



ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI

Türkiye

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005

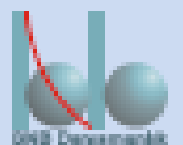
Ana Rapor

Teknik destek sağlayan kuruluşlar

PUBLIC SECTOR



Hacettepe Üniversitesi
Nüfus Etütleri Enstitüsü



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

Türkiye Üreme Sağlığı Programı



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



KONSORSİYUM VE MERKEZ PROJE EKİBİ(*)

<p>Konsorsiyum Üyeleri ICON-INSTITUT Public Sector GmbH (Almanya)</p> <p>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Türkiye)</p> <p>BNB Danışmanlık (Türkiye)</p> <p>Proje Direktörü Prof. Dr. Sabahat Tezcan, HÜNEE</p> <p>Teknik Direktör Doç. Dr. İsmet Koç, HÜNEE</p> <p>Uzun Dönemli Uzmanlar 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>Kısa Dönem Uzmanlar Doç. Dr. Banu Ergöçmen, HÜNEE</p> <p>Doç. Dr. Attila Hancıoğlu, HÜNEE</p> <p>Doç. Dr. Turgay Ünal, HÜNEE</p> <p>Yönlendirme Komitesi Üyeleri 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 Zülflü, <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>Merkezi İnceleme Komitesi Üyeleri 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>Ön İnceleme Komitesi Üyeleri 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-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler.....	i
Tablolar Listesi.....	iv
Şekiller Listesi.....	vi
Kısaltmalar.....	vii
Önsöz.....	1
Özet.....	5
Giriş.....	9
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
Yöntem.....	17
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
Niceliksel Araştırmanın Sonuçları.....	51
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
Niteliksel Çalışmanın Sonuçları	93
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
Çıkarılan Dersler ve Öneriler.....	115
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
Kaynakça.....	131

Ekler.....	139
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 görüŖülen 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 yapılmıŖ 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 bağılı 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 bağılı 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 bağılı ölümlerin, doğrudan, dolaylı ve tesadüfi nedenlere göre dağılımı	60
Tablo 3.6 Yerleşim yerine göre gebeliğe bağılı ölümünün gerçekleştiğı dönem ile bebeğın/fetüsün/embriyonun durumu	62
Tablo 3.7 Gebeliğe bağılı ölümünün gerçekleştiğı dönem ve bebeğın/fetüsün/ embriyonun durumu	63
Tablo 3.8 Bakım alınan sağlık kuruluşuna göre doğum ve ölümün gerçekleştiğı 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 bağılı 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 bağılı 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 Ölümün 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 Program”ı 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 (Gebeliğe 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).

Gebeliğe bağlı ölümlerin üçte birinden fazlası (yüzde 37) ante-partum dönemde gerçekleşmektedir. Bu dönemde gerçekleşen gebeliğe bağlı ölümlerin büyük bir bölümü tesadüfi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Gebeliğe 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, gebeliğe 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 gebeliğe 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 Yüku 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-3¹). 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 Yüğü 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

¹NUTS 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 içermekteydi.

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

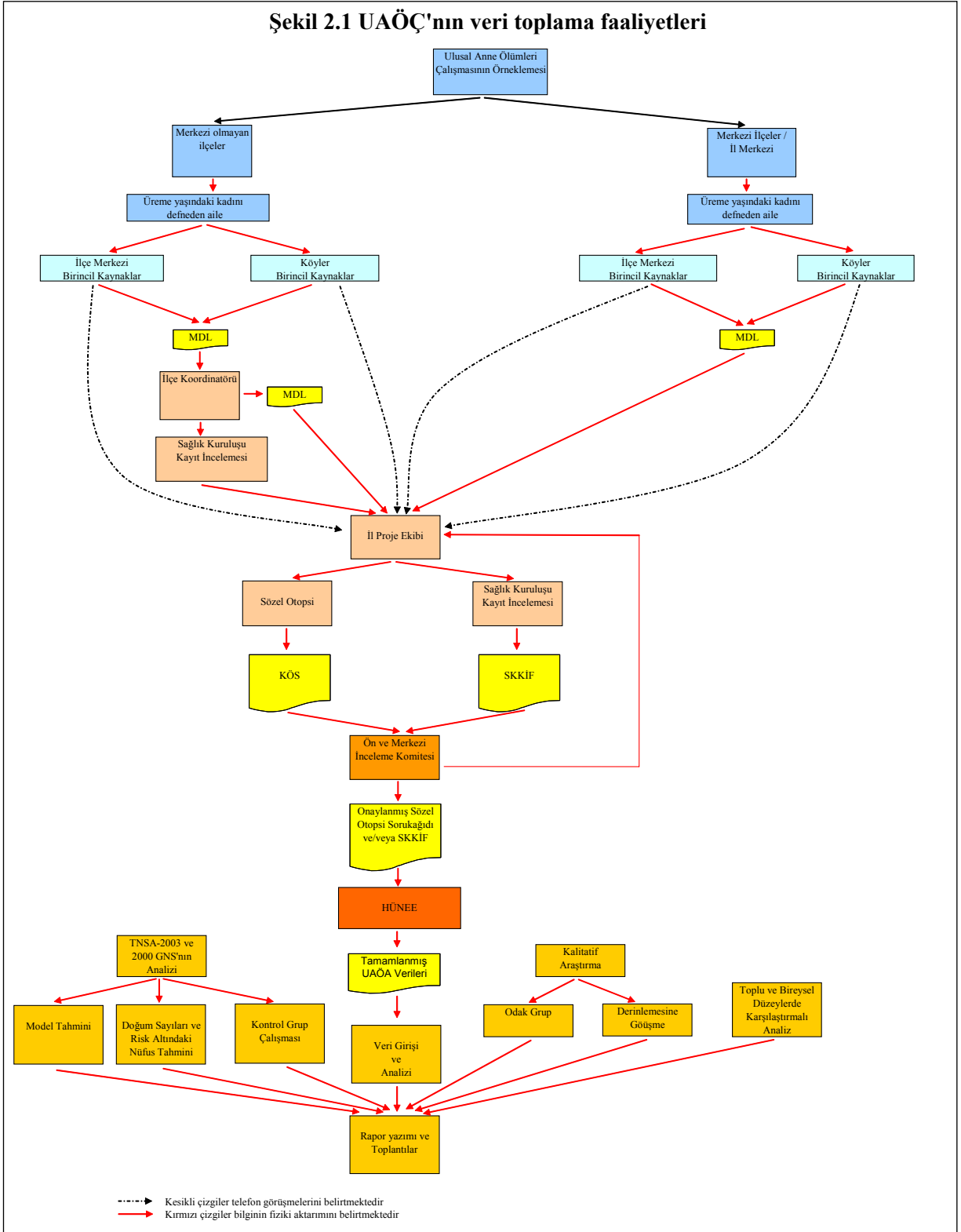
Projenin başlıca niceliksel veri toplama faaliyeti, Doğurganlık Çağında Ölümlülük Çalışması’nın (RAMOS) veri toplama stratejisi kullanılarak Ulusal Anne Ölümleri Araştırması’nın (UAÖA) uygulanması olmuştur. RAMOS, doğurganlık çağındaki bütün kadınların ölüm nedenleri belirlenmesini ve araştırılmasını 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.

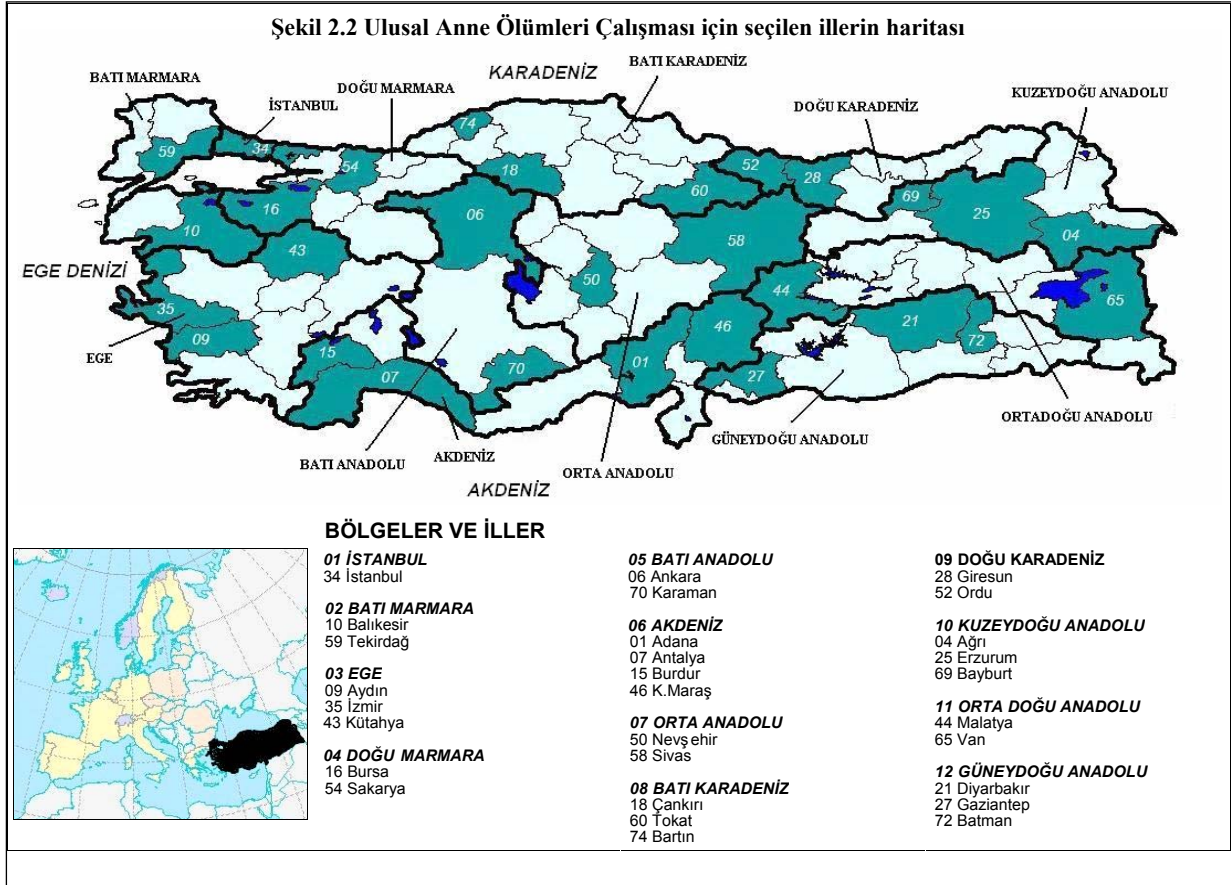
Örneklemin seçim kriteri, her bir 26 NUTS-2 bölgesinden bir ilin, tahmin edilen 15-49 kadın ölümlerinin sayısına olasılıklı orantılı olarak rastgele seçilmesi olarak belirlenmiştir. Burada amaç Her NUTS-1 bölgesinden en az iki il seçebilmektir. Bunun tek istisnası, Doğu Karadeniz NUTS-1 bölgesinde (aynı 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 iletilmişlerdir. 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 Müdürlüğü 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 Müdürlüğü 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 canlandırma (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, soru kağıtlarını 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
İstanbul	97	91	92	100	92	99
Batı Marmara	98	89	89	100	90	96
	<i>Balıkesir</i>	97	88	89	100	100
	<i>Tekirdağ</i>	100	91	92	100	91
Ege	98	91	92	100	93	98
	<i>Aydın</i>	100	100	100	100	100
	<i>İzmir</i>	100	100	100	100	100
	<i>Kütahya</i>	87	75	75	94	73
Doğu Marmara	98	92	92	99	91	97
	<i>Bursa</i>	98	92	92	100	89
	<i>Sakarya</i>	97	93	93	98	93
Batı Anadolu	90	76	77	99	80	97
	<i>Ankara</i>	89	73	73	99	75
	<i>Karaman</i>	100	95	96	100	95
Akdeniz	95	79	80	98	79	91
	<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
Orta Anadolu	86	77	77	92	80	86
	<i>Neveşehir</i>	100	97	97	100	99
	<i>Sivas</i>	80	75	75	90	70
Batı Karadeniz	81	78	78	80	77	78
	<i>Çankırı</i>	100	96	96	100	96
	<i>Tokat</i>	65	61	61	72	65
	<i>Bartın</i>	100	93	93	100	93
Doğu Karadeniz	92	83	83	88	83	85
	<i>Giresun</i>	97	89	89	98	86
	<i>Ordu</i>	88	77	77	82	81
Kuzeydoğu Anadolu	84	82	82	88	80	84
	<i>Ağrı</i>	67	71	70	64	66
	<i>Bayburt</i>	100	100	100	100	99
	<i>Erzurum</i>	93	85	85	98	87
Ortadoğu Anadolu	80	68	68	94	67	82
	<i>Malatya</i>	74	59	60	93	53
	<i>Van</i>	89	76	76	96	78
Güneydoğu Anadolu	61	51	52	89	54	79
	<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
Toplam	91	79	79	97	80	93

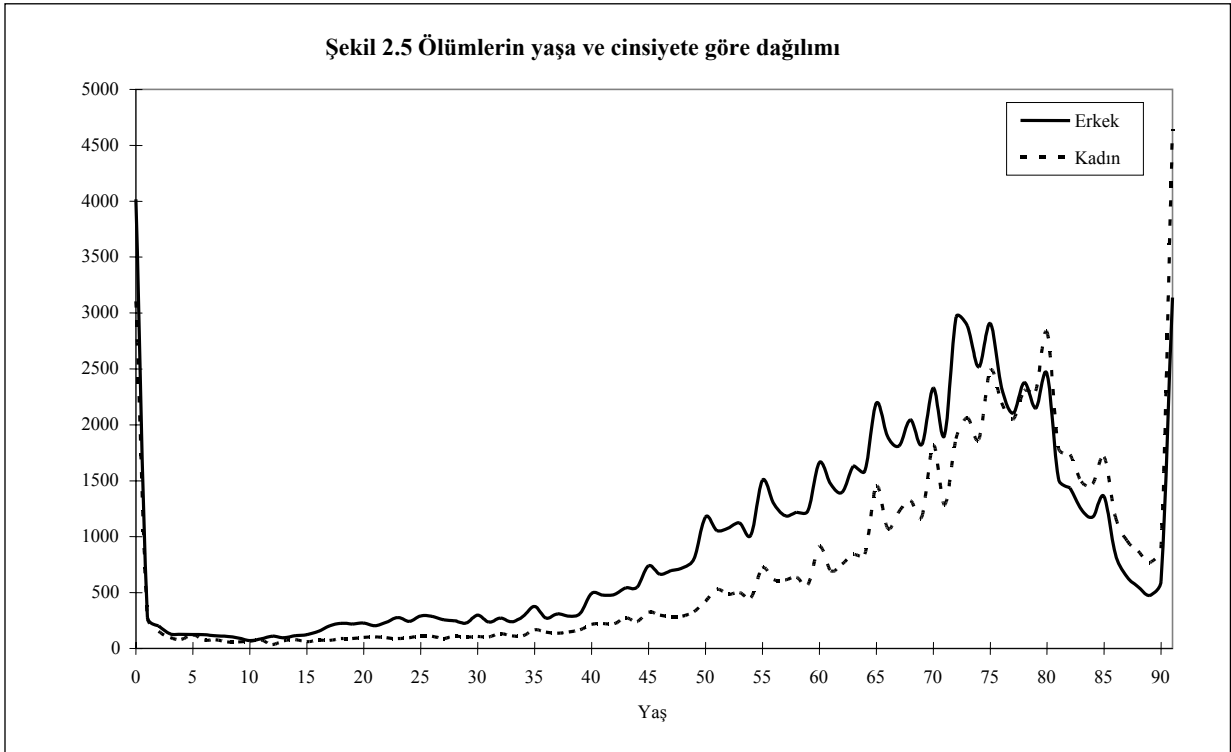
Tablo 2.3 Defin sayıları ve bazı temel veri kalitesi göstergeleri

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
İstanbul	41,254	3.7	17,608	42.7	1,584	1,414	3.4	8.0
Batı Marmara	10,433	6.6	4,548	43.6	300	276	2.6	6.1
<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
Ege	25,490	4.9	10,847	42.6	828	753	3.0	6.9
<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
Doğu Marmara	15,031	5.0	6,404	42.6	504	452	3.0	7.1
<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
Batı Anadolu	13,575	3.1	6,056	44.6	589	553	4.1	9.1
<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
Akdeniz	15,327	3.3	6,527	42.6	716	653	4.3	10.0
<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
Orta Anadolu	4,575	4.9	1,950	42.6	174	159	3.5	8.2
<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
Batı Karadeniz	5,268	5.2	2,355	44.7	192	173	3.3	7.3
<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
Doğu Karadeniz	5,541	4.6	2,293	41.4	174	164	3.0	7.2
<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
Kuzeydoğu Anadolu	4,488	3.3	1,962	43.7	219	195	4.3	9.9
<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
Ortadoğu Anadolu	4,913	3.2	2,248	45.8	274	240	4.9	10.7
<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
Güneydoğu Anadolu	7,978	2.5	3,432	43.0	447	408	5.1	11.9
<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
Toplam	153,873	3.9	66,230	43.0	6,001	5,440	3.5	8.2

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

^(*) 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 ölüm¹, 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.

¹ 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.

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

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

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

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

İl Sağlık Müdürlükleri'ne gönderilen MDL ve KDBF'ler, projenin temin ettiği bilgisayarlar 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 bitir 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 düzeltten 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 Projeksiyonlar²

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.

²Doğumların 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 toplam yerine toplam değerlere ulaşmak için yaşa ve cinsiyete özel yapılan projeksiyonların toplamı, 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 çağında 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^(*)

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

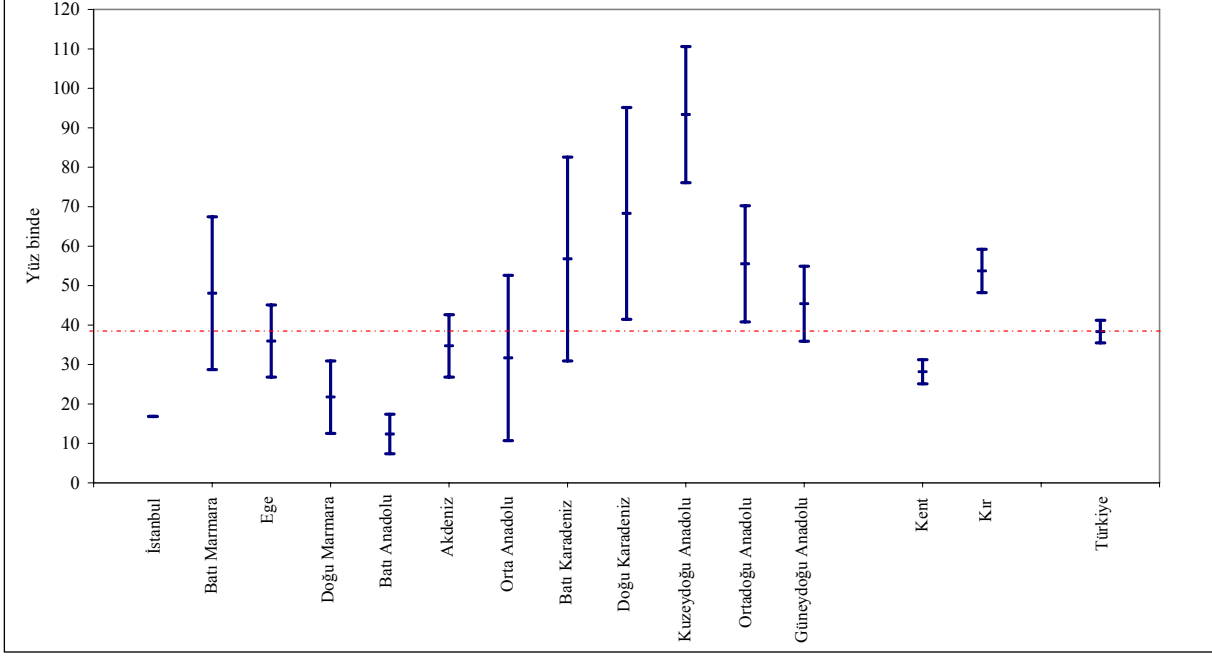
^(*)Gebeliğe bağlı ölüm göstergeleriyle ilgili tüm tanımlar ve formüller Bölüm 2.2.6'da verilmektedir.

Tablo 3.1.2 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre anne ölümü göstergeleri^(*)

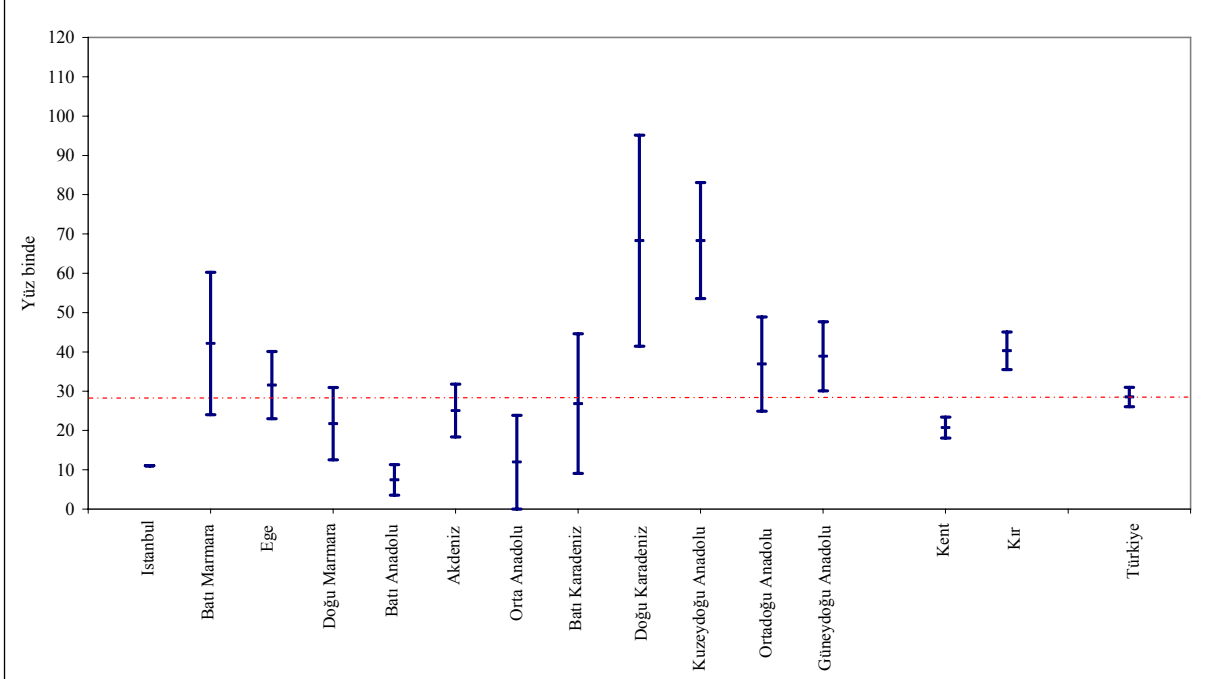
Bölge	Ağırlıksız		Ağırlıklı		TDH	Kadın Ölümleri (15-49)	Gebeliğe bağlı ölümler (15-49)	Anne ölümleri (15-49)	AÖ/ KÖ	AÖO	%95 alt limit	%95 üst limit	Yaşam boyu risk	AÖH
	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı	15-49 yaş grubu kadın nüfusu	Canlı doğum sayısı										
İstanbul	3,294,995	185,219	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
Toplam	11,690,321	763,585	11,690,321	763,585	2.23	6,887	293	218	3.2	28.5	26.0	31.0	1,536	1.9

(*) 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
Türkiye (Gebeliğe bağlı tüm ölümler)	38.3	520^(*)	1,142
Türkiye (Sadece anne ölümleri)	28.5	387^(*)	1,536

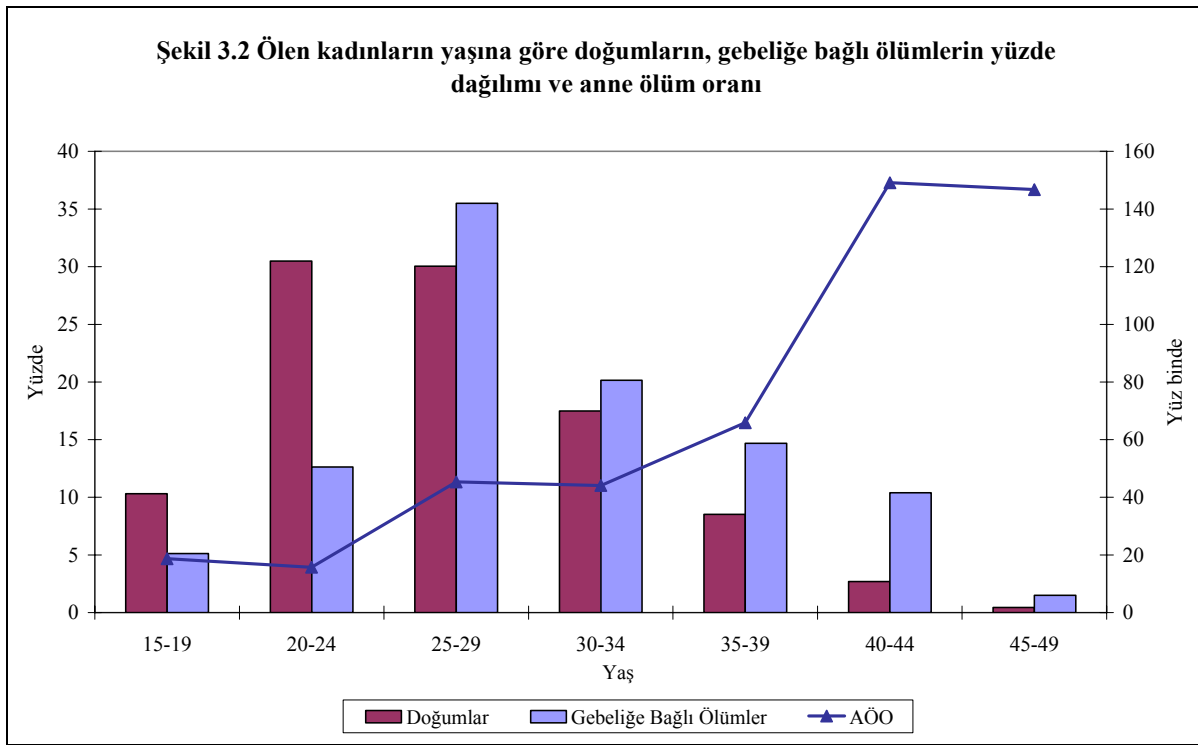
(*)UAÖA’ndan elde edilen gebeliğe bağlı ölümlerin ve anne ölümlerinin sayısı Türkiye geneline yansıtılmıştır.

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 nedenlerdir¹. Örneğin, şeker hastalığı, HIV/AIDS, anemi, kalp rahatsızlığı, intihar.

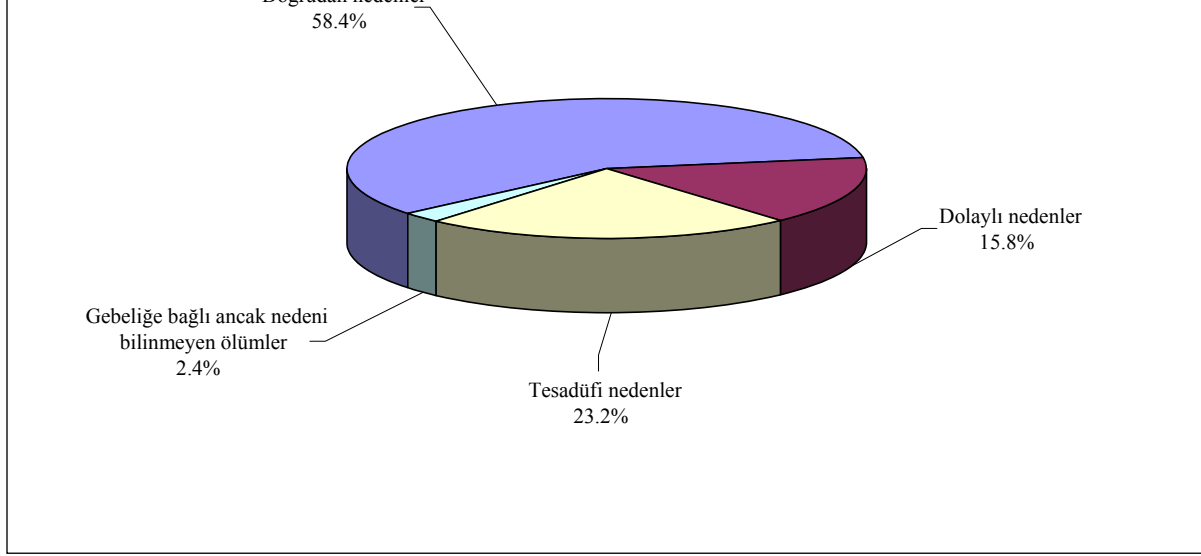
Tesadüfi nedenler, bir kadının gebe olmasa bile ölümüne neden olabilecek olaylar olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, trafik kazası.

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.

