araştırmacısı ve ilçelerde görev yapan İlçe Koordinatörü’nden oluşmaktadır. İl ve bağlı ilçelerdeki birincil kaynak eğitimlerinin ve veri toplama faaliyetlerinin yürütülmesi ve koordinasyonunun sorumluluğu olan il ekibinin İl Proje Araştırmacısı dışında kalan üyeleri tıp doktorlarından oluşturulmuştur. İl Proje Araştırmacısı ise, UAÖÇ kapsamında il bazında yürütülen veri girişi ve sözel otopsi faaliyetlerini yerine getirmek üzere proje bütçesinden istihdam edilmiş ve tıp eğitimi almamış kişilerden oluşturulmuştur. UAÖÇ süresince il ekiplerinden kaynaklanan en önemli sorun, il ekiplerinde yer alan sağlık personelinin özellikle de ilçe koordinatörlerinin sık olarak değiştirilmesidir. UAÖÇ kapsamında bulunan 380 ilçede görev yapan ilçe koordinatörlerinin 72’si (yüzde 19) görevinden ayrılmıştır. Yeni atanan ilçe koordinatörlerinin ayrılan ilçe koordinatörü tarafından bilgilendirilmemesi yeni atanan ilçe koordinatörünün çalışmaya uyum sürecinin gecikmesine yol açarak UAÖÇ’nin iş akışını önemli ölçüde aksatmıştır. Yeni atanan ilçe koordinatörleri merkez proje ekibi tarafından düzenlenen tazeleme eğitim programlarına alınarak proje faaliyetlerinde meydana gelen gecikmeler ve aksamalar büyük ölçüde engellenmiştir.

İl ekiplerinde yer alan sağlık personelinin bazılarının idari görevlerinin olması nedeniyle, UAÖÇ’e ayırdıkları zamanın kısıtlı olduğu görülmüştür. Özellikle İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve İlçe Sağlık Grup Başkanı olarak görev yapan il proje ekibi üyeleri UAÖÇ’na ilişkin sorumluluklarını diğer bir sağlık personeline aktarmışlardır. Bazı durumlarda il proje araştırmacıları, il düzeyinde UAÖÇ faaliyetlerinin yürütülmesi ve koordinasyonunu tek başına yürütmek durumunda kalmışlardır. Bu gelişmeler UAÖÇ sisteminin belirli noktalarda aksamasına ve zamanla tıkanmasına yol açmıştır. İl ve ilçe düzeyinde çok sayıda sağlık projesinin yürütülmesi ve il ekiplerinde yer alan sağlık personelinin bu projelerde de görevli olması da UAÖÇ faaliyetlerini yavaşlatıcı bir unsur olarak karşımıza çıkmıştır. Ayrıca, UAÖÇ’de görev yapan sağlık personelinin bazıları, UAÖÇ faaliyetlerine katılmaları nedeniyle döner sermaye geliri alamadıklarını beyan etmişlerdir. Bu durum da, UAÖÇ’nda görev yapan sağlık personelinin tam zamanlı olarak çalışma faaliyetlerine katılımını engellemiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından toplanan verilerin kalite ve kapsam sorunlarını azaltma çabaları içinde sağlık personeline döner sermaye ödemelerinde veri toplama faaliyetlerinin de performans göstergeleri arasına dahil edilmesi uygulamasına geçilmesi yararlı olacaktır.

İl ekiplerinde yer alan sağlık personelinin yoğun iş yükü UAÖÇ faaliyetlerinden özellikle sağlık kurumlarında yapılması gereken hasta dosyalarını inceleme ve ölen kadının yakınları ile yapılan sözel otopsi faaliyetlerinin gecikmesine yol açmıştır. UAÖÇ veri toplama sisteminin doğası gereği gecikmeli olarak belirlenebilen kadın ölümlerine ilişkin işlemler il ve ilçe düzeyinde yaşanan bu sorunlar nedeniyle beklenenden daha da gecikmeli olarak gerçekleştirilebilmiştir. İl proje araştırmacısı tarafından yürütülen sözel otopsi faaliyetlerinin gecikmesinin bir başka nedeni de il proje araştırmacısına aile görüşmeleri için zamanında araç temini yapılamaması olarak karşımıza çıkmıştır. UAÖÇ bütçesinden çalışma faaliyetlerinde kullanılmak üzere ilin büyüklüğüne bağlı olarak belirli bir kaynak aktarılmış olmasına karşın, bazı illerde araç temin edilemediği için il proje araştırmacıları ölen kadının yakınlarından randevu aldıkları tarih ve saatte görüşmeye gidememişlerdir. Tüm bu sorunlar, bir çok ilde zamanında yapılması gereken sağlık kurumu kayıt incelemelerinin ve sözel otopsi çalışmalarının birikmesine yol açmıştır. Bu birikmenin bir sonucu olarak Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'ne saha çalışmasının ilk 9 ayında ulaşması beklenen 4500 sorukağıdından ancak 2,500'ü ulaşmıştır. UAÖÇ saha çalışmasının son üç ayında ve saha çalışması sonrasındaki iki ayda ise merkeze ulaşan sorukağıdı sayısı 3,500 seviyesine ulaşmıştır.

Özellikle il proje koordinatörünün iş yükünün fazla olduğu UAÖÇ illerinde, UAÖÇ faaliyetlerini il proje araştırmacısı yerine getirmek zorunda kalmıştır. Bu illerde, il proje araştırmacısı doktor olan ilçe koordinatörleri ile iletişimde zorlanmış ve bu durum da proje faaliyetlerinin aksamasına yol açmıştır. Ayrıca, il proje araştırmacısının, pilot iller (Antalya ve Erzurum) dışında sağlık sisteminin dışından ve sağlık eğitimi almamış kişiler olması da zaman zaman il ekiplerinde yer alan sağlık personeli ile sorunlar yaşamasına neden olmuştur.

