

ANNE ÖLÜMLERİ

Nazlı Dalgıç* Ferda Özyurda**

Günümüzde anne ölümleri, gerek dünyanın çeşitli ülkelerinde, gerekse ülkemizde, önemli bir sorun olarak kendini göstermektedir. Anne ölümü, gebeliğin şekline ve süresine bakılmaksızın gebelik, doğum ve doğumdan sonraki ilk 42 gün içinde görülen ölümler olarak tanımlanmakta ve oran olarak da 100.000 canlı doğuma karşılık ifade edilmektedir.

Anne ölümü nedenleri başlıca dört grupta toplanmaktadır. Bunlar;

- 1 — Direkt nedenler,
- 2 — İndirekt nedenler,
- 3 — Obstetrik olmayan nedenler,
- 4 — Düşüklerdir.

Direkt nedenlere bağlı anne ölümleri, gebelik ve doğum travayı sırasında meydana gelen obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanır. Örneğin; plasenta previa, plasenta dekolmanı, uterus rüptürü, gebelik toksemisi, puerperal sepsis gibi nedenler bu gruptadır. İndirekt nedenler; gebelikten önce de var olan ve gebelik fizyolojisi ile ağırlık kazanarak risk teşkil eden durumlardır. Kalp hastalıkları, metabolik hastalıklar, diğer sistem hastalıklarının gebelikte beraber bulunduğu haller bu nedenlere örnek teşkil eder. Obstetrik olmayan nedenler; gebelikte direkt ilişkisi olmayan ancak, tüberküloz, malarya, hepatit, tifo, kolera, menenjit, herpes gibi gebelik sırasında hücrel immunitenin zayıflaması ile yüksek fatalite kazanan enfeksiyonlardır. Anne ölüm nedenlerinde ayrı bir yer tutan düşükler ve özellikle de septik düşükler, birçok ülkede başlıbaşına bir anne ölüm nedenidir. Yasal düşüklerdeki ölüm oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere % 0.2 -

* A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

** A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

0.6 kadar, yasa dışı olan ve tıbbi koşullarda yapılmayan düşükler, yüksek ölüm riskine sahiptir. Örneğin; bu tip düşüklerdeki ölüm oranı, gelişmekte olan ülkelerde 100.000 canlı doğumda 400 iken, gelişmiş ülkelerde 100.000 canlı doğumda 50 civarındadır (12). Ülkemizde de bu riskin, düşüklerin yaygınlığı ve toplumun tıbbi imkanları yönünden yüksek olduğu söylenebilir.

Anne ölümlerinin meydana gelmesinde, çevreye ve anneye ilişkin faktörlerin oynadığı rol de ayrıca önem taşımaktadır. Çevreye ait faktörler; ante-natal bakım yetersizliği, sağlıksız koşullarda doğum yapmak, yetersiz ve dengesiz beslenme, düşük sosyo-ekonomik düzey, toplumun eğitim düzeyi, yanlış alışkanlık ve inançlar, sağlık hizmetinin niteliği ve sağlık hizmetlerinden toplumun yararlanabilme düzeyi gibi faktörlerdir. Çevreye ilişkin faktörler arasında, ante-natal ve natal bakım yetersizliği, önlenebilirliği yönünden önem taşımaktadır. Anneye ait faktörler ise, daha çok anne ve bebek açısından mortalite riski taşıyan, yüksek riskli gebeliklerdir. Bir başka deyişle; 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük doğum yapan, 2 yıldan az gebelik aralıklı ve yüksek pariteli kadınlar yüksek risk altındadır ve mortalite riskleri de yüksektir. Örneğin; Jamaika ve Bangladeş'te çok genç yaştaki anne ölüm hızı, 40 yaşından büyük kadınlar için hesaplanan hızlardan yüksek bulunmuş olup, bu oran 100.000'de 990 olarak bildirilmiştir (13). Çeşitli çalışmalarda, paritesi 5 ve daha fazla olan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin yüksek düzeyde olduğu görülmüş ve yine, Bangladeş ve Endonezya'da yapılan çalışmalardan kısa aralıklı gebeliklerde yüksek ölüm hızları saptanmıştır (13). Öte yandan doğumun şekli de anne ölümlerinde önemli bir faktördür. Uluslararası Aile Sağlığı ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu tarafından iki az gelişmiş ülkedeki 5 hastanede yapılan incelemede sezaryenle yapılan doğumlarda anne ölüm hızı 1000'de 12,8 iken vaginal doğumda bu oran, 1000'de 5.1 bulunmuştur (4).