¹ 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

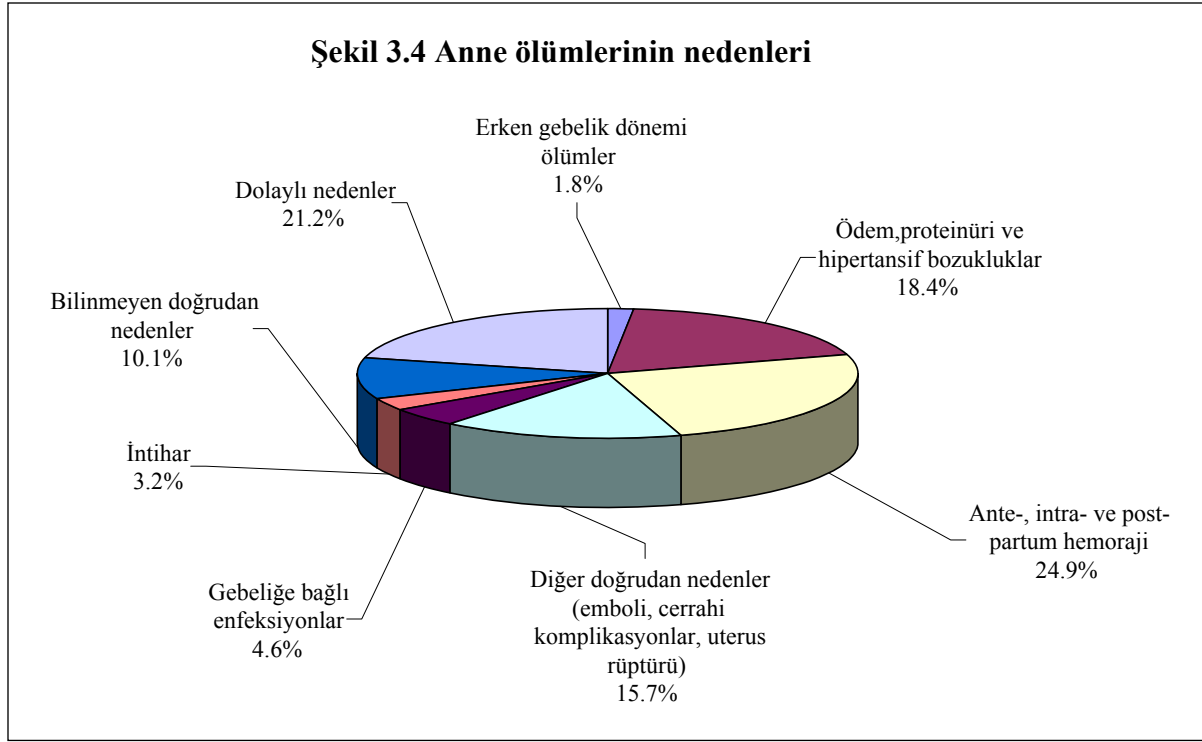


Tablo 3.4 NUTS-1 bölgelerine ve yerleşim yerine göre 15-49 yaş grubu kadın ölümlerinin ana kategorilerinin yüzde dağılımı

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	901
Batı Marmara	97.0	3.0	2.6	1.6	1.0	0.4	313
Ege	97.1	2.9	2.5	2.1	0.4	0.4	1,012
Doğu Marmara	98.0	2.0	2.0	1.6	0.4	0.0	572
Batı Anadolu	98.6	1.4	0.8	0.3	0.3	0.6	591
Akdeniz	96.0	4.0	2.9	2.3	0.6	0.9	880
Orta Anadolu	96.5	3.5	1.3	1.3	0.0	2.2	446
Batı Karadeniz	95.7	4.3	2.0	2.0	0.0	2.3	558
Doğu Karadeniz	94.3	5.7	5.7	4.4	1.3	0.0	294
Kuzeydoğu Anadolu	87.0	13.0	9.5	8.7	0.8	2.3	264
Ortadoğu Anadolu	91.7	8.3	5.5	4.5	1.0	2.8	412
Güneydoğu Anadolu	91.1	8.9	7.6	5.0	2.6	1.3	646
Kent	96.7	3.3	2.4	1.9	0.5	0.8	3,897
Kır	94.5	5.5	4.1	3.2	0.9	1.2	2,990
Toplam	95.7	4.3	3.2	2.5	0.7	1.0	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 konvülsiyon 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
Doğrudan Nedenler	171	100.0	58.4	78.8
<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
Dolaylı Nedenler	46	100.0	15.7	21.2
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
Tesadüfi Nedenler	68	100.0	23.2	-
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	-
Gebeliğe bağlı ancak nedeni belirlenemeyen ölümler	7	100.0	2.4	-
İntihar	1	14.3	0.3	-
Bilinmeyen ölüm nedeni	5	71.4	1.7	-
Bilgi yok	2	28.6	0.7	-
Toplam	293	100.0	100.0	100.0

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
Anne ölümünün gerçekleştiği dönem				
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
Bebeğin/fetüsün/embriyonun durumu				
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
Toplam	100.0	100.08	100.0	293

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

Annenin 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
Ölümün gerçekleştiği yer		
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 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
Sezaryene Karar Verme		
Elektif sezaryen	26	26.8
Acil durum	68	70.1
Bilinmiyor	3	3.1
Toplam	97	100.0
Sezaryen Nedenleri		
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
Toplam	97	100.0

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.

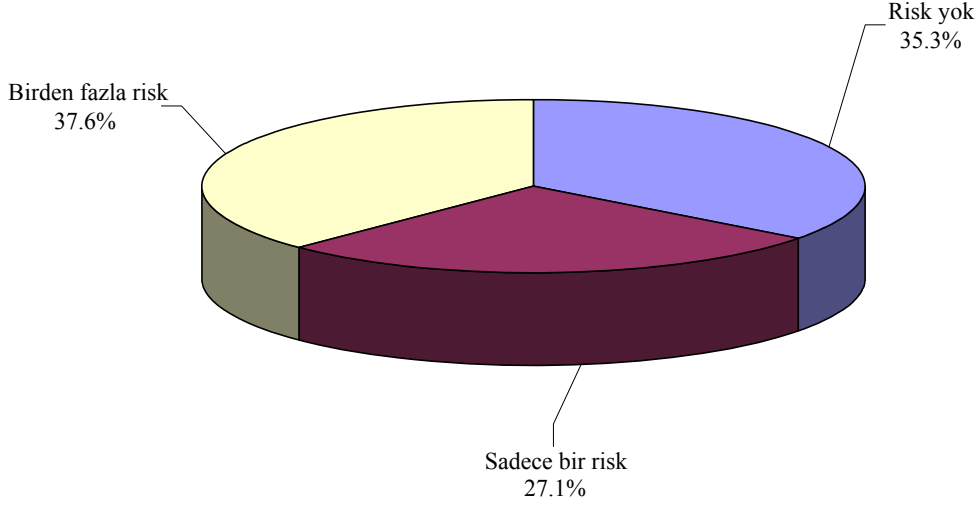
Sezaryen doğumda olduğu kadar normal vajinal doğumlarda da şiddetli gelişen ve sık görülen komplikasyon olan post-partum hemoraji için yapılan müdahaleler değerlendirildiğinde, bu vakaların yaklaşık olarak yüzde 20'si için hiç bir çaba gösterilmediği görülmektedir. Doğum sonrası kanaması olan kadınların 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^(*) 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

^(*) 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 karşılatıldığında, 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
Risk yok	77	35.4
Sadece Bir Risk	60	27.5
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
Birden Fazla Risk	81	37.1
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
Toplam	218	100.0

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

Risk Kategorileri	Gebeliğe bağılı ölüm sayısı	Gebeliğe bağılı ölümlerin yüzdesi
Risk yok	124	42.2
Sadece Bir Risk	71	24.1
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
Birden Fazla Risk	99	33.7
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
Toplam	293	100.0

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
Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler	29.7	26.1	32.7	293
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
Sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler	10.3	12.3	8.7	293
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
Sağlık hizmetindeki donanma ilişkin faktörler	1.8	0.9	2.5	293
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 hizmetlerin 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
Diğer risk faktörleri	7.5	7.0	7.9	293
Toplam	49.3	46.3	51.8	293

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
Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler	36.2	218
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
Sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler	13.7	218
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
Sağlık hizmetindeki donanım ile ilişkin faktörler	2.1	218
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
Diğer risk faktörleri	9.6	218
Toplam	61.6	218

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
Yaş				
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
Medeni durum				
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
Yerleşim yeri				
Kent	45.7	43.8	56.6	71.2
Kır	54.3	56.2	43.4	28.8
Eğitim				
Eğitimi yok/İlkokulu bitirmemiş	38.6	38.5	34.5	21.8
İlköğretim birinci kademe	43.2	41.0	44.0	53.7
İlköğretim ikinci kademe	7.1	7.9	6.4	7.4
Lise ve üzeri	11.0	12.6	15.1	17.0
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0

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 ^(*)
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

^(*) 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'ndaki 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 yapmışlardır.

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 değerlendirilmeye 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 ^(*)	221	271
TNSA-1998	43	52
TNSA-2003	29	37

^(*)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.

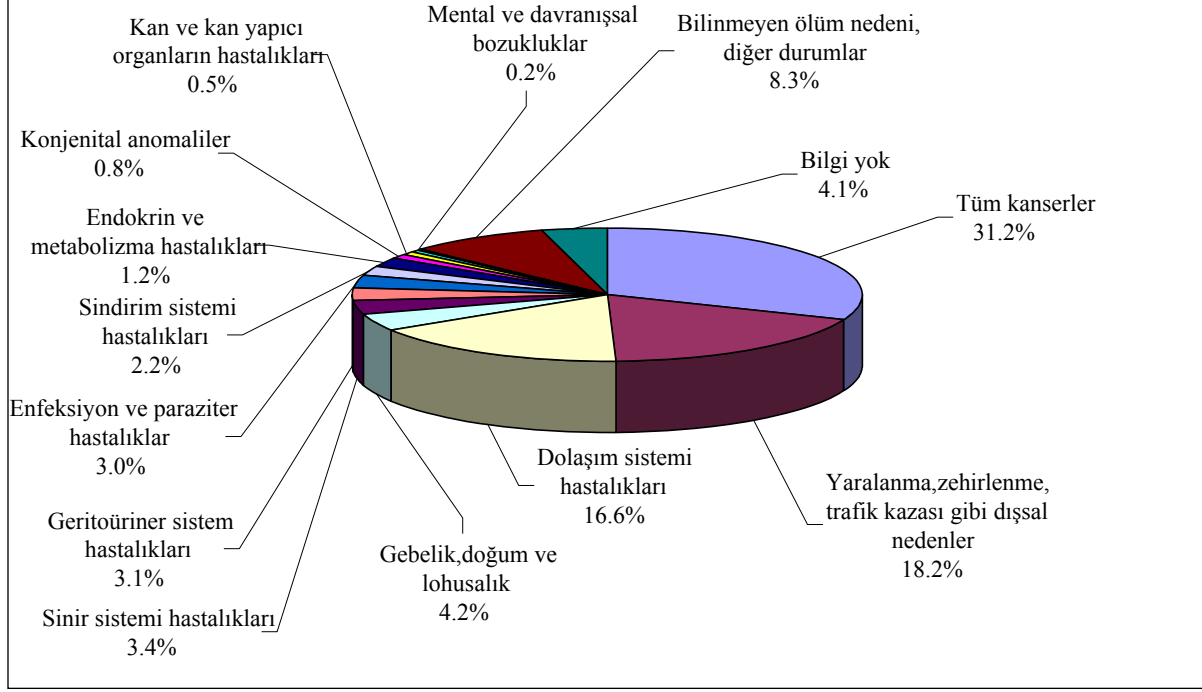
Tablo 3.22 Kadınların düşük ve ölü doğum sayılarına göre dağılımı, TNSA-2003 ve UAÖA

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 ^(*)	Türkiye UAÖA ^(**)	WHO EMRO ^(*)
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'nda 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'nda kadın ölümlerine ilişkin elde edilen veriler Sağlık Bakanlığı ile Başkent Üniversitesi'nin birlikte yürüttüğü Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Araştırması, 2000 sonuçlarıyla da karşılaştırılmıştır. Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü 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 Yüğü ve Maliyet Etkililik Araştırması'nın örneğinde 6,000 ölüm vakası tesbit edilmiştir. UAÖA'nda ise kullanılan metodolojiye uygun olarak 12-50 yaş grubundaki kadınlar kapsama alınmış ve hemen hemen aynı sayıda kadın ölümü tesbit edilmiştir. Ulusal Hastalık Yüğü Araştırması'nda sadece 27 anne ölümü tespit edilmiştir (Ulusal Hastalık Yüğü, 2002). Bu nedenle de bu bulgular ile UAÖA sonuçlarının karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi mümkün olmamıştır. Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü 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 Yüğü 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 Yüğü 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 Yüğü

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 hızınının 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 ölümlerindeki 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 çağında 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 çağında 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
Toplam	88,587	68,782	157,369	Toplam	87,596	66,277	153,873	Toplam	-991	-2,505	-3,496

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
SB Toplamı	8	10	11	10	13	13	6	16	13	14	14	7	135
UAÖA Toplamı	14	12	13	12	16	17	7	17	18	15	19	18	178

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:

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

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 R² 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 R² 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. R² 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 güveniyorlar, 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)

Görüşüğümüz 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, görüşüğümüz 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 muhtarlığıylan 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 defın 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 vatandaşı 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, veriyoruz, 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 sorduğumuzda, 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 muhtarlığıylan 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 ölüm¹ 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)

¹ 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 yürütülen 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 yapacağımız 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 yükümlülüklerini 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 çözülüyor.” (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 müdürleri 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 kamçılaman 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 çıkmıyacaktı...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 diyelim3 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 düşülmüyor. 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 aşılmış 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 ulaşılamıyo 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 görecek 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, yevmiesini 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’nda 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 sonrasındaki 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 bildirimini 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 y¼k¼ 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 yürüt¼len 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 2,500'¼ 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 aracılığı 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 yürülüğe 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 Ölümlerinin 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 Fransisco, CA
(available at 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. 10th 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).

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).

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.

EKLER

EK 1 – GÖREV TANIMLARI

Görev Tanımı

Uzun Dönemli Uzman 1: Ekip Lideri

Ekip Lideri, EUROPEAID/117577/C/SV/TR numaralı AB finansmanlı Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'nın doğru teknik uygulamasından sorumludur. Kendisi toplantılar ve konferans gibi resmi durumlarda projeyi temsil edecektir. Ekip Lideri'nin başlıca çalışma yeri Ankara'daki proje ofisidir. Ekip Lideri, Ankara'daki faydalanıcı olan Sağlık Bakanlığı ile birlikte Türkiye'deki Avrupa Birliği otoriteleriyle yakın işbirliği geliştirecektir. Kendisi ICON-INSTITUT'un görünürlüğünü de içerecek şekilde projenin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için bütün gayreti sarf edecektir.

Ekip Lideri'nin proje ile ilgili görevi özellikle aşağıdaki faaliyetleri içermektedir:

- Öngörülen çıktılara göre projenin başarısının garanti edilmesi için projeyi yönetmek ve koordine etmek;
- Bütün konsorsiyum üyeleri ile yakın işbirliği içerisinde proje ekibini ve faaliyetlerini yönetmek ve koordine etmek;
- Sağlık Bakanlığı ve AB-financemanlı üreme sağlığı programındaki Teknik Destek Ekibi ile birlikte Devlet İstatistik Enstitüsü gibi ilgili diğer kurumlar ile birlikte çalışarak iletişim halinde olmak;
- Ankara'daki sözleşme mercii AB-Delegasyonu gibi diğer ortaklar ile birlikte çalışmak ve iletişim halinde olmak;
- Konsorsiyum ortağı olan HÜNEE ile yakın işbirliği içerisinde olan uzun dönemli uzmanların ve kısa dönem uzmanların katılımının, görev tanımlarının ve faaliyet alanlarının doğru bir şekilde planlamak;
- İlgili tüm konsorsiyum ortakları ile işbirliği içerisinde projenin tüm aşamaları için bütçe tahminini hazırlamak;
- Onay için Yönlendirme Kurulu'na sunulacak olan genel ve yıllık çalışma planlarını hazırlamak. Yıllık çalışma planları altı aylık dönemler itibariyle yapılacaktır;
- Çalışma planlarının uygulanmasını sağlamak;
- Teknik destek girdi alanlarının uygulanması için gerekli olan desteğin sağlanması;
- Uzmanlık gerektiren bilgiler konusunda gerekli katkıyı yapmak ve görev raporları ve/veya görevler sonunda dokümantasyonun sağlanması;
- Uzmanlık gerektiren konularda ilgili kişilerin önerilerinin takibi de dahil projenin sürekli denetimi;
- İstişare görevleri, uygulamadaki genel fiziksel ve finansal ilerlemeyi, takip eden raporlama dönemi için detaylı çalışma planını içeren ilerleme raporunu ve altı-aylık raporları düzenli olarak hazırlamak. Bu raporlar Yönlendirme Kurulu'na Kurulu'na ve temsilciliği aracılığıyla AK'ye teslim edilecektir;
- Proje sonunda, projenin gelişimi ve elde edilen verileri içeren nihai raporu hazırlamak. Çalışmanın nihai raporu ayrıca sürdürülebilirlik için gerekli olan öğeleri tanımlayacak

ve alınan dersler ve öneriler ile ilgili bir bölüm içerecektir. Bu raporun içeriği, sonuçların hem niteliksel hem niceliksel açılardan bağımsız bir şekilde değerlendirilmesini sağlayacak şekilde olmalıdır. Raporun yapısı üzerinde faydalanıcı, sözleşme mercii ve Köln'deki ICON sözleşme yönetimi ile uzlaşmalıdır;

- Aylık denetleme toplantılarından önce, her ayın 10'una kadar aylık raporları hazırlamak. Aylık raporlar geline aşamayı, karşılaşılan problemleri ve sonraki aylar için planları içerecektir. Aylık rapor Ekip Lideri'nin de katılacağı denetleme toplantısındaki tartışmaların gündemini oluşturmak için kullanılacaktır;
- AK destekli ICON projesinin görünürlüğünü sağlamak için bütün gerekli önlemleri almak;
- Taslak gündemi, raporları, destekleyici dokümanları ve diğer ilgili konuları işbirliği içerisinde Yönlendirme Kurulu toplantıları için hazırlamak;
- Proje hedefleri, idari görevler, kaynakların kullanılması ve bütçe işlerinin takip edilmesi için bir iç denetim sistemi kurmak;
- Ekip Lideri, ICON sözleşme yönetimini projenin ilerleyişi hakkında doğrudan bilgilendirecektir.(en az haftada bir). Kendisi projeye ilgili problemler hakkında en kısa sürede iletişime geçecektir. Projeye ilgili bütün konularda gizliliği sağlamakla yükümlüdür.

Ekip Lideri yerel proje bütçesinin en iyi şekilde kullanılmasından sorumludur. Bunu muhasebe kayıtları, fişler, faturaların asılları, seyahat dokümanları gibi dokümanları ibraz ederek düzenli olarak ispatlayacaktır. ICON'a finansal raporlama aylık olarak yapılacaktır.

Görev Tanımı

Uzun Dönemli Uzman 2: Temel Araştırmacı

Temel Araştırmacı, projede periyodik olarak toplam 132 iş günü görev yapacaktır. Proje ekibinin bir üyesi olarak temel sorumlulukları araştırma tasarımının, araştırma materyallerinin geliştirilmesi, proje ekibi üyelerinin eğitilmesi, ilçe koordinatörlerinin eğitimleri ile veri toplama faaliyetlerinin denetlenmesi olacaktır.

Temel araştırmacının başlıca görevleri şunlardır:

- GNS-2000 ve TNSA-2003 de dahil olmak üzere mevcut bilgi ve veri kaynaklarının belirlemek ve değerlendirmek;
- Niceliksel çalışmanın metodolojisinin kesinleştirilmesinde proje ekibine liderlik etmek;
- Modele dayalı tahminlerin ve niteliksel çalışmanın hazırlanmasına yardımcı olmak;
- Araştırma materyallerinin belirlenmesine ve geliştirilmesine katkıda bulunmak;
- Pilot çalışmayı tasarlamak ve denetlemek;
- Pilot çalışmanın sonuçlarına göre metodolojinin ve materyallerin yeniden gözden geçirmek;
- Bölgesel tanıtım toplantılarının düzenlenmesine yardımcı olmak;
- “Eğitmcilerin eğitimi” (EE) çerçevesinde İl Proje Ekiplerinin (İPE) eğitilmelerine ve sözel otopsi metodolojisi konusunda bilgilendirilmelerine yardımcı olmak;
- İlçe koordinatörlerinin eğitimlerinin denetlenmesine yardımcı olmak;
- Birincil kaynakların tespit edilmesini ve eğitimini denetlemek;
- Kalite kontrol mekanizmasının geliştirilmesine yardımcı olmak;
- Veri toplama faaliyetlerinin denetlenmesine yardımcı olmak ve sözel otopsi raporlarını incelemek;
- UAÖÇ verisini analiz etmek;
- Çalışma sonuçlarının yayınlanması için ulusal ve bölgesel toplantıların yapılmasına yardımcı olmak;
- İlerleme raporunun, pilot çalışmaya ilişkin raporun, yarı yıl raporlarının ve nihai raporun hazırlanmasında ekip liderine yardımcı olmak.

Görev Tanımı

Uzun Dönemli Uzman 3: Saha Ekip Lideri

Saha Ekip Lideri, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'nda iki yıllık proje süresinin 18 ayında görev yapacaktır. Saha Ekip Liderinin temel sorumlulukları, araştırma tasarımının ve materyallerinin ön denemesi de dahil olmak üzere saha çalışmasının hazırlıklarının yapılması ve yürütülmesidir.

Saha Ekip Liderinin başlıca görevleri:

- Ekip lideri ile birlikte kullanılacak yöntemlerin, araştırma örnekleminin, çalışma planlarının, personel çizelgesinin, lojistik yapının ve denetleme faaliyetlerinin detaylı bir şekilde anlatıldığı araştırma protokolünün hazırlanmasını ve bitirilmesi sağlamak;
- Projenin başladığını bildirmek amacıyla tanıtım toplantılarının organizasyonunda ve gerçekleştirilmesinde esas sorumluluğu almak;
- Diğer proje ekibi üyelerine örneklem aşamсында yardımcı olmak;
- Diğer proje ekibi üyeleri ile birlikte araştırma ve eğitim materyallerini geliştirmek;
- Kalite kontrol mekanizmasının geliştirilmesini ve uygulanmasını koordine etmek;
- Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı ile görüşmelerde ve Yönlendirme Kurulu Toplantılarında ekip liderine destek olmak;
- Pilot çalışmanın hazırlık aşamasını ve uygulanması koordine etmek;
- Pilot çalışmanın sonuçlarına göre metodolojide gerekli değişikliklerin yapılmasını sağlamak;
- İl valileri ile il sağlık müdürlükleri arasında işbirliği oluşturmak
- İl proje ekiplerinin seçimini, ekiplerin eğitimlerini, denetleme faaliyetlerini ve ödemeleri (uygun olacka biçimde) koordine etmek (ve bu faaliyetlerde aktif olarak yer almak);
- İlçe koordinatörlerinin eğitimlerinin denetleme faaliyetlerini düzenlemek;
- Diğer proje ekibi üyeleriyle birlikte UAÖÇ veri toplama faaliyetlerini, veri girişini denetlemek ve uygun veri tabanının oluşturulmasını sağlamak;
- Niteliksel çalışma aşamasında yardımcı olmak;
- Ulusal toplantının ve iki bölge toplantısının düzenlenmesi ile UAÖÇ'nin sonuçlarının yayınlanmasında esas sorumluluğu almak;
- İlerleme raporunun, pilot çalışmaya ilişkin raporun, Sağlık Bakanlığı'na üç aylık raporların, Yönlendirme Kurulu ve Avrupa Komisyonu raporlarının hazırlanmasında saha ekip liderinin sorumluluklarının gerektirdiği ölçüde katkıda bulunarak ekip liderine destek olmak;
- Proje asistanının yardımıyla HÜNEE bütçesinin amaca yönelik olarak kullanılmasını ve yapılan her harcamayı denetlemek, ekip liderine aylık finansal raporları sunmak;
- Saha Ekip Lideri görevlerini yerine getirirken hibeyi yapan taraf, Sağlık Bakanlığı ve konsorsiyum arasındaki esas sözleşmenin bir parçası olan zaman çizelgesini ve sırayla hazırlanan üç aylık çalışma planlarını takip edecektir.

Görev Tanımı

Uzun Dönemli Uzman 4: İstatistikçi/Örneklem Uzmanı

İstatistikçi/Örneklem Uzmanı, projede periyodik olarak 6 ay görev yapacaktır. İstatistikçi/Örnekleme Uzmanının temel sorumlulukları çalışmanın örneklem tasarımını hazırlanması, veri toplama faaliyetlerini denetlenmesi, verinin işlenmesi ve değerlendirilmesi, il proje ekiplerinin ve ilçe koordinatörlerinin eğitilmesi ve denetlenmesidir.

İstatistikçi/Örneklem Uzmanının başlıca görevleri:

- **Güven** aralıklarının ve standart hataların hesaplamaları da dahil örneklem aşamasının tamamlanmasında ekibe liderlik etmek;
- Proje ekibinin diğer üyeleriyle birlikte mezarlıkların, sağlık kurumlarının ve hane hanehalklarının belirlemek;
- Araştırma ve eğitim materyallerinin geliştirilmesinde proje ekibine destek olmak;
- Proje ekibiyle birlikte sonrasında araştırma tasarımında gerekli değişikliklerin yapılacağı pilot çalışmayı planlamak, yürütmek ve değerlendirmek;
- Ulusal ve bölgesel tanıtım toplantılarının planlanmasında ve gerçekleştirilmesinde yer almak;
- Eğitimcilerin eğitimlerini gerçekleştirmek ve il proje ekiplerini denetlemek;
- Mümkün olan kalite kontrol mekanizmasının geliştirilmesine ve uygulanmasına yardımcı olmak, verinin işlenmesinde ve analizinde yüksek kalitenin temin edilmesini sağlamak;
- Saha ekibini denetlemek, veri toplama ile ilgili bütün faaliyetlerden ve UAÖÇ verilerinin HÜNEE’de yapılacak olan veri girişinden sorumlu olmak;
- Anne ölümlerini belirlemek için faydalı olabilecek farklı kaynaklardaki verileri değerlendirmek ve ileri analizlerini yapmak;
- Farklı kaynaklardaki ülke geneli için ve il bazındaki verilerin karşılaştırmalarını yapmak;
- Proje ekibine bütün komite toplantılarında destek olmak;
- İlerleme raporunun, pilot çalışmaya ilişkin raporun, tüm üç aylık raporların ve nihai raporun ilgili bölümlerini hazırlayarak ekip liderine sunmak;
- İstatistikçi/Örneklem Uzmanı görevlerini yerine getirirken hibeyi yapan taraf, Sağlık Bakanlığı ve konsorsiyum arasındaki esas sözleşmenin bir parçası olan zaman çizelgesini ve sırayla hazırlanan üç aylık çalışma planlarını takip edecektir.

Ek 2 – TÜRKİYE’DEKİ ANNE ÖLÜMLERİ VERİSİ

Kaynak	Yöntem	Nüfus	100,000 canlı doğumda AÖO (95%)	Yaşam boyu risk	AÖ/GBÖ	Doğumlar	KÖ	AÖKO	Referans yılı
WHO, UNICEF & UNFPA, 2004	Model	Ulusal	70 (18-130)	480	1000	1,428,571	20,000	5	2000
WHO. 2001; Hill ve diğerleri 2001	Model	Ulusal	55 (18-160)	570	780	1,418,181	19,500	4	1995
WHO 1996	Model	Ulusal	180	130	2900	1,611,111	NA	NA	1990
Sağlık Bakanlığı, Başkent Üni. & Hıfzısıhha Okulu, 2003	Nüfus bazında	Ulusal (n=12000)	24.4 AÖH=1.7	NA	1	4097	151	0.7	2002-03
	Nüfus bazında;		132	115	115	928	928	12.4	
	Kız kardeş yöntemi	Ulusal (n=53280)	139	189	215	1713	1713	12.6	1981
TÜİK 1993 Türkiye Nüfus Araştırması	Nüfus bazında	Ulusal (n=17327)	144 AÖH= 376	167 149	314 378	2849 5079	2849 5079	10.7 7.4	1978 1974
	Nüfus bazında	Ulusal (n=17327)	208	NS	NS	NS	NS	NS	1974-75
	Nüfus bazında	Nevşehir ili; Etimesgut & Çubuk ilçeleri, Ankara	208	NS	NS	NS	NS	NS	1984
Tezcan ve diğerleri 1990	Nüfus bazında	Kahramanmaraş, Güneydoğu bölgesi	AÖH =3.2	NA	5	157554	96	5.2	1984-85
Dervişoğlu 1988 yayınlanmamış, WHO 1990	Nüfus bazında	Kahramanmaraş, Güneydoğu bölgesi	284	NS	NS	NS	NS	NS	1986
Dervişoğlu 1988 yayınlanmamış, WHO 1990	Nüfus bazında	Adıyaman, Güneydoğu bölgesi	91	NS	NS	NS	NS	NS	1986
Dervişoğlu 1985, WHO 1990	Nüfus bazında	Etimesgut & Çubuk sağlık eğitimi ve araştırma bölgeleri	119	NS	37	31,051	NS	NS	1973 ya da 1975-83
Akın, A. ve diğerleri (2000) ve Biliker 2003	Hastane tabanlı	81 ilin 53’ündeki 615 hastane	49	NA	323	656,446	6371	5.1	1997-98
Malatyahoğlu ve diğerleri 2006	Hastane tabanlı	Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi, Samsun	412	NA	27	6553	NA	NA	1998-2005
Yanık ve diğerleri 1999	Hastane tabanlı	Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi, Samsun	822.2	NA	87	10,584	NA	NA	1978-97
			143.4	NA	128	81731	NA	NA	1968-2004
			80.9	NA	8	9892	NA	NA	1998-2004
			29.3	NA	3	10230	NA	NA	1993-97
			97.7	NA	12	12281	NA	NA	1988-92
			86.8	NA	15	17281	NA	NA	1983-87
			199.0	NA	31	15581	NA	NA	1978-82
Bozkurt Özyüncü & Ayhan 2006	Hastane tabanlı	Hacettepe Üniversite Hastanesi	381.6	NA	36	9435	NA	NA	1973-77
			417.7	NA	23	5507	NA	NA	1968-72
			180	NA	117	117	NA	NA	1968-92
Ayhan ve diğerleri 1994	Hastane tabanlı	Hacettepe Üniversite Hastanesi	73.7	NA	(108)	59,993	NA	NA	1988-92
Ayhan ve diğerleri 1990, PUBMED	Hastane tabanlı	Hacettepe Üniversite Hastanesi	417.7	NA	NS	NS	NA	NA	1968-72
Ayhan ve diğerleri 1989, PUBMED	Hastane tabanlı	Hacettepe Üniversite Hastanesi	140	NA	NS	NS	NA	NA	-
			64.1	NA	13	20,291	NA	NA	1971-81
			40.4	NA	13	20,291	NA	NA	1971-81
			11.6	NA	13	20,291	NA	NA	1971-81
Akar ve diğerleri 2004	Hastane tabanlı	Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim & Araştırma Hastanesi, Ankara	11.6	NA	174	430,559	NA	NA	1982-2001
			85.1	NA	174	430,559	NA	NA	2001
			85.1	NA	174	430,559	NA	NA	1982
Çetin ve diğerleri 2003	Hastane tabanlı	Cumhuriyet Üniversite Hast.Sivas	471	NA	35	7424	NA	NA	1992-2002
			16.9	NA	35	7424	NA	NA	1983-92
			12.8	NA	35	7424	NA	NA	1991-92
Tuncer ve diğerleri 1995	Hastane tabanlı	Zübeyde Hanım Doğumevi Cerrahpaşa	22.6	NA	17	100,531	NA	NA	1983-84
			22.6	NA	17	100,531	NA	NA	1983-84
			22.6	NA	17	100,531	NA	NA	1983-84
Aksu ve diğerleri 1998	Hastane tabanlı	Üniversite Hastanesi, İstanbul	81	NA	34	19,808	NA	NA	1991-96
Dervişoğlu 1985 yayınlanmamış, WHO 1990	Hastane tabanlı	Çubuk’taki 6 sağlık ocağı	73 to 341	NS	NS	NS	NS	NS	1973-83 ya da 1975-83
Biri, Öztürk, & Maral, 2002, PUBMED	Hastane tabanlı	Ankara Hospitals	NS	NS	58	NS	NS	NS	1997-2000

(*) İtalik olarak yazılanlar yazarlar tarafından orijinal kaynaklardaki veilere göre hesaplanmıştır.