### **5.2.3.2 UAÖÇ Birincil Kaynaklarından Kaynaklanan Sorunlar**

UAÖÇ'nda yerleşim yerinde gerçekleşen definleri il proje ekibine bildiren köy muhtarları ve belediye mezarlık görevlileri birincil kaynak olarak tanımlanmışlardır. UAÖÇ kapsamındaki 29 ilde 16,139 birincil kaynak görev yapmıştır. Birincil kaynaklar öncelikle UAÖÇ sistemi ve bu sistem içerisindeki görevleri konusunda eğitime alınmışlardır. Birincil kaynak eğitimleri, daha önce *eğitimcilerin eğitimi* ilkesi doğrultusunda Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü akademik personeli tarafından eğitilen il ve ilçe proje ekipleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Küçük gruplar halinde organize edilen birincil kaynak eğitimlerine bazı illerde özellikle köy muhtarlarının katılımı beklenen seviyenin altında kalmıştır. UAÖÇ'nin kapsamında bulunan 29 ilde valilik ve kaymakamlıklarla işbirliği yapılarak birincil kaynakların önemli bir bölümünün (yüzde 94) eğitimi saha çalışması öncesinde tamamlanmıştır. Geriye kalan birincil kaynakların eğitimi saha çalışmasının ilk bir ayı içerisinde düzenlenen yeni eğitim programları aracılığıyla tamamlanmıştır. Köy muhtarlarının kendileri için düzenlenen eğitim programına katılmamama nedeni olarak genellikle *"eğitime gerek yok, görevi bize verin biz yaparız"* yaklaşımı içinde buldukları gözlenmiştir. Eğitim programına katılan muhtarlar, kendilerinden talep edilen bir iş için ilk kez eğitime alındıklarını, örneğin MERNİS formlarının doldurulması için bir eğitim almadıklarını beyan etmişlerdir. Bu durum, köy muhtarlarının özellikle kayıt sistemine ilişkin görevleri konusunda yoğun hizmet-içi eğitim gereksinimleri olduğuna dikkat çekmektedir.

Eğitim sırasında ve sonrasında bazı köy muhtarları ve belediye görevlileri defin kayıtlarını tutmanın ve bildirmenin kendi görevleri olmadığını beyan etmişlerdir. Bu direnci kırmak için, köy muhtarlıkları ve belediyelerin defin hizmetleri konusundaki görevlerini tanımlayan Köy Kanunu, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Belediye Kanunu ve Büyükşehir Belediyesi Kanununun ilgili maddeleri eğitim programı kapsamında kendilerine aktarılmıştır. Ayrıca, İçişleri Bakanlığının 21 Şubat 2005 tarihinde UAÖÇ kapsamında yayımladığı 80442 sayılı genelge ile kendilerine verilen görevler de eğitim programının bir parçası olarak birincil kaynaklara aktarılmıştır. Köy muhtarlarının ve belediye görevlilerinin kendilerine yasa ile verilen görevlerden habersiz olmaları, özellikle köy muhtarlarının görev tanımları konusunda muhtarlık öncesinden başlanarak eğitime alınması gerekliliğini göstermektedir.

Köy Kanunu, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Belediye Kanunu ve Büyükşehir Belediyesi Kanununun hükümleri çok açık olmasına karşın, UAÖÇ kapsamında bulunan 29 ildeki bir çok yerleşim yerinde, bazı il ve ilçe merkezleri de dahil, defin kaydı tutulmadığı görülmüştür. UAÖÇ projesi kapsamında İçişleri Bakanlığı tarafından yayınlanan genelgeye istinaden defin kaydının tutulmaya başlandığı yerleşim yerlerinin sayısı oldukça fazladır. Bazı yerleşim yerlerinde ise, yetkililer UAÖÇ projesinin yarattığı duyarlılık artışı ile defin kaydı tutmaya başlamışlardır. Köy muhtarları kayıt tutmama nedenleri olarak, işlerinin yoğun olduğunu, ücretlerinin yetersiz olduğunu, ölüm kaydı tutmanın kendi görev tanımları içinde olmadığını ve bu işin sağlık ocakları tarafından yapılması gerektiğini beyan etmişlerdir. Bazı köylerde muhtarların *Köy Defteri*'ne sahip olmadığı, olsa bile mali kayıtlar dışındaki herhangi bir konuda kayıt tutmadığı gözlenmiştir. Ölüm kaydı tutmama gerekçesi olarak bazı köy muhtarları ise, "*dirinin kaydı yok, ölünün nasıl olsun*" yaklaşımını gündeme getirmişlerdir. Belediyeler ise, defin kaydı tutmamalarını personel yetersizliği ile açıklamışlardır. Defin kaydı tutan bazı belediyelerin ise, söz konusu kayıtları daha çok mali gerekçelerle tuttukları gözlenmiştir. Bunun yanı sıra, defin kayıtlarını bilgisayar ortamında tutan, UAÖÇ'nin talep ettiği bilgileri bilgisayar ortamında düzenli olarak aktaran belediyelerin, özellikle büyükşehir belediyelerinin sayısı da oldukça fazladır.