Direkt anne ölüm nedenleri ve anneye ait faktörler, anne ölümlerinde % 75-80 oranı ile önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca bu faktörler, yeterli ve etkili ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti ile % 88-98 oranında önlenebilir niteliktedir (1,2). Bu nedenle, anne ölümlerinin önlenmesine yönelik hizmette bu grup öncelik taşır.

DÜNYADA ANNE ÖLÜMLERİ ve NEDENLERİ

Dünyanın çeşitli ülkelerinde 1980-84 yılları için anne ölüm hızları 100.000 canlı doğumda 3-400 arasında değişmektedir. Tablo I'den de görüleceği gibi anne ölüm hızları gelişmekte olan ülkelerde 100.000 canlı doğumda 70-623 arasında iken, gelişmiş ülkelerde 3-16 arasında değişmektedir (12,15,16,9).

Tablo I : 100.000 Canlı Doğumda Görülen Anne Ölüm Hızlarının Ülkelere Göre Dağılımı.

Ülkeler	Anne Ölüm Hızı (100.000 C.D.)	Yıl	Referens
Bangladeş	623	1982	(12)
Nijerya	519	1984	(9)
Paraguay	343	1980-84	(15)
Ekvator	162	1980-84	(15)
Mauritus	87.1	1980-84	(15)
Kenya	80	1980-84	(16)
Brezilya	71.4	1980-84	(15)
Arjantin	69	1980-84	(15)
Federal Almanya	16.3	1980-84	(15)
Fransa	14.3	1980-84	(15)
İtalya	11.5	1980-84	(15)
A.B.D.	8.3	1980-84	(15)
İsveç	4.3	1980-84	(15)
Hollanda	7.4	1980-84	(15)
Norveç	3.9	1980-84	(15)
İsrail	3.1	1980-84	(15)

Anne ölümlerinin önlenmesinde, anne ölümü nedenlerinin belirlenmesi de önem taşımaktadır. Çeşitli ülkelerde, anne ölümü nedenleri ve öncelikleri farklılık göstermektedir. Tablo II'de görüldüğü gibi Nijerya, Uganda, Malawi gibi gelişmekte olan Afrika ülkelerinde öncelikli anne ölüm nedeni direkt nedenlerdir. Ancak, düşükler, anne ölüm nedeni olarak önemli ölçüde kendini göstermekte ve Kenya, Zimbabve ve Tanzanya'da direkt nedenlerden sonra ikinci sırayı almaktadırlar. Görüldüğü gibi, öncelikli anne ölüm nedeninin belirlenmesi ana ve çocuk sağlığı alanındaki çalışmaların yönlendirilmesi ve planlanmasında oldukça önemlidir. Ayrıca, ana ve çocuk sağlığı

ve aile planlaması hizmetleri direkt anne ölüm nedenlerine ve anneye ait faktörlere yönelik olduğundan maternal mortalite hızlarındaki düzelmede önemli ölçüde rol oynamaktadır. Nitekim; Portekiz'de 1978-82 yılları arasında ele alınan, riskli gebeliklere yönelik aile planlaması hizmetleri sonucunda, 1978'de tespit edilen 100.000'de 32.84 olan anne ölüm hızı, 1982'de 22.51'e düşürülmüştür (14). Buna benzer olarak, Tablo III'den de izleneceği gibi, A.B.D. ve Norveç gibi gelişmiş ülkelerde, 24 yıllık bir süre sonunda anne ölüm hızları, A.B.D.'de süre başındaki oranın sekizde birine, Norveç'te dörtte birine düşmüştür. Ekvator gibi gelişmekte olan bir ülkede ise, aynı süre sonunda anne ölüm hızı düşüşü üçte bir oranında sağlanabilmiştir (15).

Tablo II : Bazı Gelişmekte Olan Ülkelerde Nedenlere Göre Anne Ölüm Hızları (100.000'de).

Ülkeler	Anne Ölümü Nedenleri		Düşükler	Referans
	Direkt Nedenler	İndirekt Nedenler		
Nijerya	918.2	303.7	—	(15)
Uganda	396.8	—	—	(7)
Kenya	223	—	118.8	(10)
Tanzanya	212.7	—	34.1	(6)
Zimbabve	173.8	45.9	65.5	(5)
Malawi	249.2	23.5	—	(3)
Zaire	128.3	14.3	—	(8)

Tablo III : Çeşitli Ülkelerde Yıllara Göre Anne Ölüm Hızları (100.000 Canlı Doğumda).