NA = uygun değil

NS= orijinal hali görülmemiştir.

EK 3 –GÖREV DAĞILIMI

Proje Sorumlusu

Prof. Dr. Sabahat Tezcan, HÜNEE

Teknik Sorumlular

Doç. Dr. İsmet Koç, HÜNEE

Uzun Dönemli Uzmanlar

Dr. Rudolf Schumacher, *Ekip Lideri, ICON*

Doç. Dr. İsmet Koç, *Saha Ekip Lideri, HÜNEE*

Dr. Oona Campbell, *Temel Araştırmacı, ICON*

Dr. A. Sinan Türkyılmaz, *İstatistikçi/Örneklem Uzmanı, HÜNEE*

Kısa Dönem Uzmanlar

Doç. Dr. Banu Ergöçmen, HÜNEE

Doç. Dr. Attila Hancıoğlu, HÜNEE

Doç. Dr. Turgay Ünal, HÜNEE

Proje Asistanları

Pelin Çağatay, *ICON*

Arzu Baykara, *ICON*

Niceliksel Çalışma Koordinatörleri

Doç. Dr. İsmet Koç, *Koordinatör*

Kazım Tuğ, *Koordinatör Yardımcısı*

Niceliksel Çalışma Saha Koordinatörleri

Kazım Tuğ (*Antalya, İstanbul, Tekirdağ, Sakarya, Erzurum, Ağrı, Bayburt*)

Yadigar Coşkun (*Adana, K. Maraş, Gaziantep, Nevşehir*)

İlknur Yüksel (*Diyarbakır, Batman, Van*)

H. Yaprak Civelek (*İzmir, Aydın, Burdur*)

Mehmet Ali Eryurt (*Bartın, Ordu, Giresun*)

Pelin Çağatay (*Ankara, Çankırı, Karaman*)

Sutay Yavuz (*İstanbul, Tekirdağ, Sakarya*)

Gürol Yağcıer (*Malatya, Sivas, Tokat*)

Erhan Özdemir (*Kütahya, Bursa, Balıkesir*)

Elif Kurtuluş (*Kütahya*)

Alanur Çavlin Bozbeyoğlu (*Bursa, Balıkesir*)

Ceren Topgül (*Erzurum, Ağrı, Bayburt*)

Niteliksel Çalışma Koordinatörleri

Doç. Dr. Banu Ergöçmen, *Koordinatör*

İlknur Yüksel, *Koordinatör Yardımcısı*

Niteliksel Çalışma Görüşmecileri

İlknur Yüksel, HÜNEE

Yadigar Coşkun, HÜNEE

Mehmet Ali Eryurt, HÜNEE

Kazım Tuğ, HÜNEE

Alanur Çavlin Bozbeyoğlu, HÜNEE

Veri Girişi ve Veri Analizi

M. Ali Eryurt, *Merkez Veri Girişi Koordinatörü*

Kazım Tuğ, *Saha Veri Girişi Koordinatörü*

Yadigar Coşkun, *Veri Analizcisi*

Taner Çiğeroğlu, *Programcı*

Tuğba Adalı, *Veri Girişçi*

Oktay Ünal, *Veri Girişçi*

Özgür Yüce, *Veri Girişçi*

Yönlendirme Komitesi Üyeleri

Prof. Dr. Sabahat Tezcan, *HÜNEE Müdürü*

Doç. Dr. İsmet Koç, *HÜNEE Teknik Demografi ABD Başkanı*

Dr. Rudolf Schumacher, *Ekip Lideri, ICON*

Dr. Mehmet Rifat Köse, *Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürü*

Figen Tunçkanat, *Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu*

Tuncer Kocaman, *DPT Nüfus Sektörü*

Dr. İbrahim Açıkalın, *Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdür Yardımcısı*

Dr. Levent Eker, *Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü*

Ayşe Toprak, *Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık İstatistikleri Sorumlusu*

Hakan Sakallı, *İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*

Hafize Zülüflü, *İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü*

Göksel Toket, *İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*

Berrak Bora Başara, *Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi*

Merkezi İnceleme Komitesi Üyeleri

Prof. Dr. Sabahat Tezcan, *İnceleme Komitesi Başkanı*

Prof. Dr. Tekin Durukan, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Prof. Dr. Hilal Özcebe, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı*

Prof. Dr. Levent Akın, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı*

Prof. Dr. Onur Karabacak, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Doç. Dr. Işıl Maral, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı*

Doç. Dr. Aydan Biri, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Doç. Dr. Dr. Sefa Kelekçi, *Sağlık Bakanlığı Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Doç. Dr. Seçil Özkan, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanı*

Dr. Utku Özcan, *Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Dr. Levent Eker, *Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı*

Dr. Murat Ekin, *Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Dr. A. Okyar Erol, *Sağlık Bakanlığı Etlik Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

Ön İnceleme Komitesi Üyeleri

Dr. Rudolf Schumacher, *Ön İnceleme Komitesi Başkanı*

Dr. Alev Yücel, *Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü*

Dr. Meltem Şengelen, *Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi*

Dr. Nurten Çakmak, *Sağlık Bakanlığı Çubuk Devlet Hastanesi*

Dr. Aylin Sepici, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*

İl Proje Ekipleri

Adana

Dr. Mutlucan Karaman, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Ahu Demirci, *İl Proje Doktoru*
Fulya Karaca, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Sedat Gülümsek, *İlçe Koordinatörü (Seyhan)*
Dr. Süleyman Dilek, *İlçe Koordinatörü (Seyhan)*
Dr. Salih Kamışlıoğulları, *İlçe Koordinatörü (Yüreğir)*
Dr. Selim Soğancı, *İlçe Koordinatörü (Aladağ)*
Dr. Mehmet Ali Karyağ, *İlçe Koordinatörü (Aladağ)*
Dr. Teyfik Altınsoy, *İlçe Koordinatörü (Ceyhan)*
Dr. A. Okan Kum, *İlçe Koordinatörü (Feke)*
Dr. Savaş Kaya, *İlçe Koordinatörü (Feke)*
Dr. İbrahim Ethem Ağca, *İlçe Koordinatörü (İmamoğlu)*
Dr. Fahrettin Öz, *İlçe Koordinatörü (Karaisali)*
Dr. Kemal Ertsak, *İlçe Koordinatörü (Karataş)*
Dr. Zekeriya Eğri, *İlçe Koordinatörü (Kozan)*
Dr. Münevver Gün, *İlçe Koordinatörü (Pozantı)*
Dr. Ali Rıza Çiloğlu, *İlçe Koordinatörü (Pozantı)*
Dr. İrfan Aydın, *İlçe Koordinatörü (Saimbeyli)*
Dr. Ahmet Türkmen, *District Coördinator (Tufanbeyli)*
Dr. Ali Uzun, *District Coördinator (Tufanbeyli)*
Dr. Hasan Tatlı, *İlçe Koordinatörü (Yumurtalık)*

Ağrı

Dr. Harun Erkan Aytekin, *İl Proje Koordinatörü*
Doğan Aydın, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Hatice Yılmaz, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Özben Uluçer, *İl Proje Doktoru*
Sevgi Berkalp, *İl Proje Araştırmacısı*
Doğan Aydın, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Hatice Çalışkan, *İlçe Koordinatörü (Diyadin)*
Dr. Aytaç Kuş, *İlçe Koordinatörü (Diyadin)*
Dr. Eylem İnce, *İlçe Koordinatörü (Doğubayazıt)*
Dr. Pelin Çekiç, *İlçe Koordinatörü (Eleşkirt)*
Fehmi Altun, *İlçe Koordinatörü (Eleşkirt)*
Dr. Reşit Öztürk, *İlçe Koordinatörü (Hamur)*
Dr. Ülkü Başkaya, *İlçe Koordinatörü (Patnos)*
Dr. İbrahim Renkliçay, *İlçe Koordinatörü (Patnos)*
İsmail Kılıç, *İlçe Koordinatörü (Patnos)*
Dr. Mehmet Orhan, *İlçe Koordinatörü (Taşlıçay)*
Dr. Meryem Demirelli, *İlçe Koordinatörü (Tutak)*

Ankara

Dr. Deniz Çakmak, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Mehveç Çetin, *İl Proje Doktoru*
Sevgi Balcı, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Yurdağül Su, *İlçe Koordinatörü (Altındağ)*
Dr. Zerrin Fidan, *İlçe Koordinatörü (Çankaya)*
Dr. Ufuk Özdemir, *İlçe Koordinatörü (Etimesgut)*
Dr. Pervin Dere, *İlçe Koordinatörü (Etimesgut)*
Dr. Bülent Başköylü, *İlçe Koordinatörü (Gölbaşı)*
Dr. Muhterem Akbay, *İlçe Koordinatörü (Keçiören)*
Dr. Ediz Çetinağaç, *İlçe Koordinatörü (Keçiören)*
Dr. Ahmet Karaçakol, *İlçe Koordinatörü (Keçiören)*
Dr. Ahmet Emin Okuyucu, *İlçe Koordinatörü (Keçiören)*
Dr. Halil Ülgen, *İlçe Koordinatörü (Abidinpaşa)*

Dr. Okan Demiralp, *İlçe Koordinatörü (Gülveren)*
Dr. Hatice Terin Aksoy, *İlçe Koordinatörü (Gülveren)*
Dr. Fatih Eroğlu, *İlçe Koordinatörü (Sincan)*
Dr. Mustafa Alptekin, *İlçe Koordinatörü (Sincan)*
Dr. Melek Aktaş, *İlçe Koordinatörü (Yenimahalle)*
Dr. Bekir Vural, *İlçe Koordinatörü (Yenimahalle)*
Dr. Mehmet Çakmak, *İlçe Koordinatörü (Akyurt)*
Dr. Özgehan Aydın, *İlçe Koordinatörü (Akyurt)*
Dr. İsmail H. Şenkal, *İlçe Koordinatörü (Ayaş)*
Dr. Soner Tektaş, *İlçe Koordinatörü (Ayaş)*
Dr. Mehmet İlhan Özilhan, *İlçe Koordinatörü (Bala)*
Dr. Harun Yalın, *İlçe Koordinatörü (Bala)*
Dr. Kerem Zeki Fikret, *İlçe Koordinatörü (Beypazarı)*
Dr. Erol Uzunoğlu, *İlçe Koordinatörü (Beypazarı)*
Dr. İsmail Doğan, *İlçe Koordinatörü (Beypazarı)*
Dr. Kerem Devrim Özkan, *İlçe Koordinatörü (Çamlıdere)*
Dr. Ali Dilek, *İlçe Koordinatörü (Çamlıdere)*
Dr. Köksal Ergün, *İlçe Koordinatörü (Çubuk)*
Dr. Derya Karakurt, *İlçe Koordinatörü (Çubuk)*
Dr. Hakan Kaya, *İlçe Koordinatörü (Elmadağ)*
Dr. Yakup Bilgiç, *İlçe Koordinatörü (Elmadağ)*
Dr. Hakan Sezen, *İlçe Koordinatörü (Evren)*
Dr. Salih Topcuoğlu, *İlçe Koordinatörü (Evren)*
Dr. Ömer Özgür Ceylan, *İlçe Koordinatörü (Güdül)*
Dr. Hakan Nezir, *İlçe Koordinatörü (Güdül)*
Dr. Burak Cengiz, *İlçe Koordinatörü (Haymana)*
Dr. Ali Alkan, *İlçe Koordinatörü (Kalecik)*
Dr. Cahide Demir, *İlçe Koordinatörü (Kalecik)*
Dr. Selami Cengiz, *İlçe Koordinatörü (Kazan)*
Dr. Makbule Doğan, *İlçe Koordinatörü (Kazan)*
Dr. İsmail Doğan, *İlçe Koordinatörü (Haymana)*
Erkan Çakıcı, *İlçe Koordinatörü (Haymana)*
Dr. Mediha Yalçın, *İlçe Koordinatörü (Nallıhan)*
Dr. Aysen Ay, *İlçe Koordinatörü (Nallıhan)*
Dr. Murat Yücel, *İlçe Koordinatörü (Polatlı)*
Dr. Özlem Karayel, *İlçe Koordinatörü (Polatlı)*
Dr. Arzu Mumcu, *İlçe Koordinatörü (Polatlı)*
Dr. Taner Dalkılıç, *İlçe Koordinatörü (Ş.Koçhisar)*
Dr. İsrail Atasoy, *İlçe Koordinatörü (Ş.Koçhisar)*

Antalya

Dr. Bilge Uysal, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Perihan Özgüner, *İl Proje Doktoru*
Hülya Arıgan (Nurse), *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Rahime Erbaş Yıldırım, *İlçe Koordinatörü (Akseki)*
Dr. Ayşe Hazırbulan, *İlçe Koordinatörü (Akseki)*
Dr. Ferda Menekşe, *İlçe Koordinatörü (Alanya)*
Dr. Gaye Kızdanoğlu, *İlçe Koordinatörü (Elmalı)*
Dr. Aylin Sadıklar, *İlçe Koordinatörü (Finike)*
Dr. Erdoğan Cengiz, *İlçe Koordinatörü (Gazipaşa)*
Dr. Uğur Öztürk, *İlçe Koordinatörü (Gündoğmuş)*
Dr. Cenk Tunç, *İlçe Koordinatörü (İbradı)*
Dr. Selçuk Tanrıku, *İlçe Koordinatörü (Kale)*
Dr. Halil İbrahim İstekli, *İlçe Koordinatörü (Kale)*

Dr. Şakir Aktaş, *İlçe Koordinatörü (Kaş)*
Dr. Aylin Öztürk, *İlçe Koordinatörü (Kemer)*
Dr. Özgür Deniz Sadioğlu, *İlçe Koordinatörü (Korkuteli)*
Dr. Fatma Bucaklıoğlu, *İlçe Koordinatörü (Korkuteli)*
Dr. Serap Kandemir, *İlçe Koordinatörü (Kumluca)*
Dr. Duygu Şen, *İlçe Koordinatörü (Manavgat)*
Dr. Ertan Şahbaz, *İlçe Koordinatörü (Serik)*

Aydın

Dr. Demet Meteoglu, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Muazzez Meydan, *İl Proje Doktoru*
Dr. Perihan Özdemir, *İl Proje Doktoru*
Sinem Çine, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Muazzez Meydan, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Nail Üstündağ, *İlçe Koordinatörü (Bozdoğan)*
Dr. Zafer Sapmaz, *İlçe Koordinatörü (Buharkent)*
Dr. Metin Şahin, *İlçe Koordinatörü (Çine)*
Dr. Erdal Ayaz, *İlçe Koordinatörü (Didim)*
Dr. Ali Yavaşoğlu, *İlçe Koordinatörü (Germencik)*
Dr. Hamza Bala, *İlçe Koordinatörü (İncirliova)*
Dr. Mehmet Acar, *İlçe Koordinatörü (Karacasu)*
Dr. Derya Kepe, *İlçe Koordinatörü (Karpuzlu)*
Dr. Taşkın Can, *İlçe Koordinatörü (Koçarlı)*
Dr. Ali Bulut, *İlçe Koordinatörü (Köşk)*
Dr. Şükrü Güngör, *İlçe Koordinatörü (Kuşadası)*
Dr. İsmail Ertin, *İlçe Koordinatörü (Kuyucak)*
Dr. Mehmet Yitim, *İlçe Koordinatörü (Nazilli)*
Dr. Hakan Tokgöz, *İlçe Koordinatörü (Söke)*
Dr. Osman Sezgen, *İlçe Koordinatörü (Sultanhisar)*
Dr. Çetin Çakıcı, *İlçe Koordinatörü (Yenipazar)*

Balıkesir

Dr. Nimey Ünal, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Songül Kakıcı, *İl Proje Doktoru*
Semra Yaren, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Songül Kakıcı, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Selçuk Türer, *İlçe Koordinatörü (Ayvalık)*
Dr. Semra Bayram, *İlçe Koordinatörü (Balya)*
Dr. Zafer Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (Bandırma)*
Dr. Ali Keskin, *İlçe Koordinatörü (Bigadiç)*
Dr. Birgi Tuna, *İlçe Koordinatörü (Burhaniye)*
Sağ. Mem. Ruhi Bahar, *İlçe Koordinatörü (Dursunbey)*
Dr. Sabri Arpacıoğlu, *İlçe Koordinatörü (Edremit)*
Dr. Yasemin Baş, *İlçe Koordinatörü (Erdek)*
Dr. Faruk Tırpan, *İlçe Koordinatörü (Gömeç)*
Dr. Suat Koyun, *İlçe Koordinatörü (Gönen)*
Dr. Levent Fitöz, *İlçe Koordinatörü (Havran)*
Dr. Ömer Öder, *İlçe Koordinatörü (İvrindi)*
Dr. Bilgin Uzun, *İlçe Koordinatörü (Kepsut)*
Dr. Ramazan Şahin, *İlçe Koordinatörü (Manyas)*
Dr. Mehmet Oğuz Dildök, *İlçe Koordinatörü (Marmara)*
Dr. Önder Özcan, *İlçe Koordinatörü (Savaştepe)*
Sağ. Mem. İsmail Özdemir, *İlçe Koordinatörü (Sındırgı)*
Dr. Işıl Küçük, *İlçe Koordinatörü (Susurluk)*

Bartın

Dr. İsmet Kavaklı, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Sahragül Yılmaz, *İl Proje Doktoru*

Duygu İşsevenler, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Sahragül Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Sinan Baltutar, *İlçe Koordinatörü (Amasra)*
Dr. Hüseyin Şeker, *İlçe Koordinatörü (Kurucasıle)*
Dr. İsmet Atağ, *İlçe Koordinatörü (Ulus)*

Batman

Dr. İhsan Bodakçı, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Leyla Tanrıseven, *İl Proje Doktoru*
Remziye Tural, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Leyla Tanrıseven, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Hacı Dinlenme, *İlçe Koordinatörü (Beşiri)*
Dr. Emin Saçan, *İlçe Koordinatörü (Gercüş)*
Dr. Göksel Gündüz, *İlçe Koordinatörü (Hasankeyf)*
Dr. İzzettin Toktaş, *İlçe Koordinatörü (Kozluk)*
Dr. Eyüp Sapan, *İlçe Koordinatörü (Sason)*

Bayburt

Dr. M. Gökhan Şen, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Muharrem Bayrak, *İl Proje Doktoru*
Dr. Şeref Doğan, *İl Proje Doktoru*
Dr. Lokman Tekin, *İl Proje Doktoru*
Semra Hancı, *İl Proje Araştırmacısı*
Sercan Memiş, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. M. Gökhan Şen, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Aydın Başaran, *İlçe Koordinatörü (Aydıntepe)*
Dr. Turhan Öztürk, *İlçe Koordinatörü (Demirözü)*

Burdur

Dr. Sevinç Pehlivan Sütü, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Serhat Sökel, *İl Proje Doktoru*
Emel İlhan, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Serhat Sökel, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Özgür Duman, *İlçe Koordinatörü (Ağlasun)*
Dr. Gülden Özmen, *İlçe Koordinatörü (Altınyayla)*
Dr. Mehmet Konu, *İlçe Koordinatörü (Bucak)*
Dr. Havva Çiftçi Seyhan, *İlçe Koordinatörü (Çavdır)*
Dr. Hasan Doğan, *İlçe Koordinatörü (Çeltikçi)*
Dr. Meltem İçkin, *İlçe Koordinatörü (Göhlisar)*
Dr. Ahmet Baydar, *İlçe Koordinatörü (Karamanlı)*
Dr. Gökhan Yurdakul, *İlçe Koordinatörü (Kemer)*
Dr. Abdullah Kaya, *İlçe Koordinatörü (Tefenni)*
Dr. Ali Maden, *İlçe Koordinatörü (Yeşilova)*

Bursa

Dr. Vildan Akar, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Ülkü Oğuz, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Altan Alpay Akkaya, *İl Proje Doktoru*
Emine Mustafa, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Özay Tekdemir, *İlçe Koordinatörü (Büyükorhan)*
Dr. Besim Çavuşoğlu, *İlçe Koordinatörü (Gemlik)*
Dr. Ahmet Sacu, *İlçe Koordinatörü (Gürsu)*
Dr. İ.Serkan Ursavaş, *İlçe Koordinatörü (Harmancık)*
Dr. Gönül Malat, *İlçe Koordinatörü (İnegöl)*
Dr. Serpil Bilgin Akyavaşlar, *İlçe Koordinatörü (İzmit)*
Dr. Kutsal Altıntaş, *İlçe Koordinatörü (Karacabey)*
Dr. Mustafa Cezayirlioğlu, *İlçe Koordinatörü (Keles)*
Dr. Enver Ünal, *İlçe Koordinatörü (Kestel)*

Dr. Fatih Acar, *İlçe Koordinatörü (Mudanya)*
Dr. Halan Altın, *İlçe Koordinatörü (M. Kemalpaşa)*
Dr. Oya Söylemez, *İlçe Koordinatörü (Nilüfer)*
Dr. Erdoğan Durmuş, *İlçe Koordinatörü (Orhaneli)*
Dr. Ömer L. Alkan, *İlçe Koordinatörü (Orhangazi)*
Dr. Ahmet Gürol Dölay, *İlçe Koordinatörü (Osmangazi)*
Dr. İbrahim Karabulut, *İlçe Koordinatörü (Yenişehir)*
Dr. Kadri Orak, *İlçe Koordinatörü (Yıldırım)*

Çankırı

Dr. Serap Altıntop, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. İsmail Ekercin, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Gayem Turgay, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Serap Altıntop, *İl Proje Doktoru*
Kezban Uyar, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Necati Tufan, *İlçe Koordinatörü (Atkaracalar)*
Dr. Müfit Bakırcı, *İlçe Koordinatörü (Atkaracalar)*
Dr. Semih Taçoğlu, *İlçe Koordinatörü (Bayramören)*
Dr. Murat Koç, *İlçe Koordinatörü (Çerkeş)*
Dr. Abdullah Akın, *İlçe Koordinatörü (Eldivan)*
Dr. Yusuf Sezgin, *İlçe Koordinatörü (Eldivan)*
Dr. Kahraman Pehlivan, *İlçe Koordinatörü (Ilgaz)*
Dr. Turan Set, *İlçe Koordinatörü (Kızılırmak)*
Dr. Orhun Günaydın, *İlçe Koordinatörü (Kızılırmak)*
Dr. Erçin Yıldız, *İlçe Koordinatörü (Korgun)*
Dr. Özkan Gedik, *İlçe Koordinatörü (Korgun)*
Dr. Mehmet Ali Kalaycı, *İlçe Koordinatörü (Kurşunlu)*
Dr. Elvin Pazar, *İlçe Koordinatörü (Kurşunlu)*
Dr. Mehmet Ali Yaman, *İlçe Koordinatörü (Orta)*
Dr. Ali Çiçek, *İlçe Koordinatörü (Orta)*
Dr. Turgay Çağlayan, *İlçe Koordinatörü (Orta)*
Dr. Ali Çiftçi, *İlçe Koordinatörü (Şabanözü)*
Dr. Melike Dönmez, *İlçe Koordinatörü (Yapraklı)*
Dr. Barış Duman, *İlçe Koordinatörü (Yapraklı)*

Diyarbakır

Dr. Derya İzge, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. M. Fatih Akkoç, *İl Proje Doktoru*
Zozan Baran, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. M. Fatih Akkoç, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Ercan Yıldız, *İlçe Koordinatörü (Bismil)*
Dr. Uğur Yüksekbaş, *İlçe Koordinatörü (Bismil)*
Dr. Sami Karaca, *İlçe Koordinatörü (Çermik)*
Dr. Ahmet Toprak, *İlçe Koordinatörü (Çermik)*
Dr. A. Rodar Anlı, *İlçe Koordinatörü (Çınar)*
Dr. Niyazi Ademhan, *İlçe Koordinatörü (Çınar)*
Dr. Resul Yaman, *İlçe Koordinatörü (Çüngüş)*
Dr. İkbal Atabey, *İlçe Koordinatörü (Çüngüş)*
Dr. Engin Erdoğan, *İlçe Koordinatörü (Dicle)*
Dr. Celal Canpolat, *İlçe Koordinatörü (Eğil)*
Dr. Barış Çakmak, *İlçe Koordinatörü (Eğil)*
Dr. Serdar Oral, *İlçe Koordinatörü (Ergani)*
Dr. Bedri Avcı, *İlçe Koordinatörü (Hani)*
Dr. Mehmetan Korhan, *İlçe Koordinatörü (Hazro)*
Dr. Salih Altay, *İlçe Koordinatörü (Kocaköy)*
Dr. Özgür Erden, *İlçe Koordinatörü (Kocaköy)*
Dr. İhsan Esmer, *İlçe Koordinatörü (Kulp)*

Dr. Nazım Terzioğlu, *İlçe Koordinatörü (Lice)*
Dr. Serpil Zeytin Koşum, *İlçe Koordinatörü (Lice)*
Dr. A. Kadir Ekinci, *İlçe Koordinatörü (Silvan)*

Erzurum

Dr. Esin Erdem, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Özlem Kalay, *İl Proje Doktoru*
Necati Eğercioğlu, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Esin Erdem, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. İsmet Kolomoç, *İlçe Koordinatörü (Aşkale)*
Dr. Hulki Aşır, *İlçe Koordinatörü (Çat)*
Dr. Kürşat Konak, *İlçe Koordinatörü (Hınıs)*
Dr. Fatih Kacıroğlu, *İlçe Koordinatörü (Horasan)*
Dr. Turgay Aras, *İlçe Koordinatörü (Ilıca)*
Dr. Cüneyt Emreoğlu, *İlçe Koordinatörü (İspir)*
Dr. Tansu Kalkım, *İlçe Koordinatörü (Karaçoban)*
Dr. Ali Önder, *İlçe Koordinatörü (Karayazı)*
Dr. Feridun İlday, *İlçe Koordinatörü (Köprükoy)*
Dr. Ömer Ekmekçi, *İlçe Koordinatörü (Narman)*
Dr. İsa Kılıç, *İlçe Koordinatörü (Oltu)*
Dr. Ahmet Saraçoğlu, *İlçe Koordinatörü (Olur)*
Dr. Alparslan Göğebakan, *İlçe Koordinatörü (Pasinler)*
Dr. Mustafa Dursun, *İlçe Koordinatörü (Pazaryolu)*
Dr. Ergün Mumcuoğlu, *İlçe Koordinatörü (Şenkaya)*
Dr. Alper Gürsoy Kızılkaya, *İlçe Koordinatörü (Tekman)*
Dr. Alparslan Yıldız, *İlçe Koordinatörü (Tortum)*
Dr. Yasemin Özkaya, *İlçe Koordinatörü (Uzundere)*

Gaziantep

Dr. Yasemin İnal, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Demet Arı Yıldız, *İl Proje Doktoru*
Şükriye Şebnem Külte, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Mehmet Köker, *İlçe Koordinatörü (Şahinbey)*
Dr. Barış Aslan, *İlçe Koordinatörü (Şehitkamil)*
Dr. Hasan Dikeç, *İlçe Koordinatörü (Araban)*
Dr. Şevki Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (İslahiye)*
Dr. Mehmet Öncebe, *İlçe Koordinatörü (Karkamış)*
Dr. Ali Rıza Yaşar, *İlçe Koordinatörü (Nizip)*
Dr. Durmuş Gürsoy, *İlçe Koordinatörü (Nurdağı)*
Dr. Adnan Çakan, *İlçe Koordinatörü (Oğuzeli)*
Dr. Murat Gürbüz, *İlçe Koordinatörü (Yavuzeli)*

Giresun

Dr. Enver Özalp, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Nilüfer Öztürk, *İl Proje Doktoru*
Aysun Sakal, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Enver Özalp, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Mehmet Deniz, *İlçe Koordinatörü (Alucra)*
Dr. Ayhan Onat, *İlçe Koordinatörü (Bulancak)*
Dr. Gökçe Keskin, *İlçe Koordinatörü (Çamoluk)*
Dr. Nilay Uzunoğlu, *İlçe Koordinatörü (Espiyeli)*
Dr. Arif Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (Eynesil)*
Dr. Bilge Keskin, *İlçe Koordinatörü (Görelle)*
Dr. Özlem Tuba Demir, *İlçe Koordinatörü (Şebinkarahisar)*
Dr. Ali Sağlık, *İlçe Koordinatörü (Tirebolu)*
Dr. Özdem Kavraz, *İlçe Koordinatörü (Çanakçı)*
Dr. Akın Kaya, *İlçe Koordinatörü (Dereli)*
Dr. Cihat Çalçalı, *İlçe Koordinatörü (Doğankent)*

Dr. Mücahit Günaydın, *İlçe Koordinatörü (Güce)*
Dr. Enver Durusu, *İlçe Koordinatörü (Keşap)*
Dr. Ruşen Topallı, *İlçe Koordinatörü (Piraziz)*
Dr. Nuri Karakuş, *İlçe Koordinatörü (Yağlıdere)*