Doğu Anadolu Bölgesi'nin bazı yerleşim yerlerinde ölenin bekletilmemesi gerektiği inancı ile gece definlerinin yaygın olduğu görülmüştür. Gece yapılan definlerin defin ruhsat olmaksızın yapılması defin kaydı tutmayı imkansız hale getirmektedir. Gece definleri dışında, birden çok mezarlığı bulunan belediyelerin yerleşim yerindeki tüm mezarlıkları kontrol edemediği durumlarda meydana gelen kaçak definler de söz konusudur. Ayrıca, Karadeniz Bölgesi'nde coğrafî koşullar nedeniyle definlerin genel mezarlık alanları yerine bahçelere yapılması da defin kayıtları önünde önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir başka uygulama da definlerin il dışına götürüleceği beyan edilerek alınan *defin transfer ruhsatı* ile definlerin kent içindeki mahalle mezarlıklarına defnedilmesi uygulamasıdır. Mahalle mezarlıkları genellikle belediyelerin kontrolü dışında olduğu için bu şekilde yapılan definlerin birincil kaynaklar tarafından kaydının tutulması mümkün olamamıştır.

UAÖÇ'nin saha çalışması sırasında belediyelerin coğrafî sınırlarını genişleten bir yasanın yürürlüğe girmesiyle, bazı köyler belediye sınırlarına alınarak mahalle haline dönüştürülmüştür. Bu uygulamayla birlikte, köy muhtarlığından mahalle muhtarlığına dönüşen bazı birincil kaynaklar mezarlık defin listelerini teslim edip etmeme konusunda kararsızlık içinde kalmışlardır. Bu köylerin hemen tamamındaki mezarlıklarda defin işlemine

devam edilmesi nedeniyle, söz konusu köylerin UAÖÇ sistemi içinde tutulmasına karar verilmiştir.

Birincil kaynaklardan kaynaklanan bazı sorunların temelinde, birincil kaynakların İçişleri Bakanlığı'na, defin kayıtlarını talep eden il proje ekiplerinin ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışmalarıdır. Köy muhtarları ve belediye görevlileri, başka bir bakanlığın personeli olan il proje ekiplerinin kontrolünde çalışmak istememişlerdir. Bu sorun, İçişleri Bakanlığı'nın yayınladığı genelge yanında, ilgili valilik ve kaymakamlıkların resmi yazıları önemli ölçüde aşılmıştır. Ancak, yine de bazı birincil kaynaklar farklı bir bakanlığın personeline bilgi sağlamak konusunda isteksiz davranmaya devam etmişlerdir.

UAÖÇ sisteminde birincil kaynakların temel sorumluluğu, mezarlık defin listelerini, yerleşim yerinde defin olmasa bile, her ay düzenli olarak il veya ilçe proje ekiplerine teslim etmek olarak tanımlanmıştır. Bu kuralın, en temel nedeni defin olmayan aylar ile bildirim yapılmayan ayları ayırtılabilmektir. Bir başka neden olarak da, kayıt tutma ve bildirim yapma sisteminin, *kayıt tutma kültürünün* oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Ancak, özellikle köy muhtarları, köylerinde defin olmayan aylar için form doldurmak ve bildirim yapmak konusunda isteksiz davranmışlardır. Bu durum, il ve ilçe proje ekiplerinin valilik ve kaymakamlıklar nezdinde yaptıkları girişimler ile büyük ölçüde aşılmıştır.

### 5.2.3.3 Diğer Sorunlar

UAÖÇ, Türkiye Üreme Sağlığı Programı'nın bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı'nın bir projesidir. Ancak, özellikle UAÖÇ kapsamında illere ilk yapılan ziyaretlerde ve il proje ekiplerinin eğitim toplantılarında, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından yetkililerin merkez proje ekibinin yanında bulunmaması, bazı il proje ekiplerinin çalışmanın Sağlık Bakanlığı çalışması olmaktan çok Hacettepe Üniversitesi çalışması olarak algılanmasına yol açmıştır. Bu algılamanın bir sonucu olarak bazı il ve ilçe proje ekipleri çalışmaya başlangıçta yeterince ilgi göstermemişlerdir. Daha sonraki dönemlerde Sağlık Bakanlığı, valilikler ve kaymakamlıklar nezdinde yapılan girişimlerle bu algılamanın önüne büyük ölçüde geçilmiştir.

UAÖÇ kapsamında bulunan illere nüfus büyüklüğü temel alınarak, UAÖÇ bütçesinden kaynak tahsis edilmiştir. Ancak, UAÖÇ kapsamındaki illere ilk ziyaretlerin yapılması sırasında bazı il proje ekipleri UAÖÇ'nin Avrupa Birliği finansmanı ile gerçekleştirilen bir çalışma olmasını gözönüne alarak çalışmanın bütçesinden İl Sağlık Müdürlüğü'ne kaynak aktarımını talep etmişlerdir. Bu talepleri dikkate almayan merkez proje ekibi, daha önceden her il için planlanan kaynak aktarımını gerçekleştirme yoluna gitmiştir. Ancak, bu taleplerde dikkati çeken nokta, Avrupa Birliği projelerinin ilin çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması için bir fırsat olarak görülmesi eğilimidir. Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatında mevcut olan bu tür eğilimleri ortadan kaldırmak için bir çaba içinde olması gerekmektedir.