	Y I L L A R						
	1950-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79	1980-84
Ekvator	—	—	256.5	247.3	205.7	207.1	162.0
Şili	—	279.8	261	228.8	145.1	103.1	53.5
A.B.D.	67.5	40.7	35.7	27.2	17.9	11.1	8.3
Norveç	77.2	56.8	26.9	19.4	9.5	9.5	3.9
Findanliya	122.2	94.2	53.9	24.1	9.9	7.7	3.1

Kaynak : World Health Statistics Annual, 1987.

TÜRKİYE'DE ANNE ÖLÜMLERİ

Türkiye'de anne ölümleri il ve ilçe merkezi bildirimlerine göre yıllar içinde ele alındığında aşağıdaki tablo karşımıza çıkmaktadır.

Tablo IV : İl ve İlçe Merkezi İstatistiklerine Göre Anne Ölüm Hızları
(100.000'de).

Yıllar	Anne Ölüm Hızı
1970	20.50
1975	10.30
1979	5.06
1980	3.15
1982	3.28

Kaynak : S.S.Y.B. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllıkları.

Görüldüğü gibi, 1970'den bu yana ölüm hızlarında azalma olmuştur. Ancak oranlar oldukça düşük düzeydedir. 1978 Nüfus Araştırması verilerine göre yapılan bir hesaplama göre, anne ölüm hızı 100.000 'de 208 olarak saptanmıştır (1). Halbuki il ve ilçe merkezi istatistiklerine göre 1979'da bu oran 100.000'de 5.06'dır. Bu farklılık, verilerin sadece il ve ilçe merkezlerinden elde edilmiş olmasına ve bildirimlerin güvenilir olmaktan uzak, yetersiz olmasına bağlanabilir. Ayrıca ülkemizde mevcut istatistiklerde anne ölüm nedenleri ayrıntılı olarak ele alınmakta; düşükler, gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonları ve diğer nedenler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu nedenle de anne ölümü nedenlerinin ayrı ayrı belirlenmesi mümkün olmaktadır.

A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nın eğitim ve araştırma grup başkanlığı bölgesi olan ve bugün yaklaşık 150.000 kişiye hizmet veren Abidinpaşa bölgesinin anne ölüm hızı rakamları incelenirse, yıllara göre anne ölümlerinin azaldığı görülebilir (Tablo V). 1973'teki anne ölüm hızı, 100.000 canlı doğumda 3.8 iken, 1982'de 0.4'e düşmüş, 1986'da ise bölgede hiç anne ölümü izlenmemiştir.

Görüldüğü gibi, bölgede ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması alanında düzenli hizmetler verilmesi ve ayrıca bölgenin kentsel bölge olması, hastanede doğum oranının yüksek olması, anne ölüm hızlarındaki düşüşü açıklamaktadır.

Tablo V : Abidinpaşa Bölgesinde Anne Ölüm Hızlarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Anne Ölüm Hızı (100.000 C.D.'da)
1974	110
1975	110
1976	0
1977	60
1978	65
1979	50
1980	50
1981	0
1982	40
1983	38
1986	0

Kaynak : Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Çalışma Raporları.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1) Anne ölüm nedenleri arasında direkt obstetrik nedenlerin önemli yeri ve yüksek oranda önlenabilir olması, ante-natal ve natal bakım hizmetlerinin kaçınılmaz niteliğini vurgulamaktadır. 1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, kadınların ancak % 42.6'sı son canlı doğumlarında antenatal bakım görmüşlerdir; bu oran kırsal bölgede ve doğu bölgelerinde yarı yarıya azalmaktadır. Yine doğumların % 23.2'si sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmektedir (11). Eğitim düzeyi düştükçe de, toplumun antenatal ve natal bakımdan yararlanma düzeyi düşmektedir. Bu nedenle, düzenli bir doğum öncesi bakım ve doğumun sağlıklı koşullarda, bilgi ve beceri sahibi sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesinin yurt çapında sağlanması, anne ölümlerinde belirgin ölçüde azalma sağlayacaktır.