İstanbul

Dr. Handan Rodop, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. E. Nalan Yetkin, *İl Proje Doktoru*
Pınar Özcan, *İl Proje Araştırmacısı*
Nilhan Artar, *İl Proje Araştırmacısı*
Melike Yavuz, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Çiğdem Malkoç, *İlçe Koordinatörü (Adalar)*
Dr. Orhan Doğan, *İlçe Koordinatörü (Avcılar)*
Dr. Hülya Zengin Tiryaki, *İlçe Koordinatörü (Bağcılar)*
Dr. Nermin Şeker, *İlçe Koordinatörü (Bahçelievler)*
Dr. A. Güzin Aksoy, *İlçe Koordinatörü (Bahçelievler)*
Dr. Kadriye Demirci, *İlçe Koordinatörü (Bakırköy)*
Dr. Ayla Saraç, *İlçe Koordinatörü (Bayrampaşa)*
Dr. Zennure Geçer, *İlçe Koordinatörü (Beşiktaş)*
Dr. Cengiz Cem Kutlu, *İlçe Koordinatörü (Beykoz)*
Dr. Mithat Bedir, *İlçe Koordinatörü (Beyoğlu)*
Dr. Ferda Y. Maraşlıoğlu, *İlçe Koordinatörü (Büyükçekmece)*
Dr. Hasan Göksel, *İlçe Koordinatörü (Büyükçekmece)*
Dr. Abdullah Kerim, *İlçe Koordinatörü (Çatalca)*
Dr. Salih Tıgılı, *İlçe Koordinatörü (Eminönü)*
Dr. Hayrettin Yıldız, *İlçe Koordinatörü (Esenler)*
Dr. Tuğba Beydağı, *İlçe Koordinatörü (Esenler)*
Dr. Erol Altuntop, *İlçe Koordinatörü (Eyüp)*
Dr. İbrahim Yağız, *İlçe Koordinatörü (Eyüp)*
Dr. İrem Uluer, *İlçe Koordinatörü (Fatih)*
Dr. Özcan Açıkbaş, *İlçe Koordinatörü (Fatih)*
Dr. Ahmet Molla, *İlçe Koordinatörü (Gaziosmanpaşa)*
Dr. Dilek Baykal, *İlçe Koordinatörü (Güngören)*
Dr. Naciye Demirel, *İlçe Koordinatörü (Kadıköy)*
Dr. Seval Alkoy, *İlçe Koordinatörü (Kağıthane)*
Dr. Ayşen Uzun, *İlçe Koordinatörü (Kartal)*
Dr. Mustafa Bahadır Güler, *İlçe Koordinatörü (Kartal)*
Dr. Suzan Terzioğlu, *İlçe Koordinatörü (Kartal)*
Dr. Nurten Elkin, *İlçe Koordinatörü (Küçükçekmece)*
Dr. Funda Enç Mutlu, *İlçe Koordinatörü (Maltepe)*
Dr. Süleyman Ballı, *İlçe Koordinatörü (Pendik)*
Dr. Serkis Kılıçarslan, *İlçe Koordinatörü (Sarıyer)*
Dr. Banu Demirkıran, *İlçe Koordinatörü (Sarıyer)*
Dr. Ali Erdal, *İlçe Koordinatörü (Silivri)*
Dr. Ünal Alkan, *İlçe Koordinatörü (Sultanbeyli)*
Dr. Zeynep Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (Sultanbeyli)*
Dr. Cemil Cığerci, *İlçe Koordinatörü (Şile)*
Dr. Fulya Bektaşoğlu, *İlçe Koordinatörü (Şişli)*
Dr. Dursun Dinç, *İlçe Koordinatörü (Şişli)*
Dr. Fatma Kuzkaya, *İlçe Koordinatörü (Tuzla)*
Dr. Zerrin Kurşun, *İlçe Koordinatörü (Ümraniye)*
Dr. Ahmet Yusuf Fişek, *İlçe Koordinatörü (Üsküdar)*
Dr. Erkin Karaca, *İlçe Koordinatörü (Zeytinburnu)*

İzmir

Dr. Neşe Nohutçu, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Serap Gönenç, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Cahit cengiz, *İl Proje Doktoru*
Özlem Kocamanoğlu, *İl Proje Araştırmacısı*
Filiz Demir Has, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Hasan Değirmenci, *İlçe Koordinatörü (Balçova)*
Dr. Aslı Kasırğa, *İlçe Koordinatörü (Bornova)*
Dr. Dilek Saltık, *İlçe Koordinatörü (Bornova)*
Dr. Dilek Akyol, *İlçe Koordinatörü (Bornova)*
Dudu Aslan, *İlçe Koordinatörü (Bornova)*
Dr. Mahmut Can, *İlçe Koordinatörü (Buca)*
Selma Narinç, *İlçe Koordinatörü (Buca)*
Dr. Fahriye Dönmez, *İlçe Koordinatörü (Çiğli)*
Dr. Seher Demir, *İlçe Koordinatörü (Güzelbahçe)*
Dr. A. Elif Alanyalı, *İlçe Koordinatörü (Gaziemir)*
Dr. Nurhayat Kunduk, *İlçe Koordinatörü (Karşıyaka)*
Dr. Dilara Görçiz, *İlçe Koordinatörü (Konak)*
Dr. Başak Akkaya, *İlçe Koordinatörü (Konak)*
Dr. Ece Özkan, *İlçe Koordinatörü (Konak)*
Dr. Serap Gökmen, *İlçe Koordinatörü (Konak)*
Dr. İzzet Ayık, *İlçe Koordinatörü (Konak)*
Dr. Özlem Turgul, *İlçe Koordinatörü (Narludere)*
Dr. Özkan Orhun, *İlçe Koordinatörü (Aliağa)*
Dr. Hasan Türkoğlu, *İlçe Koordinatörü (Bayındır)*
Dr. Ahmet Türkan, *İlçe Koordinatörü (Bergama)*
Dr. Fikret Aras, *İlçe Koordinatörü (Beydağ)*
Dr. Arzu Günlü, *İlçe Koordinatörü (Çeşme)*
Dr. Ferhat Kaval, *İlçe Koordinatörü (Dikili)*
Dr. Mustafa Kosdak, *İlçe Koordinatörü (Foça)*
Dr. Ayşegül Sivrikaya, *İlçe Koordinatörü (Karaburun)*
Dr. Sema Şevken, *İlçe Koordinatörü (Kemalpaşa)*
Dr. Zühtü Benli, *İlçe Koordinatörü (Kemalpaşa)*
Dr. Murat Emre, *İlçe Koordinatörü (Kınık)*
Dr. Sevgi Özşahin, *İlçe Koordinatörü (Kiraz)*
Dr. Raşit Günel, *İlçe Koordinatörü (Menderes)*
Dr. İlknur İnanlı, *İlçe Koordinatörü (Menemen)*
Dr. Nedret Bağlan, *İlçe Koordinatörü (Ödemiş)*
Dr. Ayhan Şahin, *İlçe Koordinatörü (Seferhisar)*
Dr. Veysel Macit, *İlçe Koordinatörü (Selçuk)*
Dr. Buket Gönül, *İlçe Koordinatörü (Tire)*
Dr. Erkan Esen, *İlçe Koordinatörü (Tire)*
Dr. İsmail Aslan, *İlçe Koordinatörü (Torbalı)*
Dr. Taner Yapıcı, *İlçe Koordinatörü (Torbalı)*
Dr. Yasemin Erkan, *İlçe Koordinatörü (Urla)*

Kahramanmaraş

Dr. Mahmut Arık, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Lale Gönenir Erbay, *İl Proje Doktoru*
Emine Kaynarcan, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Lale Gönenir Erbay, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Ahmet Yener, *İlçe Koordinatörü (Afşin)*
Dr. Yüksel Baştürk, *İlçe Koordinatörü (Andırın)*
Dr. Bayram Ordu, *İlçe Koordinatörü (Çağlayancerit)*
Dr. Erdal Kaya, *İlçe Koordinatörü (Ekinözü)*
Dr. Vural Soyer, *İlçe Koordinatörü (Elbistan)*

Dr. Ökkeş Kepek, *İlçe Koordinatörü (Göksun)*
Dr. Sinan Yalçın, *İlçe Koordinatörü (Nurhak)*
Dr. Salman Yılıkcı, *İlçe Koordinatörü (Pazarcık)*
Dr. Fatih Bozdoğan, *İlçe Koordinatörü (Türkoğlu)*

Karaman

Dr. Ayten Sağlam, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Faruk Gözel, *İl Proje Doktoru*
Meftun Özkaya, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Ayten Sağlam, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Akgün Çavdar, *İlçe Koordinatörü (Ayrancı)*
Dr. Barış Danışman, *İlçe Koordinatörü (Başyayla)*
Dr. Mustafa Kızmaz, *İlçe Koordinatörü (Ermenek)*
Dr. Ali Rıza Altınsoy, *İlçe Koordinatörü (Kazımkarabekir)*
Dr. Mehmet Ali Gürbüz, *İlçe Koordinatörü (Sarıveliler)*

Kütahya

Dr. Hayrettin Durceylan, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Halime Kayhan, *İl Proje Doktoru*
Sevinç Gökçedağlıoğlu, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Hayrettin Durceylan, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Gülseren Altınyurt, *İlçe Koordinatörü (Altıntaş)*
Dr. Onur Palabıyık, *İlçe Koordinatörü (Aslanapa)*
Dr. Handan Öge, *İlçe Koordinatörü (Çavdarhisar)*
Dr. Doğan Tosun, *İlçe Koordinatörü (Domaniç)*
Dr. Mustafa Yıldız, *İlçe Koordinatörü (Dumlupınar)*
Dr. Burcu Güneş, *İlçe Koordinatörü (Emet)*
Dr. Besim Keleş, *İlçe Koordinatörü (Gediz)*
Dr. Süleyman Harmanda, *İlçe Koordinatörü (Hisarcık)*
Dr. İbrahim Öztürk, *İlçe Koordinatörü (Pazarlar)*
Dr. İlhan Şahin, *İlçe Koordinatörü (Simav)*
Dr. Özge Sobay Akgül, *İlçe Koordinatörü (Şaphane)*
Dr. Mustafa Kemal GÜlmez, *İlçe Koordinatörü (Tavşanlı)*

Malatya

Dr. Ergin Kutun, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Selma A. Felek, *İl Proje Doktoru*
Neslihan Gürok, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Umut Çağdaş, *İlçe Koordinatörü (Akçadağ)*
Dr. Cumali Kuş, *İlçe Koordinatörü (Arguvan)*
Dr. Engin Karakuş, *İlçe Koordinatörü (Arguvan)*
Dr. Figen Datlı Özer, *İlçe Koordinatörü (Arapgir)*
Dr. Murat Karaman, *İlçe Koordinatörü (Battalgazi)*
Dr. Fatma Türe Büyüktepe, *İlçe Koordinatörü (Battalgazi)*
Dr. Battal Çelik, *İlçe Koordinatörü (Doğanşehir)*
Dr. Zeynep Arda Dağdelen, *İlçe Koordinatörü (Doğanşehir)*
Sonay Yetkin, *İlçe Koordinatörü (Doğanyol)*
Abdurrahman Erdem, *İlçe Koordinatörü (Darende)*
Dr. Barış Çıplak, *İlçe Koordinatörü (Hekimhan)*
Dr. Ercan Teke, *İlçe Koordinatörü (Kale)*
Dr. Halil Başar Kocataş, *İlçe Koordinatörü (Kuluncak)*
Dr. Ertan Karataş, *İlçe Koordinatörü (Yazihan)*
Dr. Evrim Özcan, *İlçe Koordinatörü (Yeşilyurt)*
Dr. Pınar Çolak, *İlçe Koordinatörü (Pötürge)*

Neveşehir

Dr. Ayşe Kolay, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Hatice Önder Çolak, *İl Proje Doktoru*

Şenay Karabıyık, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Ayşe Kolay, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Hakan Cengiz, *İlçe Koordinatörü (Acıgöl)*
Dr. İbrahim Köse, *İlçe Koordinatörü (Avanos)*
Dr. Turgay Turgut Erkal, *İlçe Koordinatörü (Derinkuyu)*
Dr. Raşit Şahin, *İlçe Koordinatörü (Derinkuyu)*
Dr. Muzaffer Evli, *İlçe Koordinatörü (Gülşehir)*
Dr. Ali Cemal Hüsnügil, *İlçe Koordinatörü (Hacıbektaş)*
Dr. Nadire Kılıçarslan, *İlçe Koordinatörü (Kozaklı)*
Dr. Emrullah Çelik, *İlçe Koordinatörü (Kozaklı)*
Dr. Ahmet Esen, *İlçe Koordinatörü (Ürgüp)*

Ordu

Dr. Aysin Ertuğrul, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Melek Bozarslan, *İl Proje Doktoru*
Seylan Karagöl, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Melek Bozarslan, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Mustafa Akdoğan, *İlçe Koordinatörü (Akkuş)*
Dr. İlhan Demir, *İlçe Koordinatörü (Aybastı)*
Dr. Erdal Kömür, *İlçe Koordinatörü (Çamaş)*
Dr. Süleyman Bilgili, *İlçe Koordinatörü (Çatalpınar)*
Dr. Veli Kılınç, *İlçe Koordinatörü (Çaybaşı)*
Dr. Nilüfer Akcan, *İlçe Koordinatörü (Fatsa)*
Dr. Hakan Sevinç, *İlçe Koordinatörü (Gölköy)*
Dr. Şerafettin Kanbak, *İlçe Koordinatörü (Gülyalı)*
Dr. Rahşan Boztepe, *İlçe Koordinatörü (Gürgentepe)*
Dr. Ercan Kaygı, *İlçe Koordinatörü (İkizce)*
Dr. Yalçın Temel, *İlçe Koordinatörü (Kabadüz)*
Dr. İhsan Türk, *İlçe Koordinatörü (Korgan)*
Dr. Cemalettin Yaktı, *İlçe Koordinatörü (Kumru)*
Dr. Özer Kemahlı, *İlçe Koordinatörü (Mesudiye)*
Dr. Mecit Topal, *İlçe Koordinatörü (Perşembe)*
Dr. Hakan Aydınlık, *İlçe Koordinatörü (Ulubey)*
Dr. Ali Coşkun, *İlçe Koordinatörü (Ünye)*

Sakarya

Dr. İbrahim Afşari, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Ali Kekilli, *İl Proje Doktoru*
Saime Karabiber, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Ali Kekilli, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Aysun Atalay, *İlçe Koordinatörü (Ferizli)*
Dr. Tarık Karadağ, *İlçe Koordinatörü (Söğütli)*
Dr. Yusuf Demiralay, *İlçe Koordinatörü (Akyazı)*
Dr. Hasan Büyük, *İlçe Koordinatörü (Geyve)*
Dr. Metin Polat, *İlçe Koordinatörü (Hendek)*
Dr. Hüseyin Cenay, *İlçe Koordinatörü (Karapürçek)*
Dr. Cem Kır, *İlçe Koordinatörü (Karasu)*
Dr. Cafer Almuslu, *İlçe Koordinatörü (Kaynarca)*
Dr. Sami Kıran, *İlçe Koordinatörü (Kocaali)*
Dr. Musa Toç, *İlçe Koordinatörü (Pamukova)*
Dr. Hüseyin Günaydın, *İlçe Koordinatörü (Sapanca)*
Dr. Mehmet Özarslan, *İlçe Koordinatörü (Taraklı)*

Sivas

Dr. Adem Bilgin, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Ümit Doğan, *İl Proje Doktoru*
Seda Görgeç, *İl Proje Araştırmacısı*
Ayşegül Karaman, *İl Proje Araştırmacısı*

Dr. Adem Bilgin, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Vakkas Özmercan, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Mehmet Gülsever, *İlçe Koordinatörü (Akıncılar)*
Dr. Gökhan Bozbiyık, *İlçe Koordinatörü (Altınyayla)*
Dr. Sibel Korkmaz, *İlçe Koordinatörü (Divriği)*
Dr. Suat Çelik, *İlçe Koordinatörü (Doğuşar)*
Dr. Kadir Bayram, *İlçe Koordinatörü (Gemerek)*
Dr. Baran Ün, *İlçe Koordinatörü (Gölova)*
Dr. Ufuk Elmas, *İlçe Koordinatörü (Gürün)*
Dr. Murat Göçgün, *İlçe Koordinatörü (Hafık)*
Dr. Yavuz Selim Şimşek, *İlçe Koordinatörü (İmranlı)*
Dr. Figen Oğuzbal, *İlçe Koordinatörü (Kangal)*
Dr. Filiz Dokan, *İlçe Koordinatörü (Koyulhisar)*
Dr. Özer Kelemci, *İlçe Koordinatörü (Suşehri)*
Dr. Aslan Saçmal, *İlçe Koordinatörü (Şarkışla)*
Dr. Önder Karaman, *İlçe Koordinatörü (Ulaş)*
Dr. Güleser Alaşalvar, *İlçe Koordinatörü (Yıldızeli)*
Dr. Hasan Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (Zara)*

Tekirdağ

Dr. İlknur Mercanoğlu, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Zehra Doğramacıoğlu, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Şenol Özcan, *İl Proje Doktoru*
Seda Şirin, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. İlknur Mercanoğlu, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Nurcihan Başkent, *İlçe Koordinatörü (Çerkezköy)*
Dr. Veyis Gedikoğlu, *İlçe Koordinatörü (Çorlu)*
Dr. Alper Halogo, *İlçe Koordinatörü (Hayrabolu)*
Dr. Refet Çeviker, *İlçe Koordinatörü (Malkara)*
Dr. Tunca Aybar, *İlçe Koordinatörü (Marmara Ereğlisi)*
Dr. Mehtap Şen, *İlçe Koordinatörü (Muratlı)*
Dr. Muhteşem Bayraktar, *İlçe Koordinatörü (Saray)*
Dr. Ali Okutan, *İlçe Koordinatörü (Şarköy)*

Tokat

Dr. Kaya Yılmaz, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Harika Güneş, *İl Proje Doktoru*
Melike Işiker, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Kaya Yılmaz, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Hasip Sapçı, *İlçe Koordinatörü (Almus)*
Dr. Erkut Karasu, *İlçe Koordinatörü (Artova)*
Dr. Sedat Akkan, *İlçe Koordinatörü (Başçiflik)*
Dr. Faruk Kalkan, *İlçe Koordinatörü (Erbaa)*
Dr. Baki Baştürk, *İlçe Koordinatörü (Niksar)*
Dr. Zafer İpek, *İlçe Koordinatörü (Pazar)*
Dr. İzzet Mısırlı, *İlçe Koordinatörü (Reşadiye)*
Dr. H. İbrahim Çekmece, *İlçe Koordinatörü (Sulusaray)*
Dr. Yakup Kavaz, *İlçe Koordinatörü (Turhal)*
Dr. Fatih Sercandere, *İlçe Koordinatörü (Yeşilyurt)*
Dr. İhsan Canbolat, *İlçe Koordinatörü (Zile)*

Van

Dr. Berfin Özgökçe, *İl Proje Koordinatörü*
Dr. Leyla Çelik, *İl Proje Doktoru*
Elif Çiçekdenk, *İl Proje Araştırmacısı*
Dr. Hazan Caner, *İlçe Koordinatörü (Merkez)*
Dr. Zeki Şenduryıldız, *İlçe Koordinatörü (Bahcesaray)*
Dr. Alper Can, *İlçe Koordinatörü (Başkale)*
Dr. İsmail Burak, *İlçe Koordinatörü (Çaldıran)*
Dr. Şükran Talaş, *İlçe Koordinatörü (Çatak)*
Dr. Ayhan Kaya, *İlçe Koordinatörü (Edremit)*
Dr. Can Turan, *İlçe Koordinatörü (Erciş)*
Dr. Kerim Keleş, *İlçe Koordinatörü (Gevaş)*
Dr. Göksel Saruhan, *İlçe Koordinatörü (Gürpınar)*
Dr. Nurettin Yüzkat, *İlçe Koordinatörü (Muradiye)*
Dr. Aytakin Esen, *İlçe Koordinatörü (Özalp)*
Dr. Ümran Akkoç, *İlçe Koordinatörü (Saray)*

EK 4 – PİLOT ÇALIŞMA

Pilot çalışmanın hazırlık aşaması

UAÖÇ'nin araştırma tasarımı ile veri toplama faaliyetlerinde kullanılacak formların ve sorukağıtlarının, Antalya'da Ocak-Şubat 2005 döneminde pilot çalışma ile ön denemesinin yapılmasına 21 Ekim 2004 tarihinde gerçekleştirilen ilk Yönlendirme Kurulu Toplantısı'nda karar verilmiştir. Antalya'nın seçilmesindeki neden, kış aylarındaki hava şartlarının Antalya'da çalışma yapmaya imkan vermesi ve bu ilde en az bir büyükşehir belediyesi olmak üzere farklı kırsal alanların olmasıdır.

Yönlendirme Komitesi'nde pilot çalışmanın yapılması kararı verildikten sonra proje ekibi, Antalya'daki Vali Yardımcısını, İl Sağlık Müdürünü, AÇS/AP Şube Müdürünü ve de Büyükşehir Mezarlıklar Müdürünü ziyaret ederek proje hakkında bilgi vermiştir. 21 Aralık 2004 tarihinde gerçekleştirilen Tanıtım Toplantısına Antalya Valisi de katılmıştır. İl Proje Ekibinin, İlçe Koordinatörlerinin, İlçe Sağlık Grup Başkanlarının ve aynı zamanda ilçe mezarlık görevlilerinin eğitimleri 22 Aralık 2004 tarihinde verilmiştir. Bu eğitimlerin esas amacı, bu çalışmada herkese düşen görev ve sorumluluklarının neler olduğunun ve birincil kaynak (mezarlık görevlileri ve köy muhtarları) eğitimlerinin nasıl yapılacağına anlatılması olmuştur.

İlçe merkezlerinde 3 Ocak 2005 tarihinde başlayan haftada yapılacak olan eğitimlere, ilçedeki bütün mezarlık görevlileri ve köy muhtarları Vali Yardımcısının ve Kaymakamların imzaladığı resmi yazılarla davet edilmiştir. Eğitimler daha önceden belirlenen 20-25 kişilik grupların katıldığı toplantılarda verilmiştir. Bu toplantılara katılım yüzde 97 civarında olup sadece 17 köy muhtarı eğitimlere gelmemiştir.

Birincil kaynak eğitimlerinde, Merkez Proje Ekibi tarafından hazırlanmış olan standart eğitim materyalleri kullanılmıştır. Aynı zamanda, bu çalışmadaki bildirim sisteminin nasıl yürütülmesi gerektiğine ve formların nasıl doldurulacağına ilişkin kuralların anlatıldığı el kitapları da bu eğitimler sırasında dağıtılmıştır. Her ilçe için görevlendirilen HÜNEE koordinatörleri eğitimlerde hazır bulunmuştur. Bazı ilçelerdeki eğitimlere Merkez Proje Ekibi de katılmıştır. Eğitimlerin sonunda, veri toplama faaliyetlerinde toplanacak formlar birincil kaynaklara teslim edilmiştir.

Ankara'da bütün asistanların ve merkez proje ekibinin katıldığı genel toplantıda Antalya'daki eğitimlerle ilgili izlenimler değerlendirilmiştir. 27 Ocak 2005 tarihinde merkez proje ekibi Antalya'da, pilot çalışmanın eğitimlerinde, uygulanmasında, bildirim aşamasında yaşanan sorunları tartışmak ve bunlara çözüm önerileri getirmek amacıyla il ve ilçe koordinatörleriyle ara değerlendirme toplantısı düzenlemiştir. 17 Şubat 2005 tarihinde ise son değerlendirme toplantısı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılarda, il/ilçe koordinatörleri standart bir format dahilinde veri toplama faaliyetlerindeki mevcut duruma, karşılaştıkları sorunlara ve çözüm önerilerine yönelik değerlendirmeler yapmışlardır.

8 Şubat 2005 tarihinde, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nde merkeze bağlı köylerden rastgele seçilen 9 köy muhtarı ile pilot çalışma sırasında yaşadıkları sorunlar ile ilgili odak grup tartışması gerçekleştirilmiştir. Verilen eğitimlerin kalitesi, veri toplamada kullanılan formların uygunluğu ve il/ilçe koordinatörlerine formların teslimi sırasında yaşanan sorunlar muhtarların özellikle üzerinde durdukları konular olmuştur. Ayrıca, gebelik ile ilgili olan eleme sorusunun sorulup sorulamayacağına yönelik görüşler de alınmıştır.

Pilot çalışma ile ilgili deneyimler

Bu bölümde, eğitimler, çalışmanın uygulanması ve bildirim aşamalarının Antalya'daki ön denemesine ilişkin detaylı bilgiler verilmektedir.

Eğitim aşaması

UAÖÇ'da, Antalya'daki ön deneme için iki aşamalı eğitim programı uygulanmıştır. Birinci aşamada, il proje ekibi ve ilçe koordinatörleri eğitilmiştir. İkinci aşamada ise, il proje ekipleri ve ilçe koordinatörleri birincil kaynaklara (köy muhtarları ve belediye mezarlık görevlileri) eğitim vermişlerdir. Merkez proje ekibi tarafından organize edilen ilçe koordinatörleri eğitim toplantısına 14 ilçe koordinatöründen 13'ü katılmıştır. Toplantıda bulunmayan ilçe koordinatörü daha sonra merkez proje ekibi tarafından ayrıca eğitime tabi tutulmuştur.

İlçe koordinatörlerinin birincil kaynak eğitimleri sırasında karşılaştıkları temel sorunlar şunlardır:

- Yapılacak eğitimler ilgili davet mektuplarının birincil kaynaklara gönderilmesinde geç kalınmıştır. Bu gecikmenin de esas nedeni, davet mektuplarının hazırlanıp gönderilmesi için verilen sürenin 1 hafta olması ve de ilçe ekiplerinin yerel yöneticilerle işbirliği yapamamış olmalarıdır.
- İlçe koordinatörleri, vali yardımcısı ve kaymakam tarafından imzalanan davet yazılarını birincil kaynaklara özellikle de köy muhtarlarına ulaştırma konusunda ciddi sıkıntılar yaşamışlardır. Jandarma ve sağlık ocaklarından yardım almaya çalışmışlardır. Bazı ilçe koordinatörleri de muhtarlara telefon ederek ulaşmaya çalışmış ancak bir kısmını bulamamışlardır. Bütün bu zorluklara rağmen birincil kaynak eğitimlerinde yüzde 97 oranında bir katılım sağlanmıştır.
- İlçe merkezlerinde yapılan eğitimlerde kullanılan toplantı odalarının fiziksel koşullarının oldukça yetersiz olduğu gözlenmiştir. Bazı ilçelerde, eğitimler uygun olmayan koşullarda gerçekleştirilmiştir.
- Birincil kaynak eğitimlerinin en fazla 20-25 kişilik gruplar halinde verilmesinin gerekliliği vurgulanmasına rağmen 50 kişinin bulunduğu eğitim oturumları yapılmıştır. Büyük gruplar halinde yapılan eğitimlerin etkin geçmediği görülmüştür.
- Birincil kaynak eğitimlerine katılım yüksek olmasına karşın bu eğitimler sırasında bazı köy muhtarlarının ve mezarlık görevlilerinin motivasyonunun düşük olduğu ve kendilerine verilen görevleri yerine getirmek konusunda isteksiz oldukları gözlenmiştir. Bununla birlikte, ilçe koordinatörlerinin bazılarında da bu isteksizlik söz konusu olmuştur.

- Özellikle köy muhtarları, yasal görev ve sorumluluklarının bilincinde olmadıkları için definlere yönelik bilgi toplama görevinin kendilerine ait olmadığını dile getirmiştir. Bu bilginin sağlık ocakları veya sağlık evleri aracılığıyla toplanması gerektiğini konusunda ısrarcı olmuşlardır.
- Bazı birincil kaynaklar, eğitim yöntemini, kendileri için hazırlanan el kitaplarını ve ilçe koordinatörleri tarafından verilen eğitimleri karmaşık ve kendi eğitim seviyelerinin üstünde bulmuşlardır. Özellikle köy muhtarları, MDL ve KDBF'leri dolduramayacaklarını belirtmişlerdir.
- Köy muhtarlarının ve belediye mezarlık görevlilerinin birlikte eğitime tabi tutulması da bazı sıkıntılar yaratmıştır. Motivasyonu düşük olan köy muhtarları, mezarlık görevlilerini de olumsuz etkilemişlerdir.
- Bazı belediyelerde mezarlıklar ile ilgili bir birimin olmaması nedeniyle eğitimlere gönderilen kişilerin bu konu hakkında bilgi sahibi olmadıkları gözlenmiştir.
- Eğitimler sırasında gebelik ile ilgili tarama sorusuna yönelik ciddi bir itiraz gelmemiştir. Bu çalışmanın ve araştırma materyallerinin yasal bir dayanağı olması nedeniyle bazı birincil kaynaklar, bu sorunun sorulması konusunda herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir

Uygulama aşaması

UAÖÇ çerçevesinde Antalya'daki pilot çalışmanın geriye yönelik veri toplama aşaması 01 Aralık 2004-10 Ocak 2005 dönemini, ileriye yönelik veri toplama aşaması ise 10 Ocak 2005-10 Şubat 2005 dönemini kapsamaktadır. Uygulama aşamasında karşılaşılan sorunlar şunlardır:

- UAÖÇ pilot çalışma sırasındaki en temel sorun, ilçe koordinatörlerinin formlarını zamanında göndermeyen birincil kaynaklara ulaşmada yaşanan güçlük olmuştur. İlçe koordinatörleri köy muhtarları ile telefonla iletişime geçmekte zorlanmışlardır. Sağlık ocaklarındaki telefonların sabit hat dışındaki aramalara kapalı olduğu için köy muhtarlarının ancak ev ve iş telefonları aranabilmektedir. Dolayısıyla, köy muhtarının evde veya iş yerinde olmaması halinde cep telefonundan aranması gerektiğinde ise sağlık ocağının telefonları kullanılamamıştır. Bu durumda da ilçe koordinatörleri kendi cep telefonlarından arama yapmak zorunda kalmışlardır. İlçe koordinatörlerinin yaptıkları bu masraflar daha sonra proje bütçesinden karşılanmıştır. Ancak, 12-13 aylık proje süresince bütün ilçe koordinatörlerinin telefon masraflarını ödenmesi söz konusu olamamıştır.
- Definler kaydedilmediği için kırsal yerleşim yerlerinin çoğunda ve bazı belediyelerde geriye dönük (1 Aralık 2004-10 Ocak 2005) defin bilgisini toplamak mümkün olamamıştır. Dolayısıyla da toplanan bilgilerde geriye dönük definlerin yanlış hatırlanmasından kaynaklanabilecek hatalar olması olasıdır.
- üreme çağında meydana gelen kadın ölümlerinde gebeliğe ilişkin tarama sorusunun sorulması ve bunların cevaplarının kaydedilmesi konusunda birincil kaynaklar sorunlar yaşamıştır. Özellikle belediye mezarlık görevlileri bu soruyu boş bırakmayı tercih etmişlerdir. Bütün bunlar göz önünde bulundurularak KDBF'deki bu soruda değişiklik yapılarak "bilinmiyor" ve "sorulamadı" seçenekleri eklenmiştir.