UAÖÇ nadir bir olay olan anne ölümlerini tesbit etmeye çalışmıştır. Bu süreç, tüm 12-50 yaş grubundaki kadın ölümünü birincil kaynağın tesbiti ile başlamış, il ve ilçe proje ekibinin birincil kaynaklar tarafından tesbit edilmiş olan kadın ölümlerine ilişkin sağlık kurumu kayıt inceleme çalışması ya da sözel otopsi yapması ile devam etmiştir. Bilgilerin merkeze iletilmesi üzerine ön inceleme komitesi ve merkezi inceleme komitesi tarafından

ölümün nedeni belirlenmiş ve ve sonra da veri girişi ve analiz çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Görüldüğü gibi, RAMOS türü tüm çalışmalarda olduğu gibi UAÖÇ'de de bir anne ölümünün tesbiti aylarca süren bir çalışma ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, 12 ay süren saha çalışmasının tüm sonuçlarına ulaşmak yaklaşık olarak 16 ay sürmüştür. UAÖÇ'nin bir örnekleme çalışması olamaktan çok bir kayıt çalışması olduğu dikkate alındığında, kayıt tutma işleminin zorlu bir süreç olduğu daha iyi anlaşılacaktır. Sağlık Bakanlığı, UAÖÇ sistemini rutin veri toplama sistemi olarak kullanmak istemektedir. Ancak, UAÖÇ sisteminin sürdürülebilir olması için Sağlık Bakanlığı teşkilatının merkez, il ve ilçe düzeyinde büyük bir katkı ve yoğun bir çaba göstermesi gerektiği unutulmamalıdır.

### 5.3 Ölümün Raporlanmasına İlişkin Öneriler

UAÖÇ sürecinde yaşanan deneyimlerden özellikle de niteliksel çalışmanın sonuçlarından ve Sağlık Bakanlığı ve TÜİK yetkilileri ile yapılan görüşmelerden yola çıkılarak mevcut ölüm ve ölüm nedeni raporlama sisteminin geliştirilmesi için bazı öneriler geliştirilmiştir. Bu öneriler aşağıda verilmektedir:

- Ölümün raporlanmasının ve ölüm neden(ler)inin belirtilmesinin aynı süreçte gerçekleşmesi gerekmemektedir. Bu iki olay ayrı ayrı olarak da ele alınabilir.
- Ölümün raporlanması farklı kişi ve kurumların müdahil olduğu idari bir görevdir ve kural olarak bu görevin bir tıp doktoru tarafından yerine getirilmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde de bu durum vurgulanmıştır. Bu süreç, ölümün kesin belirtilerinin anlaşılması ve ölümün doğal mı yoksa doğal olmayan bir şekilde mi gerçekleştiğine karar verilebilmesi için gereklidir. Bunun için, cesedin özel eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir. Ülkelerin bir çoğunda, söz konusu sağlık personeli tıp doktorudur.
- Ölüm raporu yukarıdaki bilgilerin yanında, ölenin cinsiyeti ve yaşı bilgilerini ve ölüm neden(ler)ini ayrıntılı olarak içermelidir. Ölüm neden(ler)inin anlaşılması zaman alıcı bir süreçtir. Bu süreci, ölümlerin yaklaşık üçte ikisinin hastane dışındaki ortamlarda gerçekleşmesi daha da uzatmaktadır. Ölüm neden(ler)inin belirlenmesi için sadece cesedin fiziksel incelenmesi yeterli olmayabilir. Bu durumda, daha ayrıntılı bilgi edinmek için tıbbi otopsiye gereksinim bulunmaktadır. Ancak, tıbbi otopsinin rutin bir prosedür olmadığı da açıktır.

Cesedin fiziksel olarak incelenmesi kadar kişiyi ölüme götüren olayların ve koşulların kısa bir tarihçesini almak da önemlidir. Söz konusu olayların tarihçesini alma işlemi bir tıp doktoru, diğer bir sağlık personeli ya da sağlık personeli olmayan başka bir kişi tarafından yapılabilir.

Ölümün bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiği durumlarda, genellikle bir tıp doktoru ölen kişiye ilişkin gerekli bilgileri hasta dosyasından ve/veya ilgili sağlık personeli ya da müdahil doktorla görüşerek alabilecektir. Diğer durumlarda, aşağıda açıklanan şekilde gerçekleştirilecek olan Sözel Otopsi görüşmeleri yoluyla gerekli bilgiler toplanabilir.