2) Anne ölümlerine etkili faktörler arasında doğum yaşı, parite ve doğum aralığının önemli bir yeri vardır. Bu özellikleri taşıyan yüksek riskli gebelikleri önlemenin yolu, etkili ve yeterli bir aile planlaması hizmetidir. Bu amaca ulaşmak için de, topluma verilen aile planlaması hizmetini yurt çapında yaygınlaştırmak, riskin yüksek olduğu yörelerde yoğunlaştırmak, bireyler için kolay ulaşılabilir ve kaliteli olmasını sağlamak ve özellikle de toplumu bu konuda bilinçlendirmek gerekir.

3) Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması alanında topluma verilen hizmet içinde yer alan sağlık eğitimi, yurt çapında milli eğitim düzeyinde ve kitle iletişim araçları ile desteklenmelidir. Başka bir deyişle, çocukluk çağından başlayan sağlıklı bir eğitim ve radyo-televizyon gibi etkin eğitim araçları ile topluma doğru bilgilerin sunulması bu konudaki sağlık hizmetini destekleyecek, etkinliğini artıracaktır. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlanması hizmetinin ulaşılabilir ve etkili olmasında birinci basamak sağlık hizmetleri oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu düzeyde verilecek hizmeti etkili kılabilmek için, imkanlar geliştirilmeli ve topluma verilecek sağlık eğitimine ağırlık verilmelidir. Topluma verilen sağlık eğitiminin sürekli ve etkin olmasını sağlamak için, sağlık personeli hizmet bölgesindeki toplum liderlerini eğitmeli, doğru bilgilerle donatmalı ve bu kişilerin aracılığıyla toplumun sürekli eğitimi ve hizmete katılımı sağlanmalıdır.

4) Öte yandan, sağlık alanındaki hizmetlerde başarılı olabilmek için, hizmetin toplumun özelliklerine göre planlanması ve değerlendirilmesi çok önemlidir. Bunun da dayanağı, toplum hakkındaki gerçek bilgiler, bir başka deyişle, yeterli ve güvenilir sağlık istatistikleridir. Ülkemizde anne ölümlerinin boyutunu, nedenlerini, bunlara etkili faktörleri belirleyecek araştırmalara ve sürekli bilgi sağlayacak güvenilir istatistiki kaynaklara ihtiyaç vardır. Bu amaçla yapılacak çalışmalar, anne ölümlerinin önlenmesinde, hizmetlerin önceliklerinin belirlenmesinde ve etkin olacak bir biçimde doğru planlanmasında son derece yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akın A : Türkiye ve Dünyada Ana Ölümleri, 5. Ulusal Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi, 1984.
2. Boes EGM : Maternal Mortality in Southern Africa 1980 - 1982, *Samt Beel* 71 : 158-159, 1987.
3. Chen LC Gesche MC Ahmed S et al : Maternal Mortality in Rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*. 5 : 334-341, 1974.
4. Chi I-Cheng Whatley A Wilkens L Potts M : In Hospital Maternal Mortality Risk by Casarean and Vaginal Deliveries in Two Less Developed Countries; A Descriptive Study. *Int. J. Gyn. Obst.*, 24 : 121-131, 1986.

5. Chricton D : The Principles of Prevention at avoidable maternal death, *SAfr Med J*, 47 : 2005, 1973.
6. Editorial. *East Afr Med J*. 57 : 70, 1980.
7. El Badry MA : Higher Female than Male Mortality in Some Countries of South Asia : A Digest. *Am Stat Assoc J*. 64 : 1234, 1969.
8. Gebbie DAM : *Reproductive Anthropology - Descent Through Woman*. John Wiley and Sons, Chichester, 1981.
9. Gray H Ronald : Maternal Mortality in Developing Countries, *Int. J. Epidemiology*, 2 : 337-338, 1985.
10. Harrison KA : Anemia, Malaria and Sicklecell Disease. *Clin Obstet Gynaecol*, 9 : 445, 1982.
11. HİPS : 1988 Turkish Population and Health Survey, April 1989.
12. Högberg U : Maternal Mortality A World Wide Problem, *Int. J. Gyn. Obst.*, 23 : 463-470, 1985.
13. *Population Reports I*, 27 : 675, 1984.
14. World Health Organization Regional Office For Europe, Copenhagen : *Evaluation at the Family Planning Programme* : 31, 1985.
15. *World Health Statistics Annual : Deaths According to Cause by Sex*, 1982.
16. Thuriaux NC Lamotte JM : Maternal Mortality in Developing Countries in 1983, *Int. J. Epidemiology*, 3 : 485-486, 1985.