- Birkaç vakada Antalya dışındaki bir ilde sağlık kuruluşunda veya evde kadın ölümleri meydana gelmiş ve bunlar Antalya’da defnedilmiştir. Bu ölümlerin pilot çalışmaya dahil edilip edilmeyeceği sorusu gündeme gelmiştir. Pilot çalışma sırasında, Antalya dışında gerçekleşen kadın ölümleri için sözel otopsi veya sağlık kurum kayıt incelemesi yapılmamıştır. Ancak, ender olarak yaşanan anne ölümü vakalarını kaçırmamak için esas saha çalışması sırasında proje illeri dışında meydana gelen bu ölümler ile ilgili bilgilere mümkün olabildiğince ulaşılmaya çalışılmıştır
- Pilot çalışmanın uygulaması aşamasında karşılaşılan bir diğer sorun ise Sağlık Bakanlığı için halihazırda toplanmakta olan ölüm kayıtları ile bu çalışma kapsamında toplanan defin listeleri konusunda Antalya’daki köy muhtarlarının karışıklık yaşamasıdır. Bazı muhtarlar da çalışmadaki defin bildirim formları ile TÜİK’in 3 parçalı ölüm istatistikleri formunu ayırt edememişlerdir.
- Aralık ayı boyunca yerleşim yerlerinin yüzde 38’inden, Ocak ayında da yüzde 42’sinden form gönderilmemiştir. Nüfus açısından bakıldığında ise göndermeyen yerleşim yerlerinin oranı Aralık için yüzde 28, Ocak için yüzde 12’dir.

Bildirim aşaması

- Bildirim konusundaki en büyük sorun, özellikle köy muhtarlarının doldurdukları formları il/ilçe koordinatörlerine zamanında teslim etmemiş olmalarından kaynaklanmıştır. Birçok köy muhtarı formların teslim edileceği yerleri (il veya ilçe koordinatörleri) ulaşım açısından uzak bulduklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden de, formların teslim ve bildirim yeri olarak kendilerine en yakın sağlık ocağını tercih edeceklerini söylemişlerdir. Köyler ile sağlık ocakları arasında düzenli bir iletişim olmamasına rağmen UAÖÇ veri toplama sistemi içerisinde sağlık ocakları da dahil edilmiştir çünkü köy muhtarları yakın olmaları açısından sağlık ocaklarına daha rahat ulaşabildiklerini belirtmişlerdir. Sağlık ocaklarının bu sistem içindeki görevi, formlarını teslim etmeyen muhtarları arayarak hatırlatma yapmak ile sınırlı olmuştur.
- Yukarıda bahsedilen kontrol mekanizmaları ile ilgili olarak yaşanan bir diğer problem ise telefon kullanımınıdır. İlçe koordinatörleri, formlarını zamanında teslim etmeyen köy muhtarlarını ve belediye mezarlık görevlilerini aramak istedikleri zaman sağlık ocaklarının telefonlarını sabit hat dışındaki aramalara kapalı olduğu için kullanamamışlar ve dolayısıyla da kendi cep telefonlarından aramışlardır. Bu nedenle de sağlık ocaklarındaki telefonların sabit hat dışındaki aramalar için en azından proje illerindeki ilçe koordinatörleri tarafından kullanımına açılması gerekmektedir.
- Bir başka sorun da ilçe koordinatörlerinin iş yükünün fazla olması nedeniyle birincil kaynakların denetlenmesi için yeterli zaman ayıramamalarından kaynaklanmıştır. İyi bir ekip kurabilen ilçe koordinatörleri iş yükünün fazlalığından şikayetçi olmamışlardır. Ancak, kendilerine yardımcı olacak bir ekip kuramayan veya o ilçedeki tek doktor olan ilçe koordinatörleri mevcut görev ve sorumluluklarına ek olarak projedeki görevlerini yerine getirmekte zorluk yaşamışlardır. Ayrıca, ilçe koordinatörleri sorumlu doktor olsun veya olmasınlar o yerleşim yerinde tek doktor oldukları takdirde proje faaliyetlerinin poliklinik yapmalarını engellediği için döner sermayeden alacaklarında kayıplara neden olduğunu belirtmişlerdir.

Kadın ölümlerinin kapsamı ve bildirim eksikliği

Birincil kaynakların kadın ölümlerine ilişkin olarak geriye dönük bilgiyi Aralık 2004 için, ileriye dönük bilgiyi de 10 Ocak 2005-10 Şubat 2005 için toplamaları beklenmiştir. Form gönderen yerleşim yerlerinin oranı Aralık ayı için 62, Ocak için de yüzde 58 olmuştur. Nüfus bazında bakıldığında ise yerleşim yeri kapsamı Aralık ve Ocak için sırasıyla yüzde 72 ve yüzde 88'dir.

Aralık ayında 239 defin gerçekleşirken Ocak ayı için bu sayı 373'tür. Bu definler arasından 12-50 yaş grubunda gerçekleşen kadın ölümlerinin sayısı 32'dir. Pilot çalışma süresince 18 sağlık kurumu kayıt incelemesi ve 8 sözel otopsi yapılmış, 2 anne ölümü tespit edilmiştir.

Ocak ayı için bildirim oranı yüzde 88 seviyesinde olmuştur. Nüfusun yüzde 88'ini kapsayan 648 yerleşim yerinden 410'unun bildirim yaptığı anlamına gelmektedir. Aralık ayı için ileriye dönük alınan bilgilerin güvenilirliği geriye dönük toplanan defin bilgilerine oranla daha yüksektir (yüzde 72).

Kent-kır ayrımı ve de kırsal yerleşim yerlerindeki köy ve belediyeler için kapsam yüzdelerine bakıldığında Ocak ayında kentsel yerleşim yerlerindeki nüfusun yüzde 99, kırsal alanlarda ise yüzde 68'i kapsamıştır. Kırsal yerleşim yerleri, belediyesi olan yerler ve köyler olarak iki grupta ele alındığında kapsam yüzdeleri sırasıyla yüzde 66 ve yüzde 53 olmuştur.

Kaba ölüm hızının yaklaşık bir göstergesi olarak düşünülen kaba defin hızlarına da bakılmıştır. Türkiye için yapılan teorik tahminlere göre Kaba Ölüm Hızı binde 4 ila 6 arasında değişmektedir. Kaba Ölüm Hızı, Antalya geneli için binde 3, kent için binde 2.2 ve kır içinde binde 4.9 olarak hesaplanmıştır. Kent-kır için kaba ölüm hızındaki örüntü beklenen şekildedir ancak seviyesi tahmin edilenin altında çıkmıştır. Bu durum, Antalya'nın (10/81) göreceli olarak gelişmişlik düzeyinden veya tesadüfi hata ve dönemsel dalgalanmalardan kaynaklanmaktadır. Başka bir neden de definlerin eksik bildirimi olabilir. TÜİK ve MERNİS verileri ile karşılaştırılarak ve bazı mezarlıklar ziyaret edilerek bu sorunun kaynağı araştırılmıştır.

Ayrıca, 12-50 yaş grubunda gerçekleşen kadın ölümlerinin bütün ölümler içindeki payı da değerlendirilmiştir. Buna göre, Türkiye için bu oranın yüzde 6 civarında olması beklenmektedir (yüzde 4.5 ila 9.5). Antalya geneli için kadın ölümlerinin payı yüzde 6.4, kent için yüzde 7.7 ve kır içinde yüzde 5.1 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçların hepsi beklenen aralıklarda çıkmıştır.

Pilot çalışmanın sonuçları

Toplam için bakıldığında kapsam yüzdeleri tatmin edici bulunmuştur (yüzde 88). Kentsel alanlar için çok yüksek çıkan kapsam yüzdeleri (yüzde 99), kırsal yerleşim yerleri için kabul edilebilir seviyelerdedir (yüzde 68). Bu durum, bu çalışmanın kalkınma bileşkesine sahip olduğunu ancak kırsal alanlar için nüfusa dayalı ölüm kaydının mevcut olmadığını göstermektedir.

Bununla birlikte, kullanılan formlar da değişiklikler yapılarak, eğitimler daha iyi verilerek, daha iyi bir denetleme sistemi kurularak, kişilere bu sistemi öğrenebilmeleri için daha fazla zaman ayırmalarına imkan vererek, formların teslim edilmesi için ayrılan süre uzatılarak, köy muhtarlarının motivasyonunun artırılması amacıyla İçişleri Bakanlığı ile işbirliği yapılarak ve tazeleme eğitimleri düzenlenerek kırsal yerleşim yerlerindeki kapsam yüzdelerinin daha iyi hale getirilmesine çalışılmıştır.

Ancak, diğer illerdeki motivasyonun düşmesi ya da ilerleyen zamanda kapsamın artacağı yerde azalma riskleri de mevcut olmuştur. Gerekli olduğu takdirde, form göndermeyen yerleşim yerlerinin seçilen bütün yerleşim yerleri arasında yanlışlık göstermemesini sağlamak amacıyla kapsam hatası için düzeltme faktörleri de kullanılabilir.

Kaba Ölüm Hızındaki düşüklük yerleşim yerleri bildirim yapıyor olsalar bile (az sayıdaki definler için hiç defin olmadı şeklinde bildirilebiliyor) definlerde eksiklik olduğunu göstermektedir. Bu duruma çare olarak da denetleme faaliyetleri artırılmış, iletişim güçlendirilmiş ve MERNİS/TÜİK verileriyle karşılaştırmalı analizler yapılmıştır.

Kadın ölümlerinin oranına yönelik yapılan hesaplamalar sonucunda ortaya çıkan olumlu sonuçlar ölümlerin bildirildiği yerleşim yerlerinde yaş ve cinsiyet bilgisinin doğru girildiğini (ya da en azından ilgili yaş grubundaki kadınların kaydedilmesi belli bir noktaya kadar eksiklik olmadığını) göstermektedir. Bunun çalışma boyunca sürdürülmesi umulmuştur.

Sonuç olarak, araştırma tasarımının bir sonraki bölümde bahsedilen birtakım değişiklikler yapılarak temel olarak aynen kullanılması önerilmiştir.

Pilot çalışma sırasında veri toplamada kullanılan formlara ilişkin deneyimler

Pilot çalışma sırasında Bölüm 2’de detaylı olarak anlatılan Mezarlık Defin Listesi (MDL) ve Kadın Defin Bildirim Formu (KDBF) kullanılmıştır. Birincil kaynaklar eğitimler ile veri toplama aşamasındaki deneyimler ve aynı zamanda da ilçe koordinatörleri ile yapılan ara değerlendirme ve son değerlendirme toplantıları ile köy muhtarları ile gerçekleştirilen odak grup tartışmaları sırasındaki izlenimlere göre bu formlar (Ek 5 ve 6) gözden geçirilerek birtakım değişiklikler yapılmıştır.

Pilot çalışmadan sonra yapılan başlıca değişiklikler şunlardır:

- MDL’de aynı satırda yer alan ay ve yıl bilgisinin yazıldığı kutuların daha kolay doldurulabilmesi için alt alta gelecek şekilde yerleştirilmiştir. Buna ek olarak ay bilgisinin hem yazıyla hem de sayıyla yazılması için yer ayrılmıştır.
- MDL’de 12-50 yaş arası kadın definleri için adres ve telefon bilgisinin yazıldığı kısmı bu bölüme dikkat çekmek amacıyla gri renkdeyken koyu çizgilerle çerçeve içine alınarak değişiklik yapılmıştır. Bunun esas nedeni ise gri zemin üzerine yazılan bilgilerin faks çekilmesi halinde okunmasında zorluklar yaşanmış olmasıdır. .
-

- birincil kaynakların kendi resmi yazışmalarında beyaz kağıt kullandıkları görülmüştür. Karışıklığı önlemek amacıyla pilot çalışma sonrasında formların renkleri değiştirilmiştir: MDL için sarı kağıt, KDBF için de pembe kağıt kullanılmıştır. Bununla birlikte, formlardan bahsederken MDL veya KDBF demek yerine *sarı form* ya da *pembe form* ifadelerinin kullanılmasının daha anlaşılır ve kolay olacağı düşünülmüştür.
- MDL, 25 defin bilgisinin yazılabileceği her iki yüzü de dolu bir formdur. Birinci sayfanın sonunda “Definleri listelerken lütfen arka sayfaya devam edin” ifadesi, arka sayfasının sonuna da “Ay içindeki defin sayısı 25’ten fazla ise, yeni formun satır numarasını 26 yaparak definleri kaydetmeye devam edin” ifadesi eklenmiştir.
- UAÖÇ’de defin bilgisi esas olduğu için karışıklığı önlemek için Kadın Ölüm Bildirim Formu (KÖBF) yeniden adlandırılarak Kadın Defin Bildirim Formu (KDBF) denmiştir.
- KDBF’na ölen kadının baba adı da eklenmiştir. Bu bilgi sağlık kurumu kayıt incelemesinin yapılması için gerekli olan hasta dosyalarının bulunmasında kolaylık sağlamaktadır.
- KDBF’nin 5. sorusunda “ÖLÜM MEYDANA GELDİĞİ YER SAĞLIK KURUMU DIŞINDA İSE 9. SORUYA ATLAYIN” uyarısı kaldırılarak “ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ YERİN KODUNU DAİRE İÇİNE ALIN” ifadesi kullanılmış ve de sağlık kurumunun tam adının yazıldığı 6. soruya da “SAĞLIK KURUMUNDA ÖLMEMİŞ İSE BU KISMI BOŞ BIRAKIN” ifadesi eklenmiştir.
- Pilot çalışmadaki deneyimlere göre, kadının öldüğünde gebe olup olmadığına dair bilginin alındığı soru tekrardan düzenlenerek bu sorunun sorulamadığı veya cevabının bilinmediği durumlar için “evet”, “hayır” seçeneklerine ek olarak “bilinmiyor” ve “sorulamadı” seçenekleri de eklenmiştir.

Sözel Otopsi SoruKağıdı ile ilgili deneyimler

Antalya’da 8 Kadın Ölümleri SoruKağıdı doldurulmuştur. Ailelerin hemen hemen hepsi bu görüşmelerin yapılmasına beklenmedik şekilde sıcak yaklaşmışlardır. Sadece bir vaka için görüşmenin birkaç gün sonraya ertelenmesi talep edilmiştir. Görüşmelere gidilirken tıp doktorunun da gelmesi eve giriş sırasında kolaylık sağlamıştır. Ancak Kadın Ölümleri SoruKağıdı doldurulurken doktorun eşlik etmesine ihtiyaç duyulmamıştır. Bununla birlikte, soruKağıdına yönelik iyi bir eğitim verildiği taktirde sözel otopsinin erkek görüşmeciler tarafından da yapılabileceği gözlenmiştir. Erkek görüşmeciye ek olarak bir kadın görüşmecinin de bulunması daha tercih edilir bir durum olmuştur.

Sağlık Kurumu Kayıt İnceleme Formu ile ilgili deneyimler

Pilot çalışma sırasında toplam olarak 22 SKKİF doldurulmuştur. İPD ve İK’leri soruKağıdının mantığının anlaşılması ve uygulanması konusunda çok fazla sıkıntı yaşamamışlardır. Hasta dosyasının bulunması ve buradaki bilgilerin soruKağıdına aktarılması her vaka için sorunsuz olarak gerçekleştirilmiştir. Bu işlemler için harcanan süre 20 dakikayı geçmemiştir. Pilot çalışmadan sonra SKKİF’de çok ufak değişiklikler yapılmıştır. En önemli değişiklik 159. soru için söz konusu olmuştur. İlk hazırlanan SKKİF formatının aksine nihai ölüm nedenini belirlemek için ek olarak Kadın Ölümleri SoruKağıdına ihtiyaç olup olmadığına yönelik verilecek karar Merkezi İnceleme Komitesi’ne bırakılmıştır. İK’leri bu sorunun kendileri tarafından cevaplanması halinde ilçedeki hastanelerle aralarındaki güven

ilişkisinin zarar görebileceği yönündeki düşünceleri nedeniyle böyle bir düzenlemeye gidilmiştir.

Pilot çalışma sırasında toplanan niteliksel verinin değerlendirilmesi

Antalya'daki ön deneme sırasında 8 Derinlemesine Görüşme ve bir Odak Grup Tartışması gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler, İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Yerel Yöneticilerin, Belediye Sağlık Birimleri'nin temsilcileri ile mezarlık görevlileri ve muhtarlar (köy muhtarı).¹ ile yapılmıştır. Odak grup tartışması ve derinlemesine görüşmeler, ölüm bilgisinin toplanmasındaki idari prosedürün ve buna ilişkin problemlerin anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Bu görüşmeler sırasında yoğun olarak tekrarlanan başlıca sorunlar şunlardır:

- Son yıllarda çıkan yasa gereğince çevre köylerin daha büyük belediyelere bağlanması konusunun pek çok açıdan belirsizliğini korumakta ve bu geçiş sürecinin hala devam etmesi nedeniyle idari uygulamalar henüz tamamlanamamıştır.
- Muhtarlar ölüm kayıtlarını tutmakta isteksiz olabilmektedirler çünkü buna neden ihtiyaç duyulduğunu anlamamaktadırlar. Bununla birlikte, bu tarz evrak işlerini yapmayı da sevmemektedirler. Bu görevin yerine getirilmemesi durumunda yaptırım söz konusu olsa bile uygulanmamaktadır.
- Ölüm belgesi vermekle yükümlü olan doktorlar çok fazla sorumluluğun kendilerine yüklenmesi nedeniyle genellikle ölen kişinin bedeninde fiziksel inceleme ve/veya muayene yapmadan bu belgeyi düzenlemektedirler.
- Farklı mezarlıklarda görev yapan memurlar arasında kayıt sisteminin daha iyi hale getirilmesi için gerekli olan iletişim yoktur.

Seminere katılan diğer kurumlarla ilişkiler

Antalya ilinde 15-17 Şubat 2005 tarihlerinde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından "Anne Ölümleri Projesi ve Türkiye Sağlık İstatistikleri Sistemi" konulu bir seminer düzenlenmiştir. Bu seminere, TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON ve Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu'nun temsilcileri katılmıştır.

Bu toplantının bir oturumunda Antalya proje ekibi (il proje koordinatörü, il proje araştırmacısı) ve UAÖÇ ekip lideri çalışmanın amacından ve öneminden bahsetmişlerdir. Antalya'daki pilot çalışma için yapılan düzenlemeler ve bu ön çalışmanın sonuçları ile ilgili sunumlar yapılmıştır. Bu seminer, devam eden pilot çalışma faaliyetlerinin paylaşılması ve farklı kurumlardan gelen temsilcilerin bilgilendirilmesi açısından oldukça faydalı olmuştur

¹ Aynur Kara, *ölüm istatistikleri sorumlusu, Antalya Sağlık Müdürlüğü, (22 Aralık 2004)*, Remzi Sadi, *Antalya Valiliği İl Mahalli İdareler Müdürü (23 Aralık 2004)*, Halil İbrahim Kaya, *Antalya İlçe Nüfus Müdürlüğünde ölüm kayıtlarından sorumlu (23 Aralık 2004)*, Dr. Ergun Ekici, *Antalya Büyükşehir Belediyesi Sağlık Birimi Müdürü (24 Aralık 2004)*, Aşur İbat, *Antalya Büyükşehir Belediyesi mezarlıklar sorumlusu (24 Aralık 2004)*, Ahmet Uysal, *Muhtar, Odaönu Manavgat (7 Ocak 2005)*, Muhtar, *(Jan. 7, 2005)*, Dr. Mehmet Kalkan, *Manavgat Belediyesi doktoru (7 Ocak 2005)*.

Odak Grup Tartışması

Antalya’da 9 muhtarla gerçekleştirilen Odak Grup Tartışması önemli ve detaylı bilgiler sağlamıştır. Bu görüşmelerde ön plana çıkan unsurlar şunlardır:

- Eğitimlere yapılan davetlerle ilgili herhangi bir problem yaşanmamıştır. Davetlerin yapılış şekli, eğitimlerin günü ve içeriği bir sorun yaratmamıştır.
- Eğitimler faydalı geçmiştir.
- Formların doldurulması konusunda bir sıkıntı söz konusu olmamıştır. Muhtarlar, formların anlaşılabilir olduğunu belirtmişlerdir.
- Uygulama aşamasının kolay geçtiği söylenebilir.
- Ancak, dağıtılan el kitaplarının okunmadığı tespit edilmiştir.
- Kadın Defin Bildirim Formundaki 8. soruya yönelik eleştiriler ve şikayetler gelmiştir. Bu tarz bir sorunun sorulmasının geleneklerle bağdaşmadığı açıkca dile getirilmiştir. Muhtarlardan biri bu soruyu sorduktan sonra aldığı olumsuz tepkiyi belirtmiştir. Diğer taraftan da 8. soru sorulmadan da köylerde bu sorunun yanıtının bilindiği ifade edilmiştir.
- Muhtarların en temel sıkıntısı il merkezine gelmek konusunda olmuştur. İl merkezine sırf bu formları teslim etmek için geldikleri için finansal açıdan bunu bir yük olarak görmüşlerdir.
- Ancak, muhtarlar devletin resmi makamlarından çağrıldıkları her zamanda il merkezine geldiklerini belirtmişlerdir.
- Sağlık ocakları daha yakın olduğu için formları buralara teslim etmeyi tercih etmişlerdir.
- İl merkezinde bulunan sağlık müdürlüğüne formları getirmek, özellikle de ölüm olmadığı aylar için ciddi bir külfet olarak algılanmıştır.

EK 5 – MEZARLIK DEFİN LİSTESİ

Ay: _____

Yıl: 2 0 0 _____

İl: _____

İlçe: _____

Bucak: _____

Köy: _____



Formu Dolduranın

Görevi: _____

Adı Soyadı: _____

AY İÇİNDEKİ TOPLAM DEFİN SAYISI: _____

12-50 YAŞ ARASI KADIN DEFİN SAYISI: _____

*Ölü doğumlar bu listeye dahil edilmeyecektir. *Kalın çizgili alan sadece 12-50 yaş arasında kadın defni olduğunda kullanılacaktır.

*Eğer ay içerisinde defin gerçekleşmediyse sadece formun üst kısmı doldurulacak ve toplam defin sayısı "0000" olarak doldurularak gönderilecektir..

SATIR NO	Adı Soyadı	Cinsiyeti Erkek: E Kadın: K	Ölüm Yaşı (Eğer 12 aydan daha küçükse "0" yazın)	12-50 Yaş arası Kadın Defni ise	
				Defnedilen Kadının veya Yakınlarının Adresi ve Telefonu	
1				Ev: _____	Cep: _____
2				Ev: _____	Cep: _____
3				Ev: _____	Cep: _____
4				Ev: _____	Cep: _____
5				Ev: _____	Cep: _____
6				Ev: _____	Cep: _____
7				Ev: _____	Cep: _____
8				Ev: _____	Cep: _____
9				Ev: _____	Cep: _____
10				Ev: _____	Cep: _____



11				Ev: _____ Cep: _____
12				Ev: _____ Cep: _____
13				Ev: _____ Cep: _____
14				Ev: _____ Cep: _____
15				Ev: _____ Cep: _____
16				Ev: _____ Cep: _____
17				Ev: _____ Cep: _____
18				Ev: _____ Cep: _____
19				Ev: _____ Cep: _____
20				Ev: _____ Cep: _____
21				Ev: _____ Cep: _____
22				Ev: _____ Cep: _____
23				Ev: _____ Cep: _____
24				Ev: _____ Cep: _____
25				Ev: _____ Cep: _____

Ay içindeki defin sayısı 25'ten fazla ise, yeni formun satır numarasını 26 yaparak definleri kaydetmeye devam edin.

EK 6 – KADIN DEFİN BİLDİRİM FORMU

KADIN DEFİN BİLDİRİM FORMU

Sadece 12-50 yaş kadın definleri için doldurulacaktır .

Defnedilen Kadının Adı Soyadı: _____ MDL Sıra No:
İl: _____ İlçe: _____
Bucak: _____ Köy: _____

1 Ölüm yaşı Baba Adı _____

2 Doğum Tarihi (gün/ay/yıl) 1 9

3 Ölüm Tarihi (gün/ay/yıl) 2 0 0

4 Defin Tarihi (gün/ay/yıl) 2 0 0

5 Ölümün meydana geldiği yer Sağlık Kurumu.....1
(ÖLÜMÜN MEYDANA GELDİĞİ YERİN Diğer (yol, diğer bir kurum)2
KODUNU DAİRE İÇİNE ALIN) Ev3
Bilinmiyor8

6 Sağlık kurumunda ölmüş ise sağlık kurumunun tam adı

(SAĞLIK KURUMUNDA ÖLMEMİŞ İSE BU KISMI BOŞ BIRAKIN)

7 Defnedilen kadının ailesinden veya yakınlarından bilgi verebilecek bir kişinin adı-soyadı, tam adresi ve telefon numaraları

Ev:

Cep:

8 Kadın öldüğünde;

Gebeydi

Evet **Hayır** **Bilmiyor** **Sorulmadı**

Doğum yapıyordu

İsteyerek düşük (Kürtaj) yapıyordu

Kendiliğinden düşük yapıyordu

Lohusalık dönemindeydi (doğumdan, isteyerek ya da kendiliğinden düşükten sonraki 42 gün içindeydi)

9 Ölüm nedeni

Formu Dolduranın

Görevi: _____

Adı Soyadı: _____

EK 7 – SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME FORMU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KADIN ÖLÜMLERİ
SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME FORMU

TANITIM BİLGİLERİ	
KADININ DEFİN EDİLDİĞİ YERLEŞİM YERİ	KADININ ÖLDÜĞÜ YERLEŞİM YERİ
İL _____ <input type="text"/>	İL _____ <input type="text"/>
İLÇE _____ <input type="text"/>	İLÇE _____ <input type="text"/>
BUCAK _____ <input type="text"/>	BUCAK _____ <input type="text"/>
KÖY _____ <input type="text"/>	KÖY _____ <input type="text"/>

ÖLEN KADININ YAŞADIĞI YERLEŞİM YERİ: _____
(İL/İLÇE/BUCAK/KÖY)

ÖLEN KADININ ADI SOYADI: _____	MDL SIRA NO: <input type="text"/>
ÖLDÜĞÜNDEKİ YAŞI <input type="text"/>	BABA ADI: _____
DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL) <input type="text"/>	<input type="text"/>
ÖLÜM TARİHİ (GÜN/AY/YIL) <input type="text"/>	<input type="text"/>
DEFİN TARİHİ (GÜN/AY/YIL) <input type="text"/>	<input type="text"/>

SAĞLIK KURUMUNU ZİYARET / GÖRÜŞME BİLGİLERİ	
SAĞLIK KURUMUN TAM ADI VE ADRESİ: _____	
HASTANE DOSYA NO: _____	
ZİYARET TARİHİ (GÜN-AY) <input type="text"/>	<input type="text"/>
İL PROJE DOKTORU/İLÇE KOORDİNATÖRÜNÜN ADI SOYADI VE KODU _____	<input type="text"/>
SONUÇ KODLARI: 01 KAYIT İNCELEME TAMAMLANDI 02 KADINA AİT DOSYA/KAYIT BULUNAMADI 03 SAĞLIK KURUMU YETKİLİLERİ İŞBİRLİĞİNİ REDDETTİ 96 DİĞER _____ (BELİRTİN)	<input type="text"/>

İL PROJE KOORDİNATÖRÜ	İL PROJE ARAŞTIRMACISI	VERİ GİRİŞİ PERSONELİ (MERKEZDE DOLDURULACAKTIR)
_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>	_____ <input type="text"/>
GÜN-AY <input type="text"/>	GÜN-AY <input type="text"/>	GÜN-AY <input type="text"/>

A. KADINA İLİŞKİN TEMEL ÖZELLİKLER

100	..... hiç okula gitmiş miydi? <i>EVET İSE.....'nin tamamladığı eğitim seviyesi neydi?</i>	EĞİTİMİ YOK/İLKOKULU BİTİRMEMİŞ.....1 İLKÖĞRETİM BİRİNCİ KADEME.....2 İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME.....3 LİSE VE ÜZERİ.....4 BİLİNMIYOR.....8	
101	Medeni durumu nedir?	HİÇ EVLENMEMİŞ .....1 EVLİ.....2 BOŞANMIŞ.....3 DUL (EŞİ ÖLMÜŞ).....4 AYRI YAŞIYOR.....5 BİLİNMIYOR.....8	
102	Ölmeden önceki son 12 ay içinde kendi ev işlerinin dışında herhangi bir işte çalışmış mı?	EVET.....1 HAYIR.....2 BİLİNMIYOR.....8	

B. ÖLÜM YERİNE İLİŞKİN BİLGİLER:

103	Sağlık kurumuna geldiği zaman ölü müydü?	EVET .....1 HAYIR .....2	→ 106
104	Hangi bölümde/serviste öldü?	_____ (BÖLÜM/SERVİS)	
105	Ölüm anında hangi sağlık personeli kadının yanındaydı? (GÖREVİ, ADI SOYADI)	1 _____ 2 _____ 3 _____	

C. KADININ SAĞLIK KURUMUNA GETİRİLMEDEN ÖNCEKİ ÖYKÜSÜ

106	Sağlık kurumuna kabul edildiğinde nereden geliyordu? <i>EĞER BİR SAĞLIK KURUMU/HASTANEDEN GÖNDERİLMİŞSE GELDİĞİ YERİN ADINI YAZIN</i> (SAĞLIK KURUMU/HASTANENİN ADI)	EVDEN .....01 SAĞLIK EVİNDEN SEVK .....02 SAĞLIK OCAĞI/AÇSAP.....03 KAMU HASTANESİNDEN.....04 ÖZEL HASTANEDEN.....05 BAŞKA BİR SAĞLIK KURUMUNDAN.....06 SOKAKTA MEYDANA GELEN BİR OLAY SONUCU.....07 BİLİNMIYOR.....98	→ 106B → 106B
106A	Sevk nedeni neydi?	_____ (BELİRTİN)	
106B	Sağlık kurumuna geldiği zaman gebe miydi, veya lohusalık döneminde miydi (gebelik sona erdikten sonra 42 gün)?	GEBE VE LOHUSA DEĞİL.....01 GEBEYDİ AMA DOĞUM YAPMIYORDU.....02 DOĞUM YAPIYORDU.....03 KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK YAPIYORDU.....04 KENDİSİ DÜŞÜK YAPMAYA ÇALIŞIYORDU.....05 İSTEYEREK DÜŞÜK/KÜRTAJ OLMUŞTU.....06 DOĞUMDAN SONRA 42 GÜN.....07 KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜKTEN SONRA 42 GÜN.....08 KENDİ YAPTIĞI DÜŞÜKTEN SONRA 42 GÜN.....09 İSTEYEREK DÜŞÜK/KÜRTAJDAN SONRA 42 GÜN.....10 BİLİNMIYOR.....98	→ 153 → 113 → 113 → 113 → 110 → 107 → 113 → 113 → 110 → 153