- Sözel Otopsi tekniği, Türkiye’ye benzer ülkelerde kullanılmış ve geçerliliği kanıtlanmış bir veri toplama tekniğidir. Sözel otopsi uygulamasının sorumluluğu İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarına verilebilir. Ölenin yakınları ile yapılacak olan görüşmelerde uygulanacak olan sözel otopsi sorukağının sağlık personeli yerine sağlık personeli olmayan bir kişi tarafından uygulanması en ideal durumdur. Sözel otopsi sorukağında yer alan soruların sorulması ve alınan cevapların kaydedilmesi için sağlık personeline gereksinim bulunmamaktadır. Sözel otopsi sorukağı, tıp doktoru tarafından ölüm raporunun hazırlanması sırasında kontrol listesi olarak da kullanılabilir. Sorukağı doldurulduktan sonra, sorukağının bir tıp doktora tarafından değerlendirilmesi ölüm neden(ler)inin belirlenmesini sağlayacaktır.
- Ölüm (neden(ler)inin rapor edilmesinde bazı katı kuralların konulması gerekmektedir. Bunlardan en önemlisi, “kalp durması” gibi ölümü tanımlayan olayların ölüm nedeni olarak yazılmaması, bunun yerine ölüme yol açan koşullar zincirinin belirlenerek, bunların Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflaması, Versiyon 10’a (ICD-10) göre yazılması gerekmektedir.
- Ölüm neden(ler)i kesinleştirildikten sonra kodlama işleminin merkezi olarak belirlenen kodlara göre yapılması gerekmektedir.
- Sözel otopsi yöntemi rutin bir işlem olarak tüm ölümler için uygulanabilir. Daha önce de vurgulandığı gibi, bu işlemin sorumluluğu İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarına verilmelidir. Bir başka alternatif ise, sözel otopsi yöntemini “Hayati Kayıtlar Örnekleme”ne uygulamaktır. Bu durumda nüfus kayıt sisteminden çok aşamalı olasılıklı örnekleme tekniğine göre seçilecek olan ölümlerden ölüm nedenlerine ilişkin bilgi toplamak mümkün olacaktır. Bu yaklaşımda, hastanelerde meydana gelen ölümlerin nedenlerine ilişkin bilgilerin, yukarıda belirtilen standartlara uygun olarak tutulan hastane kayıtlarından alınması gerekmektedir.
- Ölümün raporlanması ve ölüm nedenlerine ilişkin bilgilerin üretilmesi sürecinde aşağıda verilen koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir:
  - Sağlık Bakanlığı, ölüm nedenlerine ilişkin verinin toplanmasını kendisi için öncelikli bir politika olarak belirlemelidir. Politika üretenler için ölüm nedenlerine ilişkin bilgilerin özel bir öneme sahip olduğu unutulmamalıdır.
  - Sağlık Bakanlığı, ölüm raporunun belirlenecek olan kurallara göre hazırlanmasını, hasta muayene etmekte olduğu gibi bir performans kriteri haline getirmelidir. Hasta muayenesi ile ölüm raporu düzenlemenin her ikisi de sağlık hizmetleri için önemlidir.
  - Ayrıca, dikkatli ve sistematik olarak veri toplamak da performans değerlendirilmesinde bir kriter haline dönüştürülmelidir.
  - Ölümün raporlanmasına ilişkin olarak UAÖÇ uzmanlarının da katıldığı bir çalışma grubunun gerçekleştirdiği çalışmalar gelecek için cesaret vermektedir. Bu anlamda gerçekleştirilen iki girişim büyük önem taşımaktadır: Bu girişimlerden birincisi, uluslararası standartlara uygun olarak hazırlıklarına başlanan Ölüm Raporu’dur. Bu dökümanın ölüm nedenleri ve koşullarına ilişkin önerileri içeren bölümü Ek 14’te verilmektedir. İkinci girişim ise, tıp doktorlarının ölüm raporunun sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğuna, ölümün raporlanmasında izlenecek olan, kontrol

listesinin kullanımı dahil, prosedüre ve standardizasyon için gerekli olan ICD-10 kavramlarına dair eğitilmeleri için yapılan çalışmalardır.

- Tıp doktorları için planlanan eğitimlerin ülke geneline hizmet içi eğitim programlarıyla, Aile Hekimliği Sistemi'nin bir parçası olarak ve Tıp Fakülteleri'ndeki eğitim müfredatına entegre edilerek verilmesi gerekmektedir. Bu yolla, sağlık personeli arasında gözlemlenen yoğun personel sirkülasyonunun yüksek kalitede kayıt tutma hizmetleri üzerindeki olumsuz etkileri minimum düzeye indirebilecektir.
- Tüm bunların yanısıra, genel kamuoyunun hayati kayıt sisteminin önemine ilişkin farkındalık seviyesinin yükseltilmesi için de çalışmalar yapılması gerekmektedir.

#### **5.4 Anne Ölümünün Azaltılmasına Yönelik Tedbirlere İlişkin Öneriler**

Her bir anne ölümünün yarattığı trajik koşulları dikkate alarak doğum öncesi ve obstetrik bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve bu hizmetlere ulaşımında bazı bölgelerde yaşanan sorunların ortadan kaldırılması için bazı tedbirlerin alınması gerekmektedir. Öncelikle ailelerin kadınları anne ölümüne götüren tehlike işaretlerini tanımlayabilme, gerekli sağlık hizmetini uygun sağlık kurumundan alabilme konularında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ailelerin mevcut bilgi seviyesine ilişkin bilgiler Sağlık Bakanlığı'nın Üreme Sağlığı Programı Kapsamı'nda yürütülmekte olan "Sağlık Yardımı Arama Davranışı Araştırması"ndan (Health Seeking Behaviour Survey) elde edilebilir. Ailelerin bilgilendirilmesine ilişkin olarak her ilin ilçe seviyesinde toplum merkezli yeni yaklaşımların geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Daha fazla sayıda çocuk istemeyen ancak herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan kadınlara ulaşılması konusunda da daha fazla çabaya gereksinim bulunmaktadır. Söz konusu çabalar kapsamında, aile planlaması kullanımına ilişkin karar sürecinde sıklıkla önemli bir rol oynayan kocaların da eğitilmesi gerekmektedir.

Daha önce açıklandığı gibi, sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan zorluklar nedeniyle sağlık kurumlarına hiç götürülmediği ya da geç götürüldüğü için ölen anneler bulunmaktadır. Ayrıca, ölen önemli sayıdaki annenin yaşamının sağlık personelinin daha uygun müdahale etmiş olması durumunda kurtulabileceği görülmektedir.

Her bir anne ölümü vakası farklıdır ve her bir vaka durumun yanlış yönetilmesi ve/veya duruma ilişkin yanlış karar verilmesinin sonucu olmak yanında bireylerin de katkıda bulunduğu bir sonuçtur. Bu nedenle, sağlık kurumu seviyesinde durumun iyileştirilmesi için her bir vakanın incelenmesi gerekmektedir. Bu incelemenin sürece katılan kişilerin suçlanması için değil, ölüme götüren sürecin tam olarak anlaşılması ve dersler çıkarılması için ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ölümün değerlendirilmesi görevi, sadece anne ölümleri ile sınırlı olmamalı ve tüm ölüm olaylarını kapsamalıdır. Bu anlamda, *Değerlendirme Komitesi*'nin her hastanede kurulması gerekmektedir.

Bu süreci kolaylaştırmak için, UAÖÇ uzmanları tarafından, çalışma kapsamındaki illerde 12 ay boyunca süren veri toplama çalışmalarında saptanan her anne ölümüne ilişkin kapsamlı bilgi içeren bir özet bilgi notu hazırlanmıştır.



Her bir hastanede anne ölümlerinin yönetilmesine ilişkin alınacak tedbirler dışında, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin arasındaki bağlantılara yoğunlaşılması gerekmektedir. Bu anlamda, kamu ya da özel sektör sağlık kurumlarının denetlenmesinin ve hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarının entegre bir parçası olarak standart protokoller geliştirilmeli ya da var olan protokoller değiştirilmelidir.

## KAYNAKÇA

---

Akar, M.E., Eyi, E.G., Yılmaz, E.S., Yüksel, B. and Yılmaz, Z., (2004). 'Maternal Deaths and Their Causes in Ankara, Turkey, 1982-2001', *The Journal of Health, Population and Nutrition*. 22(4), p.420-8.

Akhan, S.E., Nadirgil, G., Tecer, A. and Yüksel, A., (2003). 'The Quality of Antenatal Care in Turkey and the Role of Ultrasonography in the Antenatal Care System', *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 268(1), p.9-14.

Akın, A., Doğan, B. and Mihçioğur, S., (2000). *Survey on Causes of Maternal Mortalities from the Hospital Records in Turkey*, report submitted to the Ministry of Health General Directorate of mother and Child Health and Family Planning.

Akın, A., (2003). Gender Issues in Health, In: *Bridging the Gender Gap in Turkey: A Milestone Towards Faster Socio-economic Development and Poverty Reduction* (Chapter 4), Poverty Reduction and Economic Management Unit Europe and Central Asia Region.

Akın, A., Koçoğlu, G.O. and Akın, L., (2005). 'Study Supports the Introduction of Early Medical Abortion in Turkey', *Reproductive Health Matters*. 13(26), p.101-9.

Aksu, M.F., Madazlı, R., Özgön, M., Budak, E. and Köse, Y., (1998). 'Maternal Mortality Rates in the Department of Obstetrics-Gynecology and Intensive Care Unit of Cerrahpaşa Medical Faculty', *Cerrahpaşa Journal of Medicine*. 29 (1), p.1-60.

Altıntaş, K.H. and Bilir, N., (2001). 'Ambulance Times of Ankara Emergency Aid and Rescue Services' Ambulance System', *European Journal of Emergency Medicine*. 8(1), p.43-50.

Armağan, E., Akköse, S., Cebisci, H., Engindeniz, Z. and Tokyay, R., (2001). 'Do Emergency Departments Comply with the Rules of Patient Transportation', *The Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 7(1), p.13-6.

Arriage, E.E., (1994). *Population Analysis with MicroComputers: Presentation of Techniques*, U.S. Bureau of Census, Volume I, Washington D.C.

Ayhan, A., Bilgin, F., Tuncer, Z.S., Tuncer, R., Yanık, A. and Kışnişci, H.A., (1994). 'Trends in Maternal Mortality at a University Hospital in Turkey', *The International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 44(3), p.223-8.

Ayhan, A., Tuncer, Z.S., Bilgin, F. and Gürkan, T., (1990). ‘Maternal Mortality: A Report from a University Hospital in Ankara’, *Asia Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 16(4), p.353-5.

Ayhan, A., Yüce, K. and Kişnişci, H.A., (1989). ‘Analysis of 20,291 Deliveries in a Turkish Institution’, *The International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 29(2), p.131-4.

Bıldırcın, M. and Şahin, N.H., (2005). ‘Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Emergency Contraception Among Family-Planning Providers in Turkey’, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 10(3), p.151-6.

Biliker, M.A., (2003). ‘Maternal Mortality in Turkey’, *Journal of Perinatal Medicine*.31(5), p.380-5.

Biri, A., Öztürk, J. and Maral, I., (2002). ‘Maternal Deaths Occured in Hospitals in Ankara between 1997 and 2000’, *Journal of Medical Sciences*. 22, p.142-7.

Bozkurt, A.I., Özçırpıcı, B., Özgür, S., Şahinöz, S., Şahinöz, T., Saka, G., Ceylan, A., Ilcin, E., Acemoğlu, H., Palancı, Y., Akkafa, F. and Ak, M., (2004). ‘Induced Abortion and Effecting Factors of Ever Married Women in the Southeast Anatolian Project Region, Turkey: A Cross Sectional Study’, *BMC Public Health*. 4(65) (available at <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-4-65.pdf>).

Bozkurt, T., Özyüncü, Ö. and Ayhan, A., (2006). ‘Maternal Mortality Rates at Hacettepe University Hospital/Turkey’, *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 7(2).

Büken, E., Örnek, B.N. and Büken, B., (2004). ‘Obstetric and Gynecologic Malpractice in Turkey: Incidence, Impact, Causes and Prevention’, *The Journal of Forensic Medicine*. 11(5), p.233-47.

Campbell, O. and Ronsmans, C., (1995). *Report of a WHO Workshop on Verbal Autopsy*. WHO Document, World Health Organization, Geneva.

Chandramohan, D., Maude, G.H., Rodrigues, L.C. and Hayes, R.J., (1998). ‘Verbal Autopsies for Adult Deaths: Their Development and Validation in a Multicentre Study’, *Tropical Medicine and International Health*. 3(6), p.436-46.

Çakır, H.V., Fabricant, S.J. and Kırçalıoğlu, F.N., (1996). ‘Comparative Costs of Family Planning Services and Hospital-Based Maternity Care in Turkey’, *Studies in Family Planning*. 27(5), p.269-76.