106C	Doğum sancıları kaç dakika/saat sürmüştü?	DAKİKA.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SAAT .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> DOĞUM SANCISI YOKTU.....300 BİLİNMIYOR .....998
113'E GİDİN		
107	Doğum nerede gerçekleşti? (ÖRN. EVDE, SOKAKTA MEYDANA GELEN BİR OLAY SONUCU, BİR SAĞLIK KURUMUNDA, DİĞER VS.)	..... 1 (BELİRTİN) BİLİNMIYOR.....8
108	Doğuma kim yardımcı oldu? (ÖRN. AİLE FERTLERİNDEN BİRİSİ, EĞİTİLMİŞ SAĞLIK PERSONELİ, EBE, DİĞER SAĞLIK PERSONELİ VS.)	..... 1 (BELİRTİN) BİLİNMIYOR.....8
109	Çocuk sağlık kurumuna ulaştığında canlı mı yoksa ölü müydü?	ÖLÜ DOĞUM.....1 CANLI DOĞUM (ÇOCUK YAŞIYOR).....2 CANLI DOĞUM (ÇOCUK ÖLDÜ).....3 BİLİNMIYOR.....8
113'E GİDİN		
110	İsteyerek düşük/kürtaj işlemi nerede gerçekleşti?	ÖZEL MUAYENEHANE.....1 HASTANE .....2 POLİKLİNİK .....3 DİĞER .....7 (BELİRTİN) BİLİNMIYOR.....8
111	İsteyerek düşük/kürtaj işlemini kim gerçekleştirdi? Düşüğü kim yaptırdı? (ÖRN. KENDİSİ, AİLE FERTLERİNDEN BİRİ, EĞİTİLMİŞ SAĞLIK PERSONELİ, DİĞER SAĞLIK PERSONELİ VS.)	..... 1 (BELİRTİN) BİLİNMIYOR.....8
112	İsteyerek düşük yapmak için hangi yöntem kullanıldı?	..... (BELİRTİN) BİLİNMIYOR.....8
113	Gebeliğinin kaçınıcı ayındaydı/haftasındaydı? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, HAFTA VEYA AY OLARAK YAZIN.	HAFTA .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> AY.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLİNMIYOR .....998
114	Ölen kadının toplam kaç gebeliği olmuştu? YOKSA "00" YAZIN. BİLİNMIYORSA "98" YAZIN.	TOPLAM GEBELİK..... <input type="text"/> <input type="text"/>

115	<p>Ölen kadın kaç tane canlı doğum yapmıştı? Bunların kaç kız kaç oğlandı?</p> <p><i>YOKSA "00" YAZIN. BİLİNMIYORSA "98" YAZIN.</i></p>	<p>OĞULLARI <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KIZLARI <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TOPLAM <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
116	<p>Ölen kadının kaç dış gebeliği, kendiliğinden düşüğü, isteyerek düşüğü/kürtajı ve ölü doğumu oldu?</p> <p><i>YOKSA "00" YAZIN. BİLİNMIYORSA "98" YAZIN.</i></p> <p><i>DİKKAT ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİĞİ DE DAHİL EDİN.</i></p>	<p>DIŞ GEBELİKLER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜKLER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>İSTEYEREK DÜŞÜKLER/KÜRTAJLAR <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TOPLAM DÜŞÜKLER <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ÖLÜ DOĞUMLAR <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
121	<p>Son gebeliği sırasında herhangi bir sağlık görevlisinden doğum öncesi bakım alıyor muydu?</p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLİNMIYOR .....8</p>	<p>→ 125</p>
122	<p>Doğum öncesi bakımı kimden aldı?</p>	<p>SAĞLIK PERSONELİ</p> <p>DOKTOR A</p> <p>HEMŞİRE/EBE B</p> <p>DIĞER U</p> <p>(BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR X</p>	
123	<p>Bu gebeliği sırasında ilk defa doğum öncesi bakıma başvurduğunda kaç aylık gebeydi?</p>	<p>AY .....1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>BİLİNMIYOR .....998</p>	
124	<p>Bu gebeliği sırasında doğum öncesi bakım için kaç kez izlendi?</p>	<p>KAÇ KEZ .....1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>BİLİNMIYOR .....998</p>	
125	<p>Gebeliği sırasında herhangi bir komplikasyon meydana geldi mi?</p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLİNMIYOR .....8</p>	<p>→ 127</p>

126	Ne tür komplikasyon(lar) meydana geldi? <i>LÜTFEN BELİRTİN</i>	_____ _____ _____ 1 BİLİNMIYOR..... 8	
127	Mevcut kronik/sistemik bir hastalığı var mıydı? <i>(ÖRN. HİPERTANSİYON, DİYABET, TİROİD BEZLERİNDE BOZUKLUK, VS.)</i>	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8 → 129	
128	Mevcut ne tür bir kronik/sistemik hastalığı vardı? <i>LÜTFEN BELİRTİN</i>	_____ _____ _____ 1 BİLİNMIYOR..... 8	
129	Sağlık kurumuna kabulünde ilk tanı neydi? <i>LÜTFEN BELİRTİN</i>	_____ _____ _____ 1 BİLİNMIYOR..... 8	

D. KADININ SAĞLIK KURUMUNA GETİRİLMESİNDEN SONRAKİ SAĞLIK DURUMU

106B'YE BAKIN: (106B=3)

SAĞLIK KURUMUNA GELDİĞİ ZAMAN
DOĞUM YAPIYORDU

DİĞER DURUMLAR → 130A

130	Doğum olayı gerçekleşmeden ne kadar süre önce kadın sağlık kurumunda müşahade altına alınmıştı? <i>SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, SAAT, GÜN VEYA HAFTA OLARAK YAZIN.</i>	SAAT .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> GÜN.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> HAFTA .....3 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLİNMIYOR .....998	
130A	Ölüm olayı gerçekleşmeden önce kadın ne kadar süre sağlık kurumunda müşahade altında kaldı? <i>SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, SAAT, GÜN VEYA HAFTA OLARAK YAZIN.</i>	SAAT .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> GÜN.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> HAFTA .....3 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLİNMIYOR .....998	

131	Başka hangi bölümlerle konsültasyon yapıldı? <i>LÜTFEN BELİRTİN.</i>	_____	
132	Gebelik nasıl sonuçlandı/sona erdi? <i>SÖYLENENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN.</i>	NORMAL/VAJİNAL .....A VAKUM.....B FORSEPTS.....C SEZERYAN.....D İSTEYEREK DÜŞÜK/KÜRTAJ.....E KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK.....F DIŞ GEBELİK.....G	147
132A		TEKİL DOĞUM.....H ÇOKLU DOĞUM.....J	
133	Çocuğun durumu/APGAR skoru neydi? <i>EĞER APGAR SKORU HESAPLANMIŞSA BUNU YAZIN.</i> <i>HESAPLANMAMIŞSA ÇOCUĞUN DURUMUNU YAZIN.</i>	ÖLÜ DOĞUM.....100 APGAR SKORU.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ 300 BİLİNMIYOR..... 998	
134	Sancıları başladıktan ne kadar süre sonra doğum gerçekleşti? <i>SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, DAKİKA VEYA SAAT OLARAK YAZIN.</i>	DAKİKA.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SAAT.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLİNMIYOR.....998	
135	Sancıları başlatmak veya güçlendirmek için herhangi bir ilaç kullanıldı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	
136	Ölen kadın doğumdan önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra herhangi bir problem/komplikasyon yaşadı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	143
136A	Ne tür bir problemdi/komplikasyondur?	_____ (BELİRTİN)	
137	Doğum öncesi kanama oldu mu? <i>(EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)</i>	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	
138	Doğum sonrası kanama oldu mu? <i>(EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)</i>	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	
139	Eklampsi belirtileri var mıydı? <i>(EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)</i>	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	
140	Üçüncü veya dördüncü derece vajinal yırtılması var mıydı? <i>(EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)</i>	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	

141	Plesanta retansiyonu var mıydı? (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	
142	Puerperal sepsis belirtileri var mıydı? (EL KİTABINDA TANIMLAR BÖLÜMÜNE BAKINIZ)	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	
143	132'YE BAKIN: (132=D) SEZERYAN <input type="checkbox"/> SEZERYAN DEĞİL <input type="checkbox"/>		147
144	Sezeryan için endikasyon neydi? LÜTFEN BELİRTİN	.....1 BİLİNMIYOR.....8	
145	Sezeryan sırasında herhangi bir komplikasyon (anestezi dahil olmak üzere) meydana geldi mi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	147
146	Ne tür bir komplikasyondur? LÜTFEN BELİRTİN	.....1 BİLİNMIYOR.....8	
147	Ne kadar kan verildi? LÜTFEN ÜNİTE OLARAK YAZIN.	KAN NAKİLLERİ .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> VERİLMEDİ.....000 BİLİNMIYOR.....998	
148	Ölümünden önce başka bir komplikasyon yaşanmış mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	150
149	Ne tür bir komplikasyon yaşanmıştı? LÜTFEN BELİRTİN	.....1 BİLİNMIYOR.....8	

149A	<i>106B'YE BAKIN: (106B=3 VEYA 106B=7)</i> DOĞUM SIRASINDA VEYA DOĞUMDAN SONRAKİ 42 GÜN İÇİNDE <input type="checkbox"/>	DİĞER DURUMLAR <input type="checkbox"/>	151
149B	Gerçekleşen komplikasyonlara müdahale etmek için başka neler yapıldı? (ÖRN. PLASENTANIN MÜDAHALEYE ÇIKARILMASI, KASILMA ÖNLEYİCİ İLAÇLAR, ANTİBİYOTİKLER VS.) LÜTFEN BELİRTİN	 100 BİLİNMIYOR.....998	
150	Doğumdan ne kadar süre sonra ölüm olayı gerçekleşti? SEÇENEKLERDEN SADECE BİRİNİ İŞARETLEYEREK, DAKİKA, SAAT VEYA GÜN OLARAK YAZIN.	DAKİKA.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SAAT .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> GÜN.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLİNMIYOR.....988	
151	Ölüme yol açan veya katkıda bulunan diğer gelişmeler nelerdir? LÜTFEN BELİRTİN	 1 BİLİNMIYOR.....8	
152	Kadının ölümünden hemen önceki yaşanan son komplikasyon neydi? (MÜMKÜNSE LÜTFEN TANIMLAYIN)	 	
153	Son tanı/teşhis neydi (hasta dosyası/ölüm belgesinde belirtilen)? (LÜTFEN YAZIN)	 	
154	Ölümün ayrıntıları sağlık kurumu yönetimi arasında/bilimsel komitede tartışıldı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	156

155	Bu tartışmaya göre ölümle ilgili ne tür değerlendirmeler yapıldı/kararlar verildi? <i>LÜTFEN BELİRTİN</i>	..... 1 BİLİNMIYOR.....8	
156	Sizce bu ölüm önlenabilir miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLİNMIYOR.....8	157
156A	Önlenabilir faktörler nelerdi? <i>LÜTFEN BELİRTİN</i>	..... .....
157	Sizce kadının ölümüne yol açan esas sorun neydi? (Doğrudan tıbbi nedenler, örn. dış gebelik; dolaylı/ dolaysız nedenler, örn. hipertansif böbrek hastalığı; tesadüfi nedenler, örn. araba kazası; katkıda bulunan/risk faktörleri, örn. kaynak ve personel kalitesi eksikliği, sağlık kurumunun uzak olması gibi sağlık hizmetleriyle ilgili konular.) <i>LÜTFEN BELİRTİN</i>	..... 1 BİLİNMIYOR.....8	
158	Ölüm belgesini kim verdi/hazırladı/çıkardı? (GÖREVİ, ADI SOYADI) <i>BU BİLGİ DOSYADA YOKSA SAĞLIK KURUMUNUN İLGİLİ KAYITLARINA BAKIN.</i>	ÖLÜME EŞLİK EDEN DOKTOR (MÜDAVİ HEKİM).....1 BAŞKA BİR DOKTOR.....2 DİĞER .....7 (BELİRTİN) BİLİNMIYOR.....8	
159	İncelediğiniz sağlık kayıtları ölüm nedenini belirlemek için yeterli miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2	

LÜTFEN KADININ DOSYASINDAKİ EPİKRİZİN FOTOKOPİSİNİ FORMA EKLEYİN YA DA DOSYADA VEYA EPİKRİZDE ÖNEMLİ BULDUĞUNUZ KONULARI AŞAĞIDAKİ BÖLÜME AYRINTILI OLARAK YAZIN

EK 8 – KADIN ÖLÜMLERİ SORUKAĞIDI

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KADIN ÖLÜMLERİ
SORUKAĞIDI

TANITIM BİLGİLERİ	
<p>_____</p> <p>HANEHALKI REİSİNİN/ÖLÜMÜ BİLDİREN AKRABANIN ADI</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">ÖLEN KİŞİNİN ADI VE SOYADI</p> <p>_____</p> <p>YERLEŞİM YERİ - KENT (1) KIR (2)..... (MERKEZDE DOLDURULACAKTIR)</p> <p>TELEFON _____ / _____</p>	<p>İL _____</p> <p>İLÇE _____</p> <p>BUCAK _____</p> <p>KÖY _____</p> <p>MAHALLE _____</p> <p>SOKAK _____ NO _____</p>

ZİYARET / GÖRÜŞME BİLGİLERİ				
	1	2	3	SON ZİYARET
TARİH (GÜN-AY)	___ ___	___ ___	___ ___	[][] [][]
İL PROJE ARAŞTIRMACISI	_____	_____	_____	[][][]
SONUÇ (*)	___	___	___	[][]
BİR SONRAKİ GÖRÜŞME GÜN-AY SAAT	___ ___	___ ___		TOPLAM ZİYARET SAYISI []

(*) SONUÇ KODLARI	
<p>01 SORUKAĞIDI DOLDURULDU</p> <p>02 ZİYARET SIRASINDA EVDE HANEHALKI YOK VEYA GÖRÜŞÜLEBİLECEK NİTELİKTE KİMSE YOK</p> <p>03 ADRES YANLIŞ</p> <p>04 SONRAYA BIRAKILDI</p> <p>05 GÖRÜŞÜLECEK KİŞİ REDDETTİ</p>	<p>06 KONUTTA, ADRESTE YAŞAYAN YOK/ ADRES KONUT DEĞİL</p> <p>08 KONUT BULUNAMADI</p> <p>09 GÖRÜŞME YARIDA KALDI</p> <p>10 GÖRÜŞME YAPILACAK KİŞİ BELİRLENEMEDİ</p> <p>96 DİĞER _____ (BELİRTİN)</p>

İL PROJE KOORDİNATÖRÜ	İL PROJE DOKTORU/ İLÇE KOORDİNATÖRÜ	VERİ GİRİŞÇİ (MERKEZDE DOLDURULACAKTIR)
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">[][][]</p> <p>GÜN-AY [][] [][]</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">[][][]</p> <p>GÜN-AY [][] [][]</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">[][][]</p> <p>GÜN-AY [][] [][]</p>

BÖLÜM 1A. TANITIM VE GÖRÜŞME YAPILACAK KİŞİNİN BELİRLENMESİ

100	SAATİ YAZIN	SAAT – DAKİKA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	-------------	--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

İyi günler! Benim adım _____, Sağlık Müdürlüğü'nden geliyorum. Kadın ölümlerinin nedenleri ile ilgili bir çalışma yapıyoruz. Başınız sağolsun,'nin (ölen kişi) vefat ettiğini öğrendik. Rahmetli hakkında bazı sorular sormak istiyorum. Rahmetliyle ilgili sorularımızı en doğru biçimde cevaplayabilecek bir kişiye ihtiyacımız var. Lütfen bize bu kişinin/kişilerin kim/kimler olduğunu söyler misiniz? Başka kimler var? **GÖRÜŞME YAPTIĞINIZ KİŞİYİ İLK SIRAYA YAZIN. ÖLEN KADIN HAKKINDA BİLGİ VEREBİLECEK KİŞİLERİ LİSTELEYİN.**

	101	102	103	104	105	106
		Ölen kadın ile akrabalık durumu nedir?	..... 'nin (Ölen Kişi) son hastalığı sırasında yanında mıydı?	..... 'nin (Ölen Kişi) ölümü sırasında yanında mıydı?	..... ölen kadının hanesinde mi yaşıyordu?	ÖLÜM NEDENİ VE SON HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLANLAR İÇİN BU KOLONA BİLGİ DÜZEYLERİ İÇİN 1,2,3. YAZINIZ. AYNI NUMARA AYNI BİLGİ DÜZEYİNE SAHİP İKİ KİŞİ İÇİN KULLANILABİLİR. 1: ÇOK İYİ 2: ORTA DÜZEYDE 3: BİLGİSİ AZ
SIRA NO	KİŞİNİN ADI	KOD LİSTESİNİ KULLANIN				
01		<input type="text"/>	EVET.....1 HAYIR.....2 HASTALIĞI YOKTU.....3 BİLİNMIYOR.....7	EVET.....1 HAYIR.....2	EVET.....1 HAYIR.....2	1 2 3
02		<input type="text"/>	EVET.....1 HAYIR.....2 HASTALIĞI YOKTU.....3 BİLİNMIYOR.....7	EVET.....1 HAYIR.....2	EVET.....1 HAYIR.....2	1 2 3
03		<input type="text"/>	EVET.....1 HAYIR.....2 HASTALIĞI YOKTU.....3 BİLİNMIYOR.....7	EVET.....1 HAYIR.....2	EVET.....1 HAYIR.....2	1 2 3
04		<input type="text"/>	EVET.....1 HAYIR.....2 HASTALIĞI YOKTU.....3 BİLİNMIYOR.....7	EVET.....1 HAYIR.....2	EVET.....1 HAYIR.....2	1 2 3
05		<input type="text"/>	EVET.....1 HAYIR.....2 HASTALIĞI YOKTU.....3 BİLİNMIYOR.....7	EVET.....1 HAYIR.....2	EVET.....1 HAYIR.....2	1 2 3
06		<input type="text"/>	EVET.....1 HAYIR.....2 HASTALIĞI YOKTU.....3 BİLİNMIYOR.....7	EVET.....1 HAYIR.....2	EVET.....1 HAYIR.....2	1 2 3

102 İÇİN ÖLEN KADINA AKRABALIK DÜZEYİ KODLARI				
01 KOCASI	04 KAYINVALİDESİ	07 ELTİ	10 KIZI	13 BÜYÜKBABASI
02 ANNESİ	05 GÖRÜMCESİ	08 ERKEK KARDEŞİ	11 OĞLU	97 DİĞER _____
03 KIZKARDEŞİ	06 BABASI	09 YENGESİ	12 BÜYÜKANNESİ	(BELİRTİN)

ÖLEN KİŞİ VE HASTALIĞI HAKKINDA EN İYİ BİLGİYİ VEREBİLECEĞİNE İNANDIĞINIZ KİŞİYİ SEÇİN VE GÖRÜŞMEYİ BU KİŞİ İLE SÜRDÜRÜN

107	GÖRÜŞME İÇİN SEÇİLEN KİŞİ SATIR NO: <input type="text"/>	YAŞI: <input type="text"/>	CİNSİYETİ: ERKEK.....1 KADIN.....2
	GÖRÜŞME İÇİN SEÇİLEN KİŞİ ÖLEN KADININ HANESİNDE YAŞAMIYOR İSE, GÖRÜŞME YAPMAK İÇİN AÇIK ADRES VE TELEFON BİLGİSİNİ YAZIN: ADRES VE TELEFON:		

BÖLÜM 1B. İZİN

GÖRÜŞMEYE AYNI KİŞİ İLE DEVAM EDİLİYOR İSE:

Görüşme yaklaşık 45 dakika sürecektir. Görüşmeye katılmak zorunda değilsiniz ancak çalışmamıza katılmanız ve sorularımıza cevap vermeniz ülkemizde meydana gelen kadın ölümlerini önlemede bize yardımcı olacaktır. Bize vereceğiniz her cevap gizli kalacak ve sadece bilimsel çalışmalarda ve sağlık hizmetlerini iyileştirmede kullanılacaktır. Bize 'nin kişisel özellikleri ve ölümü hakkında en iyi bilginin sizin sahip olduğunuzu düşünüyoruz. Bu nedenle sizinle konuşmak istiyoruz. Görüşmeyi kabul ediyor musunuz?

108A	GÖRÜŞMEYİ KABUL EDİYOR.....1
	GÖRÜŞMEYİ KABUL ETMİYOR.....2

GÖRÜŞMECİNİN İMZASI:

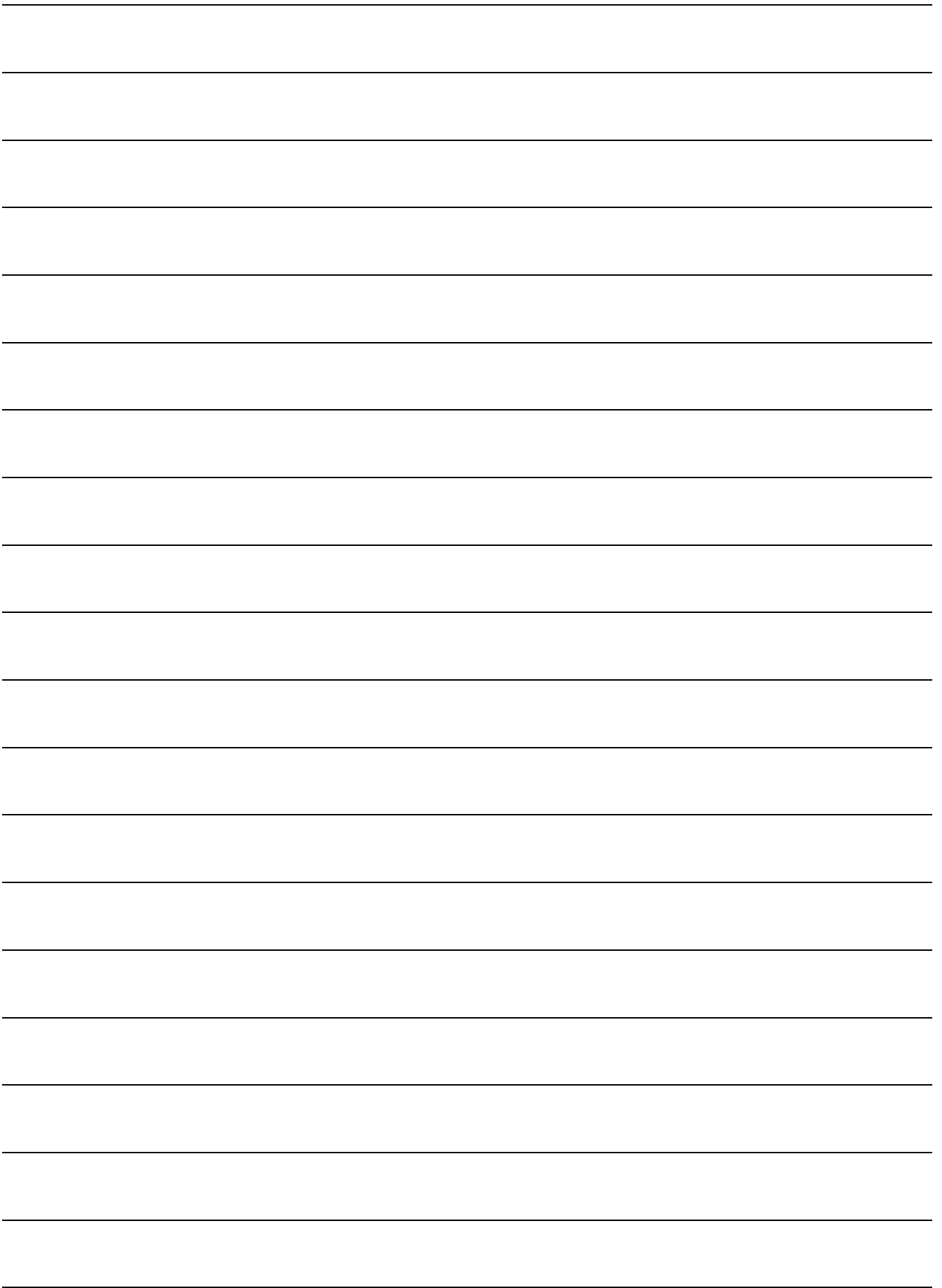
GÖRÜŞMEYE FARKLI BİR KİŞİ İLE DEVAM EDİLİYOR İSE:

İyi günler! Benim adım Sağlık Müdürlüğü'nden geliyorum. Kadın ölümlerinin nedenleri ile ilgili bir çalışma yapıyoruz. Başınız sağolsun, 'nin (ölen kişi) vefat ettiğini öğrendik. Sizinle konuşmak ve size rahmetli hakkında bazı sorular sormak istiyorum.

Görüşme yaklaşık 45 dakika sürecektir. Görüşmeye katılmak zorunda değilsiniz ancak çalışmamıza katılmanız ve sorularımıza cevap vermeniz ülkemizde meydana gelen kadın ölümlerini önlemede bize yardımcı olacaktır. Bize vereceğiniz her cevap gizli kalacak ve sadece bilimsel çalışmalarda ve sağlık hizmetlerini iyileştirmede kullanılacaktır. Bize 'nin kişisel özellikleri ve ölümü hakkında en iyi bilgiye sizin sahip olduğunuz söylendi. Bu nedenle sizinle konuşmak istiyoruz. Görüşmeyi kabul ediyor musunuz?

108A	GÖRÜŞMEYİ KABUL EDİYOR.....1
	GÖRÜŞMEYİ KABUL ETMİYOR.....2

GÖRÜŞMECİNİN İMZASI:



BÖLÜM 2A. ÖLÜMLE İLGİLİ AYRINTILAR

200	Rahmetlinin ölüm tarihi nedir? (GÜN/AY/YIL)	GÜN..... AY..... YIL.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
201	Rahmetli öldüğünde tam olarak kaç yaşındaydı? Kaç yaşını bitirmişti? <i>YAŞIN KESİNLİKLE BELİRLENMESİ GEREKİR!</i>	BİTİRİLMİŞ YAŞ.....	<input type="text"/>
DİKKAT! <i>EĞER KADIN ÖLDÜĞÜNDE 12 YAŞINDAN KÜÇÜK VEYA 50 YAŞINDAN BÜYÜKSE, KDBF İLE OLAN TUTARSIZLIĞI İRDELEYİN VE GEREKLİ DÜZELTMELERİ YAPIN. EĞER 12-50 YAŞ ARASI KADIN ÖLÜMÜ DEĞİLSE GÖRÜŞMEYİ SONLANDIRIN.</i>			
202	Ölümüne neden olan herhangi bir hastalığı/sağlık problemi var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2	→ 209A
203	Ölümüne neden olan bu hastalık/sağlık problemi ne kadar zamandır vardı? <i>EĞER VERİLEN CEVAP 30 GÜN VE DAHA AZ İSE GÜN OLARAK, 24 AYDAN FAZLA İSE YIL OLARAK YAZIN.</i>	GÜN.....1 AY.....2 YIL.....3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	Ölümüne neden olan bu hastalık/sağlık problemi yüzünden hiç hastaneye yatırıldı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 206
205	Kaç kere yatırıldı?	YATIRILMA SAYISI	<input type="text"/>
206	.....ölümüne neden olan bu hastalık/sağlık problemi yüzünden hiç ameliyat oldu mu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 209A
207	Son olduğu ameliyat ne ameliyatıydı?	(AMELİYAT)	

208	Son ameliyatını ölmekten ne kadar önce olmuştu? <i>EĞER VERİLEN CEVAP 30 GÜN VE DAHA AZ İSE GÜN OLARAK, 24 AYDAN FAZLA İSE YIL OLARAK YAZIN.</i>	GÜN.....1 <input type="text"/> AY.....2 <input type="text"/> YIL.....3 <input type="text"/>	
209A	.....'nın ölüm yeri neresidir? Hangi ilde ve ilçede öldü?	İLİN ADI VE KODU _____ <input type="text"/> İLÇE ADI _____	
209B	..... nerede öldü?	HASTANE/DİĞER SAĞLIK KURULUŞU .....1 EV .....2 DİĞER.....7 (BELİRTİN) → 211	
210	Öldüğü hastanenin/sağlık kuruluşunun adı nedir?	_____ (SAĞLIK KURULUŞU ADI)	
211	Herhangi bir yetkili/sağlık personeli size veya bir yakınına .....'nın hangi nedenden/hastalıktan öldüğünü anlattı mı?	EVET .....1 → 212B HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
212A	.....'nın ölüm nedenini/ölümüne neden olan hastalığı biliyor musunuz?	EVET .....1 HAYIR .....2 → 213	
212B	.....'nın ölüm nedeni neydi? <i>BİR DEN FAZLA ÖLÜM NEDENİ BELİRTİLDİYSE, HEPSİNİ SIRASIYLA YAZIN.</i>	_____ _____ _____ _____	

213

Şimdi size rahmetlinin genel sağlık durumuyla ilgili sorular sormak istiyorum.

Daha önce bir doktor veya hemşire tarafından size veya rahmetlinin kendisine, sayacağım hastalıklardan herhangi birine sahip olduğu söylendi mi?