Çalı, S., Kalaca, S. and Sarıkaya, O., (2004). ‘Minimizing Missed Opportunities: An Approach to Decrease the Unmet Need for Family Planning’, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 9(4), p.285-9.

Çetin, M., Sümer, H., Timuroğlu, T. and Demirköprülü, N., (2003). 'Maternal Mortality in the Last Decade at a University Hospital in Turkey', *The International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 83(3), p.301-2.

Çiçeklioğlu, M., Soyer, M.T. and Ocek, Z.A., (2005). 'Factors Associated with the Utilization and Content of Prenatal Care in a Western Urban District of Turkey', *International Journal for Quality in Health Care*. 17(6), p.533-9.

Dervişoğlu A.A., (1985). *Maternal Mortality in Turkey*, [unpublished].

Doğan, G.B., (2003). *Maternal Mortality Rate and Causes of Maternal Deaths from the Hospital Records in Turkey*. The 131st Annual Meeting of APHA, 15-19 November, San Francisco, CA  
(available at [http://apha.confex.com/apha/131am/techprogram/paper\\_73097.htm](http://apha.confex.com/apha/131am/techprogram/paper_73097.htm)).

Egypt Ministry of Health, (1994). *National Maternal Mortality Study: Egypt 1992-1993 Preliminary Report of Findings and Conclusions*. Ministry of Health and Population, Child Survival Project, Cairo.

Egypt Ministry of Health and Population, (2001). *National Maternal Mortality Study: Egypt 2000*. Directorate of Maternal and Child Health Care, Ministry of Health and Population, Egypt.

Erbay, H., Yalçın, A.N., Serin, S., Turgut, H., Tomatır, E., Çetin, B. and Zencir, M.N., (2003). 'Osocomial Infections in Intensive Care Unit in a Turkish University Hospital: A 2-year Survey', *Intensive Care Medicine*. 29(9), p.1482-8.

Erci, B., (2003). 'Barriers to Utilization of Prenatal Care Services in Turkey', *The Journal of Nursing Scholarship*. 35(3), p.269-73.

Erdoğan, M.S., Şehiraltı, M. and Kurtaş, O., (2005). 'A Descriptive Study of Medical Malpractice Cases in Turkey', *The Annals of Saudi Medicine*. 25(5), p.404-8.

Ergeneli, M.H. and Tankahya, Y., (1993). 'Maternal Mortality in a Turkish Maternity Hospital', *The International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 43(3), p.327-8.

Goldberg, M.S., (1984). 'Four Countries Liberalize Abortion Laws', *Planned Parenthood Review*. 4(1), p.20-1.

Gözüm, S. and Kılıç, D., (2005). 'Health Problems Related to Early Discharge of Turkish Women', *Midwifery*. 21(4), p.371-8.

Gündoğmuş, U.N., Özkara, E., Mete, S. and Gündoğmuş, U.N., (2004). 'Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Based on the Higher Health Council Records', *Nursing Ethics*. 11(5), p.489-99.

Hacettepe University Institute of Population Studies, (2004). *Turkish Demographic and Health Survey 2003*, Hacettepe University Institute of Population Studies, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, State Planning Organization and European Union, Ankara, Turkey.

Hill, K., AbouZahr, C. and Wardlaw, T., (2001). 'Estimates of Maternal Mortality for 1995'. *Bulletin of the WHO*. 79(3), p.182-193  
(available at [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(3\)182.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(3)182.pdf)).

Huntington, D., Dervişoğlu, A.A., Pile, J.M., Bumin, C. and Mensch, B., (1996). 'The Quality of Abortion Services in Turkey', *The International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 53(1), p.41-9.

Kavlak, O., Atan, S.U., Saruhan, A. and Sevil, U., (2006). 'Preventing and Terminating Unwanted Pregnancies in Turkey' *The Journal of Nursing Scholarship*.38(1), p.6-10.

Khan, M.M. and Çelik, Y., (2001). 'Cost of Nosocomial Infection in Turkey: An Estimate Based on the University Hospital Data', *Health Services Management Research*. 14(1), p.49-54.

Kımaz, S., Soysal S., Cimrin, A. H. and Günay, T., (2006). 'Assessment of Physicians Employed in Emergency Medical Services about Their Level of Knowledge on Basic Life Support, Advanced Cardiac Life Support and Medicolegal Responsibilities', *The Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 12(1), p.59-67.

Kırımhoğlu, N., Elçioğlu, O. and Yıldız, Z., (2005). 'Client Participation and Provider Communication in Family Planning Counselling and the Sample Study from Turkey', *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 10(2), p.131-41.

Malatyaloğlu, E., Kökçü, A., Çetinkaya, M.B., Alper, T. and Tosun, M., (2006). 'Maternal Mortality Rates in the Last Eight Years: A University Hospital-Based Study from Turkey', *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 19(6), p.353-6

Mandıracıoğlu, A., Mevsim, V. and Turgul, O., (2003) 'Health Personnel Perceptions about Emergency Contraception in Primary Health-Care Centers', *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 8(3), p.145-9.

Maral, I., Baykan, Z., Aksakal, F.N., Kayıkçıoğlu, F. and Bumin, M.A., (2001). 'Tetanus Immunization in Pregnant Women: Evaluation of Maternal Tetanusvaccination Status and Factors Affecting Rate of Vaccination Coverage', *Public Health*. 115(5), p.359-64.

Mayda, A.S. and Akkuş, D., (2004). 'Domestic Violence Against 116 Turkish Housewives: A Field Study', *Women and Health*. 40(3), p.95-108.

Ministry of Health, Hacettepe University Public Health Department and WHO, (1988). *Maternal Mortality in Turkey and Its Prevention*, [unpublished].

Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, (2000). *Türkiye’de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması (Causes of Maternal Mortality in Turkey based on Health Facility Records)*, Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, Hacettepe University Faculty of Medicine Public Health, World Health Organization and UNFPA.

National Institute of Population Research and Training (NIPORT), ORC Macro, Johns Hopkins University and ICDDR,B. (2003). *Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001*. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland (USA): NIPORT, ORC Macro, Johns Hopkins University, and ICDDR,B.

Pinter, B., Aubeny, E., Bartfai, G., Loeber, O., Ozalp, S. and Webb, A., (2005). ‘Accessibility and Availability of Abortion in Six European Countries’, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 10(1), p.51-8.

Senlet, P., Curtis, S.L., Mathis, J. and Raggars, H., (2001). ‘The Role of Changes in Contraceptive Use in the Decline of Induced Abortion in Turkey’, *Studies in Family Planning*. 32(1), p.41-52.

Soysal, S., Karcioğlu, O., Topaçoğlu, H., Yenal, S., Koparan, H. and Yaman, O., (2005). ‘Evaluation of Prehospital Emergency Care in the Field and During the Ambulance Drive to the Hospital’, *Advances in Therapy*. 22(1), p.44-8.

State Institute of Statistics (SIS), (1978). *Turkish Demographic Survey 1974-1975*, State Institute of Statistics, Prime Ministry of Republic of Turkey, SIS Publication No. 841, Ankara.

State Institute of Statistics (SIS), (1993). *1989 Turkish Demographic Survey*, State Institute of Statistics, Prime Ministry of Republic of Turkey, Ankara.

State Planning Organization, (1997). *Türkiye’de Doğum ve Ölüm Kayıtları ile İlgili Çalışma Grubu Raporu (Working Group on Birth and Death Registration)*, State Planning Organization, Prime Ministry of Republic of Turkey, Ankara.

Tezcan, S. and Güçiz, D.B., (1990). ‘The Extent and Causes of Mortality among Reproductive Age Women on Three Districts of Turkey’, *The Turkish Journal of Population Studies*. (12), p.31-9.

Tuncer, R.A., Erkaya, S., Sipahi, T. and Kutlar, I., (1995). ‘Maternal Mortality in a Maternity Hospital in Turkey’, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 74(8), p.604-6.

Turan, J.M., Nalbant, H., Bulut, A. and Sahip, Y., (2001). ‘Including Expectant Fathers in Antenatal Education Programmes in Istanbul, Turkey’, *Reproductive Health Matters*. 9(18), p.114-25.

Turkish Ministry of Health, Başkent University, and School of Public Health, (2005). *National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project Burden of Disease*, Final Report, January, Ankara.

Turkish Ministry of Health, Başkent University, and School of Public Health, (2003). *National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project Verbal Autopsy Survey*, Interim Report, December, Ankara.

Turkish Ministry of Health, Başkent University, and School of Public Health, (2003). *National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project Household Survey*, Interim Report, December, Ankara.

Ulusoy, M.F., (1998). 'Waiting in Araf Research without Consent: A Turkish Mother's Experience', *Pediatric Nursing*. 24(6), p.562-4.

United Nations (UN), (2003). *Manual of Mortpak for Windows*, New York.

Uzuner, A., Ünalın, P., Akman, M., Çifçili, S., Tuncer, I., Çoban, E., Yıkılkan, H., Akgün, T., (2005). 'Providers' Knowledge of, Attitude to and Practice of Emergency Contraception', *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 10(1), p.43-50.

Yanık, F. F., Malatyalıoğlu, E., Koçak, I., Yanık, A., Bolat, I. and Kökçü, A., (1999). 'Analysis of the Pregnancy-Related Deaths within the Last Two Decades: A university Hospital-Based Study from Turkey', *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 87(2), p.143-5.

Yanıkkerem, E., Karadaş, G., Adıgüzel, B. and Sevil, U., (2006). 'Domestic Violence during Pregnancy in Turkey and Responsibility of Prenatal Healthcare Providers', *American Journal of Perinatology*. 23(2), p.93-103.

World Bank, (2003). *Bridging the Gender Gap in Turkey: A Milestone Towards Faster Socio-economic Development and Poverty Reduction*, Poverty Reduction and Economic Management Unit Europe and Central Asia Region.

World Bank, (2004). *Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of Euro 49.40 Million to the Republic of Turkey for a Health Transition Project in Support of the First Phase of the Program for Transformation in Health*, Human Development Unit Europe and Central Asia Region, Report No: 277 17-TU.

World Health Organization (WHO), (1994). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD 10. 10<sup>th</sup> Revision*: Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO), (1996). *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF*, World Health Organization and United Nations Children's Fund, Geneva.

World Health Organization (WHO), (2001). *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA* (available at [http://www3.who.int/whosis/mm/mm\\_country\\_1995.cfm?path=whosis.mm.mm\\_country\\_1995&language=english](http://www3.who.int/whosis/mm/mm_country_1995.cfm?path=whosis.mm.mm_country_1995&language=english)).

World Health Organization (WHO), (2004). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Geneva (available at [http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal\\_mortality\\_2000/mme.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf)).

World Health Organization (WHO), (2004). *Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer*. World Health Organization, Geneva.

Wunch, G. and Hancioğlu, A., (1997). *Morbidity and Mortality Data: Problems of Comparability*. Proceedings of the European Association for Population Studies and the Hacettepe University Institute of Population Studies Workshop, Hacettepe Institute of Population Studies, Publication No. IPS-HU.97-01, Ankara.