	EVET	HAYIR	BİLMİYOR
A Yüksek Tansiyon.....1		2	8
B Şeker Hastalığı (Diyabet).....1		2	8
C Kalp Hastalığı.....1		2	8
D Sara (Epilepsi).....1		2	8
E Verem (Tüberküloz).....1		2	8
F Astım .....1		2	8
G Anemi (Kansızlık).....1		2	8
H Sarılık (Hepatit).....1		2	8
I Kanser			
.....1		2	8
(BELİRTİN)			
J Diğer sürekli (süreğen -kronik) hastalıklar			
.....1		2	8
(BELİRTİN)			

BÖLÜM 2B. GEBELİĞİN BELİRLENMESİ

214 hiç gebe kalmış mıydı?	EVET1 HAYIR2 BİLMİYOR.....8	→ 400		
215 öldüğünde gebe miydi?	EVET1 HAYIR2 BİLMİYOR.....8	→ 216A		
215A	Öldüğünde kaç aylık gebeydi?	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AY			
216A isteyerek düşük/kürtaj yaparken ya da bu olay sonrasında 42 gün içinde mi öldü?	EVET1 HAYIR2 BİLMİYOR.....8	→ 217A		
216B	Öldüğünde kaç aylık gebeydi?	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AY			
216C	Gebeliğin sona ermesinden kaç gün sonra ölmüştü? <i>AYNI GÜN ÖLDÜ İSE "00" YAZIN.</i>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> GÜN			

229'A GEÇİN

217A kendiliğinden düşük yaparken ya da kendiliğinden düştükten sonraki 42 gün içinde mi öldü?	EVET1 HAYIR2 BİLMİYOR.....8	→ 218A		
217B	Öldüğünde kaç aylık gebeydi?	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AY			
217C	Gebeliğin sona ermesinden kaç gün sonra ölmüştü? <i>AYNI GÜN ÖLDÜ İSE "00" YAZIN.</i>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> GÜN			

231'E GEÇİN

218A	..... doğum sancısı sırasında, doğum sırasında ya da doğumu izleyen 24 saat içinde mi öldü?	EYET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 220A
218B	Öldüğünde kaç aylık gebeydi? <i>DİKKAT: EĞER 6 AYDAN DAHA AZ OLAN BİR AY SÖYLENİRSE KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK OLUP OLMADIĞINI İRDELEYİN. EĞER KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK SIRASINDA MEYDANA GELDİ İSE 217A SORUSUNA DÖNÜN VE GEREKLİ DÜZELTMELERİ YAPIN.</i>	<input type="text"/> AY	
219	Doğum sancuları başlamadan önce mi yoksa sonra mı öldü?	ÖNCE .....1 SONRA .....2 BİLMİYOR.....8	
223'E GEÇİN			

220A	Ölüm olayı lohusalık dönemi içinde mi oldu?	EYET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 222
220B	Öldüğünde lohusalığın kaçınıcı günündeydi? <i>AYNI GÜN ÖLDÜ İSE "00" YAZIN.</i>	<input type="text"/> GÜN	
221	Doğum gebeliğin kaçınıcı ayında oldu?	<input type="text"/> AY	
223'E GEÇİN			

222	215 VE 215A'YA BAKIN:	ÖLDÜĞÜNDE GEBE VE GEBELİK 6 AY VE DAHA FAZLA İSE <input type="checkbox"/> → 223 ÖLDÜĞÜNDE GEBE VE GEBELİK 6 AY DAN DAHA AZ İSE <input type="checkbox"/> → 300 ÖLDÜĞÜNDE GEBE DEĞİL İSE <input type="checkbox"/> → 400	
-----	-----------------------	--	--

223	Doğumda çocuk başla mı, makatla mı veya başka şekilde mi gelmişti?	DOĞUM GERÇEKLEŞMEDİ .....1 SEZARYAN .....2 BAŞLA .....3 MAKATLA.....4 ÖNCE KOLU GELMİŞTİ.....5 DİĞER .....7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	→ 300
-----	--	--	-------

224	Tekil doğum mu yoksa çoğul doğum muydu?	DOĞUM GERÇEKLEŞMEDİ.....1 TEKİL.....2 ÇOĞUL.....3 BİLMİYOR.....8	→ 300 → 228A
225	Doğduğunda bebek canlı mıydı?	CANLI DOĞDU HALEN YAŞIYOR.....1 CANLI DOĞDU FAKAT SONRA ÖLDÜ.....2 ÖLÜ DOĞUM.....3 BİLMİYOR.....8	→ 227 → 227
226	Bebek öldüğü sırada kaç günlüktü/kaç aylıktı? (GÜN VEYA AY OLARAK YAZIN)	GÜN .....1 AY .....2	<input type="text"/> <input type="text"/>
227	Bebeğin cinsiyeti	ERKEK .....1 KADIN.....2 BİLMİYOR.....8	→ 300

228A	HER BİR BEBEK İÇİN SORULARI AYRI AYRI SORUN. ÇOCUKLARIN DOĞUM SIRASI ÖNEMLİ DEĞİLDİR.	1. ÇOCUK	2. ÇOCUK	3. ÇOCUK
228B	Doğduğunda bebek canlı mıydı?	CANLI DOĞDU YAŞIYOR.....1 228D ← CANLI DOĞDU ÖLDÜ.....2 ÖLÜ DOĞUM.....3 228D ← BİLMİYOR.....8	CANLI DOĞDU YAŞIYOR.....1 228D ← CANLI DOĞDU ÖLDÜ.....2 ÖLÜ DOĞUM.....3 228D ← BİLMİYOR.....8	CANLI DOĞDU YAŞIYOR.....1 228D ← CANLI DOĞDU ÖLDÜ.....2 ÖLÜ DOĞUM.....3 228D ← BİLMİYOR.....8
228C	Bebek öldüğü sırada kaç günlüktü/kaç aylıktı? (GÜN VEYA AY OLARAK YAZIN)	GÜN .....1 AY .....2	GÜN .....1 AY .....2	GÜN .....1 AY .....2
228D	Bebeğin cinsiyeti	ERKEK .....1 KADIN.....2 BİLMİYOR.....8	ERKEK .....1 KADIN.....2 BİLMİYOR.....8	ERKEK .....1 KADIN.....2 BİLMİYOR.....8
		2. ÇOCUK HAKKINDA BİLGİLERİ ALMAK İÇİN SORU 228B'YE DÖNÜN VE SORULARI 2. ÇOCUK İÇİN SORUN.	3. ÇOCUK HAKKINDA BİLGİLERİ ALMAK İÇİN SORU 228B'YE DÖNÜN VE SORULARI 3. ÇOCUK İÇİN SORUN. EĞER 2 ÇOCUKTAN FAZLA ÇOCUK YOK İSE 300'E GEÇİN.	EĞER 3'TEN FAZLA ÇOCUK VAR İSE EK SORUKAĞIDINA GEÇİN VE DİĞER ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİLERİ ORAYA KAYDEDİN. EĞER 3 ÇOCUKTAN FAZLA ÇOCUK YOK İSE 300'E GEÇİN.

229	Gebeliği sonlandırmak için nasıl bir yol izlenmişti?	KÜRTAJ YAPTIRDI.....1 İLAÇ ALARAK/İĞNE YAPTIRARAK.....2 KARNINA BASTIRARAK.....3 RAHİM İÇİNE BİR ŞEY SOKARAK.....4 DİĞER.....7 (BELİRTİN) BİLMİYOR .....8	→ 231
-----	--	---	-------

230	<p>Kürtaj (isteyerek düşük) nerede yapıldı?</p> <p>_____</p> <p>(YERİN ADI)</p>	<p>DEVLET SEKTÖRÜ</p> <p>DEVLET/NUMUNE HASTANESİ .....11</p> <p>DOĞUMEVİ .....12</p> <p>AÇSAP MERKEZİ .....13</p> <p>SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ .....16</p> <p>DİĞER 19</p> <p>(BELİRTİN)</p> <p>ÖZEL SEKTÖR</p> <p>ÖZEL HASTANE .....21</p> <p>ÖZEL POLİKLİNİK .....22</p> <p>ÖZEL DOKTOR MUAYENEHANESİ.....23</p> <p>DİĞER 29</p> <p>(BELİRTİN)</p> <p>ÜNİVERSİTE HASTANESİ .....31</p> <p>GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ DERNEK/VAKIF .....41</p> <p>DİĞER 96</p> <p>(BELİRTİN)</p>	
231	<p>Düşüğü kim yaptırdı/sonlandırdı?</p>	<p>DOKTOR.....1</p> <p>HEMŞİRE/EBE.....2</p> <p>KENDİSİ.....3</p> <p>DİĞER 7</p> <p>(BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	
232	<p>Düşükten sonra kötü kokulu vajinal akıntı gelmiş miydi?</p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	
233	<p>Düşükten sonra karında şişlik olmuş muydu?</p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	

BÖLÜM 3. GEBELİK SÖZEL OTOPSİ SORULARI

300	<p>215A, 216A, 217A, 218A VE 220A'YA BAKIN:</p> <p>ÖLDÜĞÜ SIRADA GEBEYDİ/İSTEYEREK VEYA KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK YAPIYORDU/ DOĞUM YAPIYORDU VEYA LOHUSAYDI</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>HİÇBİRİ DEĞİLDİ</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	400
303	Ayak bileğinde şişlik var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
304	Ellerinde şişlik var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
305	Yüzünde şişlik var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
306	Görmesinde bulanıklık var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
306A	Vücudunun tamamında veya herhangi bir yerinde kasılma olmuş muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
307	Tansiyonu ölçüldü mü?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	309
308	Tansiyonu yüksek miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
309	Gebeliğin sonlanmasından önce vajinasında kanama var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	312
310	Kanaması ne kadar sürdü?	1 GÜNDEN AZ.....1 1 GÜN İLE 7 GÜN ARASI.....2 1 HAFTA İLE 1 AY ARASI.....3 1 AYDAN FAZLA.....4 BİLMİYOR.....8	
310A	Kanaması ne kadardı? Çok mu fazlaydı adet kanaması kadar mıydı; daha mı azdı?	ÇOK FAZLA .....1 ADET KANAMASI KADAR.....2 ADET KANAMASINDAN AZ.....3 BİLMİYOR.....8	
311	Kanaması sırasında ağrı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
312	Gebelik sırasında karında kuvvetli ağrılar olmuş muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	

313	216A, 217A, 218A VE 220A'YA BAKIN: ÖLDÜĞÜNDE KENDİLİĞİNDEN VEYA İSTEYEREK DÜŞÜK/KÜRTAJ YAPIYORDU	ÖLDÜĞÜNDE DOĞUM YAPIYORDU VEYA LOHUSAYDI	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	315

314	Ölüm gebeyken aniden mi gerçekleşti?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
-----	--------------------------------------	---	--

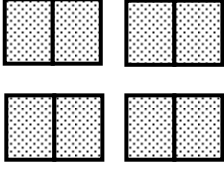
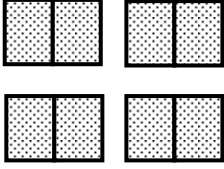
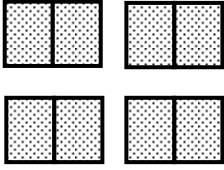
400'E GEÇİN			
-------------	--	--	--

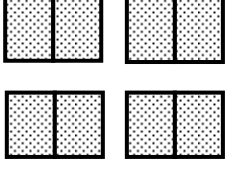
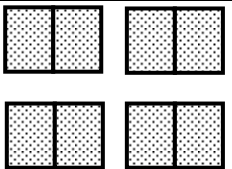
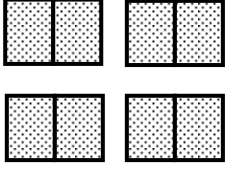
315	Doğum sırasında kanaması var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	319
316	Kanaması ağır mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
318	Kanaması doğumdan önce mi başlamıştı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
319	Doğum sancılarını başlatmak için ilaç alınmış mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
320	Doğum sancuları ne kadar sürdü?	SAAT .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> DİĞER (SAAT VERİLMEZSE) .....997 BİLMİYOR.....998	
322	Doğum sancılarını kuvvetlendirmek için ilaç verilmiş miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
323	Doğumda zorluk yaşandı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
324	Bebeğin eşi (plasenta) gelmiş miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	327
325	Bebeğin eşinin (plasentanın) tümü mü yoksa bir kısmı mı gelmişti?	TÜMÜ .....1 BİR KISMI.....2 BİLMİYOR.....8	
326	Bebeğin eşi (plasenta) doğumdan ne kadar süre sonra gelmişti?	HEMEN SONRA .....1 İLK 30 DAKIKA İÇİNDE.....2 30DAKİKA-1SAAT ARASI.....3 DAHA GEÇ.....4 BİLMİYOR.....8	

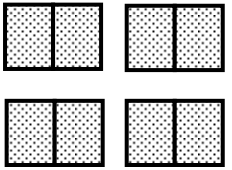
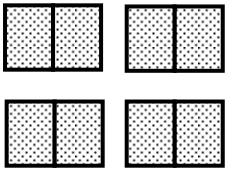
327	Doğumdan sonraki 42 gün içinde ağır kanaması olmuş muydu?	DOĞUM SIRASINDA ÖLDÜ.....0 EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 400
328	Doğumdan sonraki 42 gün içinde kötü kokulu vajinal akıntı gelmiş miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
329	Doğumdan sonraki 42 gün içinde yüksek ateşi var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
329A	Doğumdan sonraki 42 gün içinde alt karın bölgesinde kuvvetli ağrılar var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
330	Doğumdan sonra bacaklarında ağrı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 400
330A	Bahsettiğiniz ağrı rahmetlinin şişmiş olan bir bacağından mı kaynaklanıyordu? <i>HER İKİ BACAĞI BİRDEN ŞİŞMİŞ İSE "HAYIR" SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN.</i>	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	

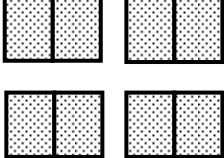
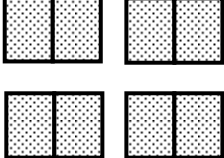
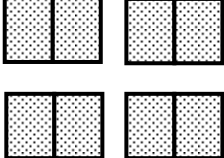
BÖLÜM 4. YETİŞKİN SÖZEL OTOPSİ

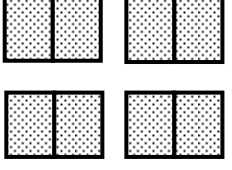
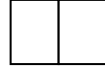
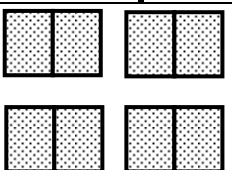
400	Rahmetlinin başından ölümüne sebep olabilecek saldırı/cinayet, trafik kazası, düşme, yangın, soba/şofben zehirlenmesi veya diğer bir olay geçti mi? (EVET İSE): Başından ne geçmişti? <i>DÜŞME, YANGIN, SOBA/ŞOFBEN ZEHİRLENMESİ CEVAPLARININ VERİLMESİ DURUMUNDA, İNTİHAR OLUP OLMADIĞINI İRDELEYİN.</i>	HAYIR .....0 SALDIRI/CİNAYET.....1 TRAFİK KAZASI.....2 DÜŞME.....3 YANGIN.....4 SOBA/ŞOFBEN ZEHİRLENMESİ.....5 DİĞER .....7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	403 403
489'A GEÇİN			

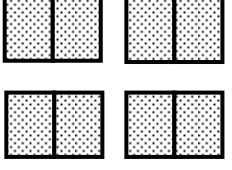
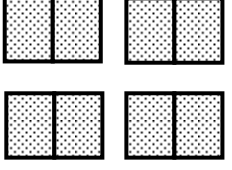
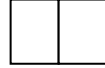
403	..... sizce intihar etmiş olabilir mi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	489
404A	.....'in ölümünden önceki son hastalığı sırasında yüksek ateşi var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	407A
404B	Yüksek ateş ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
407A	.....'in son hastalığı sırasında öksürüğü var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	408A
407B	Öksürük ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
408	Öksürürken ağzından kan geliyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
408A	.....'in son hastalığı sırasında balgam çıkarıyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	410A
408B	Balgam çıkarması ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
409	Balgamında kan var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	

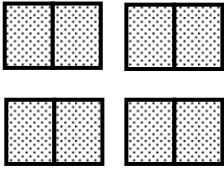
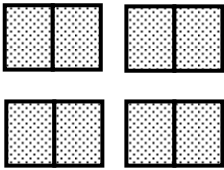
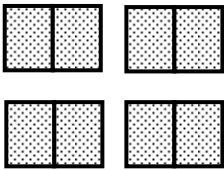
410A	.....'in son hastalığı sırasında nefes darlığı veya nefes almada problemi var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 417A
410B	Nefes darlığı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
411	Nefes problemi sürekli miydi yoksa bitip tekrar mı başlıyordu?	SÜREKLİ .....1 1-2 GÜNDE BİR.....2 SADECE GECELERİ.....3 DİĞER 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	
412	Nefes alırken hırıltısı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
413	Hafif iş yaparken bile nefessiz kalıyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
415	Nefes alırken göğsünde ağrı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
417A	Nefes alıp verme dışında göğüs ağrısı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 421A
417B	Göğüs ağrısı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
418	Ağrı hafif miydi, orta şiddette miydi yoksa şiddetli miydi?	HAFİF .....1 ORTA ŞİDDETTE .....2 ŞİDDETLİ .....3 BİLMİYOR .....8	
421A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) karın ağrısı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 425
421B	Karın ağrısı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
422	Ağrı tam olarak neresindeydi?	ALT KARIN.....1 ÜST KARIN .....2 KARNININ HER TARAFINDA .....3 DİĞER 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	

423	Ağrı sürekli mi, yoksa gelip giden kramplar şeklinde miydi?	GELİP GİDEN KRAMPLAR .....1 SÜREKLİ KARIN AĞIRISI .....2 DİĞER 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR 8	
424	Ağrı hafif miydi, orta şiddette miydi yoksa şiddetli miydi? Ağrının şiddeti neydi?	HAFİF .....1 ORTA ŞİDDETE .....2 ŞİDDETLİ .....3 BİLMİYOR .....8	
425	Karın ve göğüs ağrısının dışında vücudunun başka bir yerinde başka bir ağrısı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	→ 428
426	Ağrı neresindeydi?	İMAN TAHTASINDA .....01 BAŞINDA .....02 KALBİNDE .....03 SOL KOL .....04 SAĞ KOL .....05 SOL BACAĞ .....06 SAĞ BACAĞ .....07 DİĞER 97 (BELİRTİN) BİLMİYOR .....98	
427	Ağrısı şiddetli olduğunda ne kadar sürüyordu?	30 DAKİKADAN DAHA AZ .....1 30 DAKİKA İLE 24 SAAT ARASI .....2 24 SAATTEN FAZLA .....3 BİLMİYOR .....8	
428	.....'in (ÖLEN KİŞİ) baş ağrısı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	→ 431A
429	Baş ağrısı şiddetli miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	
431A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) karnında şişkinlik var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	→ 433A
431B	Karnında şişkinlik ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç Bitiş	
433A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) karnında kitle var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	→ 435A
433B	Karnındaki kitle ölümünden ne kadar önce ortaya çıktı, ölümünden ne kadar önce bu kitle yok oldu? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç Bitiş	

435A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) ayak bileklerinde şişlikler var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 436A
435B	Ayak bileklerinde şişlikler ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
436A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) yüzünde şişlikler var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 437A
436B	Yüzünde şişlikler ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
437A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) boynunda şişlikler var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 438
437B	Boyunda şişlikler ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
438	.....'in (ÖLEN KİŞİ) vücudunun diğer yerlerinde şişlikler var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 439A
438A	Şişlikler neresindeydi? Başka neresindeydi? <i>BELİRTİLENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN</i>	BAŞ.....A AĞIZ.....B ÜST KOL.....C ALT KOL.....D KOLTUK ALTI.....E ELLER.....F GÖĞÜS.....G KASIK.....H ÜST SIRT.....I ALT SIRT.....J KALÇA.....K CİNSEL ORGANLAR.....L SOL BACAK.....M SAĞ BACAK.....N AYAKLAR.....O MEMELER.....P DİĞER.....U	
439A	Vücudunda yara var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 442A
439B	Yarası neresindeydi? Başka neresindeydi? <i>BELİRTİLENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN</i>	BAŞ.....A AĞIZ.....B ÜST KOL.....C ALT KOL.....D KOLTUK ALTI.....E ELLER.....F GÖĞÜS.....G KASIK.....H ÜST SIRT.....I ALT SIRT.....J KALÇA.....K CİNSEL ORGANLAR.....L SOL BACAK.....M SAĞ BACAK.....N AYAKLAR.....O MEMELER.....P DİĞER.....U	

442A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) ishali var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 446
442B	İshal ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
443	İshal sürekli miydi yoksa bitip tekrar mı başlıyordu?	SÜREKLİ.....1 BİTİP BAŞLIYOR.....2 BİLMİYOR.....8	
444	İshalin şiddetli olduğu zamanlarda günde kaç kere büyük abdestini yapıyordunuz?	 GÜNLÜK TUVALETE ÇIKMA SAYISI (Bilmiyor: "98")	
445	Büyük abdestinin görünümü nasıldı?	SULU .....1 YUMUŞAK AMA SULU DEĞİL.....2 BİLMİYOR.....8	
446	Büyük abdestinde kan var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
447	Ölümünden önce büyük abdestini yapabiliyor muydu?	YAPABİLİYORDU.....1 YAPAMIYORDU.....2 BİLMİYOR .....8	
449	İdrar hangi renkteydi?	AÇIK SARI.....1 KOYU SARI.....2 KAHVERENĞİ.....3 PIHTILAŞMIŞ KAN.....4 BİLMİYOR.....8	
450A	Bir günde çıktığı idrar sayısında herhangi bir değişiklik olmuş muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 452
450B	İdrara çıkma sayısındaki değişiklik ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
451	Günde idrara çıkma sayısı normale göre fazla mıydı az mıydı yoksa idrara hiç mi çıkıyordu?	FAZLA.....1 AZ.....2 HİÇ ÇIKMIYORDU.....3 BİLMİYOR.....8	
452	İdrarını yapmada güçlük çekiyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 454A
453	İdrarını yaparken yanma hissi oluyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	

454A	Düzensiz kanaması (vajinal kanama) var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 455A
454B	Düzensiz kanama ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
455A	.....'in (ÖLEN KİŞİ) bulantısı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 459
455B	Bulantı ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
457	Bulantısı şiddetli olduğu zamanlarda günde kaç kere kusuyordu?	 GÜNLÜK KUSMA SAYISI (Bilmiyor: "98")	
458	Kusmuğunun görünümü nasıldı?	SULU SIVI .....1 SARI SIVI .....2 KAHVERENGİ SIVI.....3 KANLI.....4 DİĞER 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	
459	Ölümünden önceki gün ve haftalarda herhangi bir kilo kaybı yaşamış mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 462
460	Bu ciddi bir kilo kaybı mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
462	Ölümünden hemen önce ağzını açmada güçlük yaşıyor muydu?	EVET, GÜÇLÜK YAŞIYORDU.....1 HAYIR, GÜÇLÜK YAŞAMIYORDU.....2 BİLMİYOR.....8	
463A	Yutkunmada güçlük yaşıyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
464A	Ölümünden hemen önce .....'in (ÖLEN KİŞİ) boynu tutulmuş muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	

465A	Ölmeden hemen önce (ÖLEN KİŞİ) havale/kriz geçiriyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 470
466	... 'nın havaleleri/krizleri nasıldı?	TÜM VÜCUDUN TEKRAR TEKRAR ŞİDDETLİ SARSILMASI.....1 DİĞER _____ _____ (BELİRTİN) 7 BİLMİYOR.....8	
469	Bu tür havaleleri/krizleri daha önceden de geçiriyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
470	Ölümünden önce zihinsel olarak normal miydi, zihni bulanık mıydı yoksa şuursuz muydu?	NORMAL.....1 ZİHNİ BULANIK.....2 ŞUURSUZ.....3 DİĞER _____ 7 _____ (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	→ 475A → 475A
471	Bu sorun birdenbire mi, bir gün içerisinde hızlıca mı yoksa birkaç günden fazla bir sürede yavaşça mı başladı?	BİRDENBİRE.....1 BİR GÜN İÇERİSİNDE HIZLICA.....2 BİRKAÇ GÜNDEN FAZLA YAVAŞÇA.....3 BİLMİYOR.....8	
475A	..... 'in (ÖLEN KİŞİ) bütün vücudu kaskatı mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 476A
475B	Bütün vücudunun kaskatı olması ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce bitti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
476A	..... 'ye inme inmiş miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 477A
476B	İnme ölümünden ne kadar önce başladı, ölümünden ne kadar önce inmeden kurtuldu? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	
477A	Konuşmasında bozulma var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	→ 478
477B	Konuşmasında bozulma, ölümünden ne kadar önce başlamış, ölümünden ne kadar süre önce bitmişti? <i>CEVABI VERİLEN TÜRDE KAYDEDİN. TARİH VERİLDİ İSE YAZIN VE HERHANGİ BİR HESAPLAMA YAPMAYIN.</i>	Başlangıç _____ Bitiş _____	

478	Gözlerinde kızarıklık var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
479	.....'in (ÖLEN KİŞİ) göz akları sarı mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
480	Yüzü solgun veya kansız görünüyör müydü?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	
481	Avuç içi solgun görünüyör müydü?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	

489	215, 216A, 217A, 218A VE 220A'YA BAKIN:		
	GEBELİKLE VEYA DOĞUMLA İLGİLİ ÖLÜM	GEBELİKLE VEYA DOĞUMLA İLGİLİ ÖLÜM DEĞİL	600
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	↓	→	
	500		

BÖLÜM 5A. HASTALIK VE TEDAVİ

500	<p>Ölümü öncesinde bir sağlık sorunu veya sağlık sorunu olduğunu gösteren herhangi bir belirti var mıydı?</p> <p><i>GÖRÜŞMENİN BAŞINDA ALDIĞINIZ HASTALIK VE ÖLÜM ÖYKÜSÜNÜ DÜŞÜNEREK GEREKİRSE İRDELEYİN.</i></p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	<p>→ 530</p>
501	<p>.....'nın bir sağlık sorunu olduğunu gösteren belirtiler ölümünden ne kadar önce başlamıştı?</p> <p><i>1 GÜNDEN AZ İSE SAAT, 1 AYDAN AZ İSE GÜN, 1 AYDAN FAZLA İSE AY OLARAK YAZIN.</i></p>	<p>SAAT .....1</p> <p>GÜN.....2</p> <p>AY.....3</p>	
502	<p>Ailesi veya kendisi bu belirtilerin ölümcül olduğunu düşünüyor muydu?</p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	
503	<p>Tedavi için herhangi bir girişimde bulunulmuş muydu?</p>	<p>EVET .....1</p> <p>HAYIR .....2</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	<p>→ 527</p>
504	<p>Tedavi görmesi gerektiğine kim karar vermişti?</p>	<p>KENDİSİ.....1</p> <p>KOCASI.....2</p> <p>AİLESİ.....3</p> <p>DİĞER 7</p> <p>(BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR .....8</p>	
505	<p>Tedavi olmaya karar verinceye kadar ne kadar zaman geçmişti?</p> <p><i>1 GÜNDEN AZ İSE SAAT, 1 AYDAN AZ İSE GÜN, 1 AYDAN FAZLA İSE AY OLARAK YAZIN.</i></p>	<p>SAAT .....1</p> <p>GÜN.....2</p> <p>AY.....3</p>	
506	<p>Karar verdikten ne kadar sonra tedavi oldu?</p>	<p>HEMEN .....1</p> <p>O GÜN İÇİNDE.....2</p> <p>O HAFTA İÇİNDE.....3</p> <p>O AY İÇİNDE.....4</p> <p>TEDAVİ OLMADI.....5</p> <p>BİLMİYOR.....8</p>	<p>→ 508</p> <p>→ 508</p>

507	<p>Neden hemen gitmedi/tedavi olmadı? Başka? SÖYLENEN NEDENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN.</p>	<p>ÖNEMLİ BİR SAĞLIK SORUNU YOKTU.....A YAKINDA SAĞLIK KURULUŞU YOK.....B SAĞLIK KURULUŞUNA/ PERSONELİNE GÜVENSİZLİK.....C SAĞLIK KURULUŞUNDAN YARARLANMADA GÜÇLÜK.....D GELENEKLER/TÖRE.....E MADDİ OLANAKSIZLIK.....F KÖTÜ HİZMET.....G NEREYE GİDECEĞİNİ BİLMİYOR.....H GİDECEK ZAMANI OLMADAN ANİDEN ÖLDÜ.....I</p> <p>DİĞER _____ U (BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR.....X</p>	
508	<p>Tedavi için kaç farklı yere gitti?</p>	<p>YER SAYISI..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TEDAVİ İÇİN BİR SAĞLIK KURULUŞUNA GİTMEDİ.....00 BİLMİYOR.....98</p>	<p>530</p>
509	<p>İlk gittiği yer neresiydi?</p> <p>(YERİN ADI)</p>	<p>DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ.....11 DOĞUMEVİ.....12 AÇSAP MERKEZİ.....13 SAĞLIK OCAĞI.....14 SAĞLIK EVİ.....15 SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ.....16</p> <p>DİĞER _____ 19 (BELİRTİN)</p> <p>ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE.....21 ÖZEL POLİKLİNİK.....22 ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ.....23 ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ).....24</p> <p>DİĞER _____ 29 (BELİRTİN)</p> <p>ÜNİVERSİTE HASTANESİ.....31 GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ.....41 DİĞER _____ 97 (BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR.....98</p>	
510	<p>Burada tedaviyi kimden almıştı?</p>	<p>DOKTOR.....1 HEMŞİRE.....2 DİĞER SAĞLIK PERSONELİ.....4 TEDAVİ ALMADI.....5 BİLMİYOR.....8</p>	
511	<p>Başka bir sağlık kuruluşuna gitmiş miydi?</p>	<p>EVET.....1 HAYIR.....2 BİLMİYOR.....8</p>	<p>515</p>

512	<p>Nereye sevk edilmişti/gitmişti?</p> <hr/> <p>(YERİN ADI)</p>	<p>DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ.....11 DOĞUMEVİ.....12 AÇSAP MERKEZİ.....13 SAĞLIK OCAĞI.....14 SAĞLIK EVİ.....15 SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ.....16</p> <p>DiĞER _____ 19 (BELİRTİN)</p> <p>ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE.....21 ÖZEL POLİKLİNİK.....22 ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ.....23 ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ).....24</p> <p>DiĞER _____ 29 (BELİRTİN)</p> <p>ÜNİVERSİTE HASTANESİ.....31 GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ.....41</p> <p>DiĞER _____ 97 (BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR .....98</p>	
513	<p>Son gittiği yer neresiydi?</p> <hr/> <p>(YERİN ADI)</p>	<p>DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ.....11 DOĞUMEVİ.....12 AÇSAP MERKEZİ.....13 SAĞLIK OCAĞI.....14 SAĞLIK EVİ.....15 SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ.....16</p> <p>DiĞER _____ 19 (BELİRTİN)</p> <p>ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE.....21 ÖZEL POLİKLİNİK.....22 ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ.....23 ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ).....24</p> <p>DiĞER _____ 29 (BELİRTİN)</p> <p>ÜNİVERSİTE HASTANESİ.....31 GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ.....41</p> <p>DiĞER _____ 97 (BELİRTİN)</p> <p>BİLMİYOR .....98</p>	

514	DİKKAT 515 İLE 526 ARASINDAKİ SORULARI TEDAVİ OLDUĞU SON KURUM (SORU 513) İÇİN SORUNUZ		
515	Ölüm 'da mı gerçekleşti?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	→ 517A
516	Oraya ulaştıktan ne kadar süre sonra öldü? 1 SAATTEN AZ İSE DAKİKA, 1 GÜNDEN AZ İSE SAAT OLARAK YAZIN.	DAKİKA .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SAAT .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> GÜN .....3 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....998	
517A	Tedavi olduğu yer 'nın yaşadığı yerleşim yerinde miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	
517B	Tedavi süresince kaldığı yer, tedavi gördüğü yere ne kadar uzaklıktaydı?	AYNI SOKAK, VEYA MAHALLEDE/SEMTTE .....1 YAKIN BAŞKA BİR SEMTTE .....2 UZAK BAŞKA BİR SEMTTE .....3 YAKIN BİR YERLEŞİM YERİNDE .....4 UZAK BİR YERLEŞİM YERİNDE .....5 BİLMİYOR .....8	
518	..... 'e nasıl gitmişti?	AMBULANS İLE .....1 ÖZEL ARAÇ İLE .....2 OTOBÜS/DOLMUŞ İLE .....3 TAKSİ İLE .....4 DİĞER 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR .....8	
519	..... 'e gitmesi ne kadar sürmüştü? 1 SAATTEN AZ İSE DAKİKA OLARAK YAZIN.	DAKİKA .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SAAT .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....998	
520	Araç bulmada güçlük çekti mi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	
521	Tedavi olduğu son yere ulaştıktan ne kadar süre sonra muayene edilmişti? 1 SAATTEN AZ İSE DAKİKA OLARAK YAZIN.	DAKİKA .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SAAT .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....998	

522	Burada ilk muayene kim tarafından yapılmıştı?	DOKTOR.....1 HEMŞİRE.....2 DİĞER SAĞLIK PERSONELİ.....4 TEDAVİ ALMADI.....5 BİLMİYOR.....8	
523	Tedavisi sırasında kan verildi mi?	EVET.....1 HAYIR.....2 BİLMİYOR.....8	
524	Tedavisi sırasında serum verildi mi?	EVET.....1 HAYIR.....2 BİLMİYOR.....8	
525	Tedavi masrafları nasıl karşılandı?	PARA ÖDEMEDİ.....1 SAĞLIK SİGORTASINDAN KARŞILANDI.....2 KENDİSİ/AİLESİ KARŞILADI.....3 BORÇ ALINDI.....4 SENET YAPILDI.....5 DİĞER.....7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	530
526	Toplam tedavi masrafı ne kadar tutmuştu? <i>YTL OLARAK YAZIN.</i> <i>YTL DIŞINDAKİ YANITLAR İÇİN 99997: DİĞER SEÇENEĞİNİ İŞARETLEYİN</i>	MASRAF..... DİĞER.....99997 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....99998	

530'A GEÇİNİZ

527	Tedavi için neden girişimde bulunulmadı? Neden tedavi olmadı? Başka? <i>SÖYLENEN NEDENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN.</i>	NEDENİ YOK.....A YAKINDA SAĞLIK KURULUŞU YOK.....B SAĞLIK KURULUŞUNA/PERSONELİNE GÜVENSİZLİK...C SAĞLIK KURULUŞUNDAN YARARLANMADA GÜÇLÜK.....D PAHALI.....E GELENEKLER/TÖRE.....F ÖNEMLİ BİR SORUNU OLMADIĞI DÜŞÜNÜLDÜ.....G DİĞER.....U (BELİRTİN) BİLMİYOR.....X	
-----	--	--	--

BÖLÜM 5B. GEBELİK, DOĞUM ÖNCESİ BAKIM VE DOĞUM

530	Öldüğü sıradaki gebeliğinden/doğumundan önce canlı doğumu var mıydı?	EVET.....1 HAYIR.....2 →	533
531	Öldüğü sıradaki gebeliğinden/doğumundan önceki son canlı doğumu hangi ay ve yılda gerçekleşti? <i>YIL BİLGİSİ MUTLAKA ALINMALIDIR</i>	AY YIL	

		ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİK VEYA DOĞUM	BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUM (OCAK 1998'TEN SONRAKİ CANLI DOĞUM)
533	<i>SORU 215,216A,217A,218A VE 220A'YA BAKIN</i>	İSİM <input type="checkbox"/> DOĞUM YAPMAMIŞ (KENDİLİĞİNDEN/ İSTEYEREK DÜŞÜK) <input type="checkbox"/> DOĞUM YAPMIŞ (ÖLÜ DOĞUM/ CANLI DOĞUM)	İSİM
534	.....'e gebe iken, gebeliği süresince bilgi almak, danışmak ve kontrol amacıyla kimseye başvurdu mu? <i>(EVET İSE) Kime başvurdu?</i> Başka? <i>BU KİŞİLERİN KİM OLDUĞUNU ÖĞRENİN VE BAŞVURULAN BÜTÜN KİŞİLERİ İŞARETLEYİN.</i>	SAĞLIK PERSONELİ DOKTOR .....A EBE/HEMŞİRE B DİĞER KİŞİLER ARA EBESİ/EBE NİNE D DİĞER U (BELİRTİN) KİMSEYE BAŞVURMAMIŞ.....Y 536 ← BİLMİYOR.....X	SAĞLIK PERSONELİ DOKTOR .....A EBE/HEMŞİRE B DİĞER KİŞİLER ARA EBESİ/EBE NİNE D DİĞER U (BELİRTİN) KİMSEYE BAŞVURMAMIŞ.....Y 536 ← BİLMİYOR.....X
535	Nereye başvurdu? Başka? <i>SÖYLENENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN.</i> (YERİN ADI: ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİK VEYA DOĞUM) (YERİN ADI: BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUM)	DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ..... A DOĞUMEVİ..... B AÇSAP MERKEZİ..... C SAĞLIK OCAĞI..... D SAĞLIK EVİ..... E SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ..... F DİĞER G (BELİRTİN) ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE..... H ÖZEL POLİKLİNİK..... I ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ..... J ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ) K DİĞER M (BELİRTİN) ÜNİVERSİTE HASTANESİ..... N GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ... O DİĞER U (BELİRTİN) BİLMİYOR.....X	DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ..... A DOĞUMEVİ..... B AÇSAP MERKEZİ..... C SAĞLIK OCAĞI..... D SAĞLIK EVİ..... E SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ..... F DİĞER G (BELİRTİN) ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE..... H ÖZEL POLİKLİNİK..... I ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ..... J ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ) K DİĞER M (BELİRTİN) ÜNİVERSİTE HASTANESİ..... N GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ... O DİĞER U (BELİRTİN) BİLMİYOR.....X
		537'YE GEÇİN.	537'YE GEÇİN.

		ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİK VEYA DOĞUM İSİM _____	BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUM (OCAK 1998'TEN SONRA) İSİM _____
536	.....'e gebeliği sırasında doğum öncesi bakım almamasının nedeni neydi? <i>SÖYLENEN NEDENLERİN HEPSİNİ İŞARETLEYİN.</i>	BİR SORUN YOKTU..... A YAKINDA SAĞLIK KURULUŞU YOK..... B SAĞLIK KURULUŞUNA/ PERSONELİNE GÜVENSİZLİK..... C SAĞLIK KURULUŞUNDAN YARARLANMADA GÜÇLÜK..... D GELENEKLER/TÖRE..... E MADDİ OLANAKSIZLIK..... F KÖTÜ HİZMET..... G NEREYE GİDECEĞİNİ BİLMİYOR..... H GİDECEK ZAMANI OLMADAN ÖLDÜ..... I DİĞER..... U (BELİRTİN) BİLMİYOR..... X	BİR SORUN YOKTU..... A YAKINDA SAĞLIK KURULUŞU YOK..... B SAĞLIK KURULUŞUNA/ PERSONELİNE GÜVENSİZLİK..... C SAĞLIK KURULUŞUNDAN YARARLANMADA GÜÇLÜK..... D GELENEKLER/TÖRE..... E MADDİ OLANAKSIZLIK..... F KÖTÜ HİZMET..... G NEREYE GİDECEĞİNİ BİLMİYOR..... H DİĞER..... U (BELİRTİN) BİLMİYOR..... X
		544'E GEÇİN.	545'E GEÇİN.
537	.....'e gebeliği sırasında bahsettiğiniz kişilere (kişiye) ilk başvurduğunda kaç aylık gebeydi?	AY..... <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....98	AY..... <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....98
538	.....'e gebeliği sırasında ilk kez doğum öncesi bakıma gittiğinde, bir sorunu olduğu için mi yoksa sadece gebeliğinin kontrolü için mi gitti?	SORUN VARDI..... 1 OLAĞAN KONTROL/BAKIM 2 <input type="text"/> 540 ← DİĞER..... 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR..... 8 <input type="text"/> 540 ←	SORUN VARDI..... 1 OLAĞAN KONTROL/BAKIM 2 <input type="text"/> 540 ← DİĞER..... 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR..... 8 <input type="text"/> 540 ←
539	Sorun neydi?	..... (BELİRTİN)	..... (BELİRTİN)
540	.....'e gebeliğinde doğum öncesi bakımla ilgili olarak bu kişiye (kişilere) kaç kez görüldü?	KAÇ KEZ..... <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....98	KAÇ KEZ..... <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....98
541	.....'e gebeliğinde bahsettiğiniz kişilere (kişiye) son başvurduğunda kaç aylık gebeydi?	AY..... <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....98	AY..... <input type="text"/> <input type="text"/> BİLMİYOR .....98

		ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİK VEYA DOĞUM İSİM _____	BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUM (OCAK 1998'TEN SONRA) İSİM _____																																								
542	Doğum öncesi kontrollerin herhangi birinde: Tartıldı mı? Boyu ölçüldü mü? Tansiyonuna bakıldı mı? Kan tahlili yapıldı mı? İdrar tahlili yapıldı mı? Karnı ölçüldü mü? Bebegin kalbi dinlendi mi? Ultrason çekildi mi? İçerden/alttan muayene yapıldı mı?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>EVET</td> <td>HAYIR</td> <td>BİLMİYOR</td> </tr> <tr> <td>TARTILDI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BOYU ÖLÇÜLDÜ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TANSİYON.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>KAN TAHLİLİ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>İDRAR TAHLİLİ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>KARNI ÖLÇÜLDÜ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BEBEĞİN KALP ATIŞI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ULTRASON.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>İÇERDEN MUAYENE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		EVET	HAYIR	BİLMİYOR	TARTILDI.....	1	2	8	BOYU ÖLÇÜLDÜ.....	1	2	8	TANSİYON.....	1	2	8	KAN TAHLİLİ.....	1	2	8	İDRAR TAHLİLİ.....	1	2	8	KARNI ÖLÇÜLDÜ.....	1	2	8	BEBEĞİN KALP ATIŞI.....	1	2	8	ULTRASON.....	1	2	8	İÇERDEN MUAYENE.....	1	2	8	
	EVET	HAYIR	BİLMİYOR																																								
TARTILDI.....	1	2	8																																								
BOYU ÖLÇÜLDÜ.....	1	2	8																																								
TANSİYON.....	1	2	8																																								
KAN TAHLİLİ.....	1	2	8																																								
İDRAR TAHLİLİ.....	1	2	8																																								
KARNI ÖLÇÜLDÜ.....	1	2	8																																								
BEBEĞİN KALP ATIŞI.....	1	2	8																																								
ULTRASON.....	1	2	8																																								
İÇERDEN MUAYENE.....	1	2	8																																								
544	533'E BAKIN	KENDİLİĞİNDEN VEYA İSTEYEREK DÜŞÜK İŞE 551'E GEÇİN																																									
545'in doğumu nasıl gerçekleşti? Normal doğum muydu yoksa sezaryen miydi?	SEZARYEN 1 <input type="checkbox"/> 547 ← NORMAL (VAJİNAL) DOĞUM..... 2	SEZARYEN 1 <input type="checkbox"/> 547 ← NORMAL (VAJİNAL) DOĞUM..... 2																																								
546	Doğum sırasında forseps veya vakum kullanıldı mı?	KULLANILMADI..... 1 FORSEPS KULLANILDI..... 2 VAKUM KULLANILDI..... 3 BİLMİYOR 8	KULLANILMADI..... 1 FORSEPS KULLANILDI..... 2 VAKUM KULLANILDI..... 3 BİLMİYOR 8																																								
547'in doğumunu nerede yaptı? <hr/> (YERİN ADI: ÖLDÜĞÜ SIRADAKİ GEBELİK VEYA DOĞUM) <hr/> (YERİN ADI: BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUM)	EV KENDİ EVİ..... 01 BAŞKA EV..... 02 DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ... 11 DOĞUMEVİ..... 12 AÇSAP MERKEZİ..... 13 SAĞLIK OCAĞI..... 14 SAĞLIK EVİ..... 15 SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ..... 16 DİĞER 19 (BELİRTİN) ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE..... 21 ÖZEL POLİKLİNİK..... 22 ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ 23 ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ) 24 DİĞER 29 (BELİRTİN) ÜNİVERSİTE HASTANESİ..... 31 GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ.. 41 DİĞER 97 (BELİRTİN)	EV KENDİ EVİ..... 01 BAŞKA EV..... 02 DEVLET SEKTÖRÜ DEVLET/NUMUNE HASTANESİ... 11 DOĞUMEVİ..... 12 AÇSAP MERKEZİ..... 13 SAĞLIK OCAĞI..... 14 SAĞLIK EVİ..... 15 SSK HASTANESİ/DİSPANSERİ..... 16 DİĞER 19 (BELİRTİN) ÖZEL SEKTÖR ÖZEL HASTANE..... 21 ÖZEL POLİKLİNİK..... 22 ÖZEL DR. MUAYENEHANESİ 23 ÖZEL EBE/HEMŞİRE (SAĞLIK KABİNİ) 24 DİĞER 29 (BELİRTİN) ÜNİVERSİTE HASTANESİ..... 31 GÖNÜLLÜ KURULUŞ/ VAKIF HASTANESİ/KLİNİĞİ. 41 DİĞER 97 (BELİRTİN)																																								

		ÖLÜM SIRASINDAKİ GEBELİK VEYA DOĞUM İSİM _____	BİR ÖNCEKİ CANLI DOĞUM (OCAK 1998'TEN SONRA) İSİM _____
548	.....'in doğumuna kim yardımcı oldu? .....'in doğumunu kim yaptırdı? Başka? <i>KİŞİLERİN KİM OLDUĞUNU ANLAMAK İÇİN İRDELEYİN VE YARDIMCI OLAN BÜTÜN KİŞİLERİ ALMAYA ÇALIŞIN.</i>	SAĞLIK PERSONELİ DOKTOR..... A EBE/HEMŞİRE..... B DİĞER KİŞİLER ARA EBESİ..... D AKRABA/ARKADAŞ..... E DİĞER _____ U (BELİRTİN) HİÇ KİMSE..... Y BİLMİYOR..... X	SAĞLIK PERSONELİ DOKTOR..... A EBE/HEMŞİRE..... B DİĞER KİŞİLER ARA EBESİ..... D AKRABA/ARKADAŞ..... E DİĞER _____ U (BELİRTİN) HİÇ KİMSE..... Y BİLMİYOR..... X
549	<i>547'YE BAKIN:</i> <i>DOĞUMU BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA MI YAPMIŞ?</i>	EVET <input type="checkbox"/> → 551 HAYIR <input type="checkbox"/> ↓	EVET <input type="checkbox"/> → 551 HAYIR <input type="checkbox"/> ↓
550	.....'in doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapmamasının en önemli nedeni nedir?	NEDENİ YOK..... 00 YAKINDA SAĞLIK KURULUŞU YOK..... 01 SAĞLIK KURULUŞUNA/ PERSONELİNE GÜVENSİZLİK..... 02 DOĞUM ANI OLDU..... 03 SAĞLIK KURULUŞUNDAN YARARLANMADA GÜÇLÜK..... 04 PAHALI..... 05 GELENEKLER/TÖRE..... 06 BİR SORUN YOKTU..... 07 DİĞER _____ 97 (BELİRTİN) BİLMİYOR..... 98	NEDENİ YOK..... 00 YAKINDA SAĞLIK KURULUŞU YOK..... 01 SAĞLIK KURULUŞUNA/ PERSONELİNE GÜVENSİZLİK..... 02 DOĞUM ANI OLDU..... 03 SAĞLIK KURULUŞUNDAN YARARLANMADA GÜÇLÜK..... 04 PAHALI..... 05 GELENEKLER/TÖRE..... 06 BİR SORUN YOKTU..... 07 DİĞER _____ 97 (BELİRTİN) BİLMİYOR..... 98
551		<i>530 VE 531'E BAKIN</i> <i>OCAK 1998'DEN SONRA CANLI DOĞUM VARSA SAĞDAKİ SÜTUNDA 533. SORUYA DÖNÜN VE SORULARI BU CANLI DOĞUM İÇİN SORUN.</i> <i>OCAK 1998'DEN SONRA CANLI DOĞUM YOKSA 700'E GEÇİN</i>	<i>700'E GEÇİN</i>

BÖLÜM 7. ÖLEN KADINA AİT TEMEL BİLGİLER

700	..... hiç okula gitmiş miydi? EVET ise.....'nin tamamladığı eğitim seviyesi neydi?	EĞİTİMİ YOK/İLKOKULU BİTİRMEMİŞ.....1 İLKÖĞRETİM BİRİNCİ KADEME.....2 İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME.....3 LİSE VE ÜZERİ.....4 BİLMİYOR.....8	
703A	..... 12 yaşına kadar en uzun süreyle nerede yaşadı? (YERİN ADI) Bu yer o zaman bir il merkezi mi, ilçe merkezi mi, bir bucak ya da köy müydü? Ya da yurt dışında mıydı?	DEFİN EDİLDİĞİ YERLEŞİM YERİ.....0 → 704A İL MERKEZİ.....1 İLÇE MERKEZİ.....2 BUCAK VEYA KÖY.....3 YURTDIŞI.....4 BİLMİYOR.....8 → 704A	
703B	Bu yer şu anda hangi ilde? <i>İLİN ADINI VE KODUNU YAZIN.</i>	İLİN ADI _____ <input type="text"/>	
704A	..... ölümünden önce nerede yaşardı? (YERİN ADI) Bu yer bir il merkezi mi, ilçe merkezi mi, bir bucak ya da köy mü? Ya da yurt dışında mı?	DEFİN EDİLDİĞİ YERLEŞİM YERİ.....0 → 705 İL MERKEZİ.....1 İLÇE MERKEZİ.....2 BUCAK VEYA KÖY.....3 YURTDIŞI.....4 BİLMİYOR.....8 → 705	
704B	Bu yer şu anda hangi ilde? <i>İLİN ADINI VE KODUNU YAZIN.</i>	İLİN ADI _____ <input type="text"/>	
705	.....'nın ana dili neydi? <i>YALNIZCA BİR SEÇENEK İŞARETLEYİN.</i>	TÜRKÇE.....01 KÜRTÇE.....02 ARAPÇA.....03 RUMCA, YUNANCA, ERMENİCE, İBRANİCE (LADİNO).....04 ÇERKEZCE, GÜRCÜCE, LAZCA.....05 RUSÇA, BULGARCA, ROMENCE, SIRPÇA.....06 İNGİLİZCE, ALMANCA, FRANZIZCA.....07 DİĞER.....97 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....98	
706A	Size şimdi.....'nın ölmeden önceki çalışma durumuna ilişkin bazı sorular sormak istiyorum. ölümünden önceki 12 ay içinde kendi ev işlerinin dışında, gelir getirsin veya getirmesin, herhangi bir işte çalıştı mı?	EVET.....1 → 710 HAYIR.....2 BİLMİYOR.....8	
706B	Bildiğiniz gibi bazı kadınlar ufak-tefek şeyler satarlar, pazar yerinde satış yaparlar, para karşılığında ya da para almadan ailenin işyerinde ya da tarlasında çalışırlar, evde dikiş nakış yaparlar, çocuk bakıcılığı, ev temizliği gibi işler yaparlar. ölümünden önceki 12 ay içinde böyle bir işte çalıştı mı?	EVET.....1 HAYIR.....2 BİLMİYOR.....8	

710	214'E BAKIN GEBE KALMIŞ İSE <input type="checkbox"/>	GEBE KALMADI İSE <input type="checkbox"/> →	737
711	Şimdi size 'nın doğumları hakkında sorular sormak istiyorum. hiç canlı doğum yaptı mı?	EVET 1 HAYIR 2 →	718
712	Peki, 'nın doğurduğu ve kendisi ile birlikte oturan oğlu ya da kızı var mıydı?	EVET 1 HAYIR 2 →	714
713	..... 'nın kendisi ile birlikte oturan kaç oğlu vardı? 'nın kendisi ile birlikte oturan kaç kızı vardı? YOKSA "00" YAZIN.	OĞULLARI <input type="text"/> <input type="text"/> KIZLARI <input type="text"/> <input type="text"/>	
714	..... 'nın doğurduğu ve kendisi ile birlikte oturmayan, başka bir yerde yaşayan oğlu ya da kızı var mıydı?	EVET 1 HAYIR 2 →	716
715	..... 'nın kendisi ile birlikte oturmayan kaç oğlu vardı? 'nın kendisi ile birlikte oturmayan kaç kızı vardı? YOKSA "00" YAZIN.	OĞULLARI <input type="text"/> <input type="text"/> KIZLARI <input type="text"/> <input type="text"/>	
716	..... 'nın doğurduğu ama doğumdan sonra ölen hiç erkek ya da kız çocuğu oldu mu? HAYIR CEVABI VERİLİRSE, İŞARETLEMEDEN ÖNCE İRDELEYİN: Doğumdan sonra, bir-iki saat, bir iki gün gibi çok kısa bir süre yaşayan bir bebek de olabilir.	EVET 1 HAYIR 2 →	718
717	..... 'nın toplam olarak kaç erkek çocuğu öldü? Kaç kız çocuğu öldü? YOKSA "00" YAZIN.	ÖLEN ERKEK ÇOCUK <input type="text"/> <input type="text"/> ÖLEN KIZ ÇOCUK <input type="text"/> <input type="text"/>	

718	713,715,VE 717'DEKİ RAKAMLARI TOPLAYIN VE YAZIN EĞER YOKSA "00" YAZIN.	TOPLAM	<input type="text"/>	
719	718'E BAKIN: Sadece emin olmak için soruyorum. TOPLAM olarak _____ canlı çocuk doğurmuş. Bu rakam doğru mu? EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> → İRDELEYİN VE 711-718. SORULARI DÜZELTİN VE DEVAM EDİN			
720	.....hiç (kendiliğinden) düşük yaptı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2		722
721	..... toplam kaç kez (kendiliğinden) düşük yaptı?	KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK SAYISI.....	<input type="text"/>	
722	.....hiç kürtaj oldu mu, isteyerek düşük yaptı mı ya da çocuk aldırdı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2		724
723	..... toplam kaç kez kürtaj oldu (isteyerek düşük yaptı, çocuk aldırdı)?	KÜRTAJ SAYISI.....	<input type="text"/>	
724	..... hiç ölü doğum yaptı mı?	EVET .....1 HAYIR .....2		726
725	..... toplam kaç ölü doğum yaptı?	ÖLÜ DOĞUM SAYISI.....	<input type="text"/>	
726	AŞAĞIDAKİ BİLGİLERİ DİKKATE ALARAK TOPLAM SONUÇLANMIŞ GEBELİK SAYISININ DOĞRU OLDUĞUNDAN EMİN OLUN KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK, KÜRTAJ (İSTEYEREK DÜŞÜK) VE ÖLÜ DOĞUMLA SONUÇLANAN GEBELİKLERİN TOPLAMI: 721, 723 VE 725'E VERİLEN CEVAPLARI TOPLAYIN TOPLAM CANLI DOĞUM SAYISI (718'E BAK) + TOPLAM SONUÇLANMIŞ GEBELİK SAYISI.....		<input type="text"/>	
727	726'YA BAKIN: Doğru yazdığımın emin olmak için soruyorum. ....'nın TOPLAM olarak _____ sonuçlanmış gebeliği olmuş. Bu rakam doğru mu? EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> → İRDELEYİN VE GEREKİYORSA 711-726'YI DÜZELTİN VE DEVAM EDİN.			
728	.....'nın hiç dış gebeliği olmuş muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8		730
729	.....'nın toplam kaç kez dış gebeliği oldu?	DİŞ GEBELİK SAYISI.....	<input type="text"/>	

730	215, 216A, 217A, 218A VE 220A'YA BAKIN: GEBELİKLE VEYA DOĞUMLA İLGİLİ BİR ÖLÜM <input type="checkbox"/>	GEBELİKLE VEYA DOĞUMLA <input type="checkbox"/> İLGİLİ BİR ÖLÜM DEĞİL	737
731	..... veya eşi ölümüne neden olan gebelik öncesinde gebeliği önlemek ya da geciktirmek için herhangi bir usul veya yol kullanıyor muydu?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8	734
732	Hangi usulü kullanıyorlardı? <i>BİRDEN FAZLA USUL SÖYLENİRSE EN ÜST SIRADAKİ USULU İŞARETLEYİN</i>	TÜPLERİN BAĞLANMASI .....01 ERKEĞİN KANALLARININ BAĞLANMASI .....02 HAP .....03 SİRAL .....04 İĞNE/ENJEKSİYON .....05 DERİ ALTI İMPLANTİ/NORPLANT .....06 KONDOM/KAPUT .....07 KADIN KONDOMU .....08 DİYAFRAM/KÖPÜK/JEL/FİTİL .....09 SÜT/EMZİRME İLE KORUNMA .....10 TEHLİKESİZ GÜNLER .....11 GERİ ÇEKME .....12 DİĞER 97 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....98	
733A	..... gebe kalmadan önce usul kullanmayı bıraktı mı, yoksa usul kullanırken mi gebe kaldı?	USUL KULLANMAYI BIRAKTI.....1 KULLANIRKEN GEBE KALDI.....2 BİLMİYOR.....8	734
733B	Kullandıkları usulü neden bıraktılar?	GEBE KALMAK İSTEDİ.....1 USULE İLİŞKİN SORUNLAR.....2 DİĞER 7 (BELİRTİN) BİLMİYOR.....8	
734	..... gebe kalmak istiyor muydu, bu gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdi, yoksa bu gebeliği hiç istememiş miydi?	İSTİYORDU.....1 DAHA SONRA İSTİYORDU.....2 HIÇ İSTEMİYORDU.....3 BİLMİYOR.....8	737
735	Son gebeliği istediğini söylediniz. Peki bu gebeliğin daha önce olmasını ister miydi?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	
736	..... gebe kaldığını öğrendiğinde, bu onun için büyük bir sorun mu, küçük bir sorun mu oldu, yoksa bir sorun olmadı mı?	BÜYÜK BİR SORUN.....1 KÜÇÜK BİR SORUN.....2 BİR SORUN OLMADI.....3 BİLMİYOR.....8	
737	.....hiç evlenmiş miydi? <i>EVLİ GİBİ BİRLİKTE YAŞAYANLARI EVLİ KABUL EDİN.</i>	EVET.....1 HAYIR.....2	742
738	..... öldüğünde medeni durumu neydi? <i>EVLİ GİBİ BİRLİKTE YAŞAYANLARI EVLİ KABUL EDİN.</i>	EVLİ .....1 EŞİ ÖLMÜŞ .....2 BOŞANMIŞ .....3 AYRI YAŞIYOR.....4	742

739	.....'nın kocası kaç yaşında?	BİTİRİLMİŞ YAŞ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
740	..... 'nın kocası hiç okula gitmiş miydi? EVET ise.....'nın kocasının tamamladığı eğitim seviyesi neydi?	EĞİTİMİ YOK/İLKOKULU BİTİRMEMİŞ.....1 İLKÖĞRETİM BİRİNCİ KADEME.....2 İLKÖĞRETİM İKİNCİ KADEME.....3 LİSE VE ÜZERİ.....4 BİLMİYOR.....8		
741	.....'nın kocası .....'nin ölümünden önceki son bir hafta içinde, gelir getirsin veya getirsin, herhangi bir işte çalıştı mı? (HAYIR İSE) Normalde çalıştığı bir işi var mı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR.....8		
742	Şimdi size 'nin konutuna ilişkin bazı sorular sormak istiyorum. .....'nın yaşadığı evde şimdi sayacaklarımdan var mıydı? Buzdolabı Gazlı veya elektrikli fırın Mikrodalga Fırın Bulaşık makinesi Mutfak Robotu, Mikser, Blender DVD/VCD Çalar Çamaşır makinesi Video kamera Ütü Digitürk, CINE 5, Uydu Yayın, vb. Elektrik süpürgesi Televizyon (VAR İSE) Kaç tane? Video Fotoğraf makinesi Kompakt diskli müzik seti Telefon Cep telefonu (VAR İSE) Kaç kişinin cep telefonu var? Bilgisayar İnternet Bağlantısı Özel araba (VAR İSE) Kaç tane? Taksi/Minibüs/Otobüs/Diğer Ticari Araç Traktör Motosiklet Başka ulaşım aracı var mı? (VAR İSE) Hangileri?	YOK VAR BİLMİYOR BUZDOLABI.....0 1 8 GAZLI/ELEKTRİKLİ FIRIN.....0 1 8 MİKRODALGA FIRIN.....0 1 8 BULAŞIK MAKİNESİ.....0 1 8 MUTFAK ROBOTU/MİKSER/BLENDER.....0 1 8 DVD/VCD ÇALAR.....0 1 8 ÇAMAŞIR MAKİNESİ.....0 1 8 VIDEO KAMERA.....0 1 8 ÜTÜ.....0 1 8 DIGITURK, CINE5, UYDU YAYIN, VB.....0 1 8 ELEKTRİK SÜPÜRGESİ.....0 1 8 TELEVİZYON.....0 <input type="text"/> 8 VIDEO.....0 1 8 FOTOĞRAF MAKİNESİ.....0 1 8 KOMPAKT DİSKLİ MÜZİK SETİ.....0 1 8 TELEFON.....0 1 8 CEP TELEFONU.....0 <input type="text"/> 8 BİLGİSAYAR.....0 1 8 İNTERNET BAĞLANTISI.....0 1 8 ÖZEL ARABA.....0 <input type="text"/> 8 TAKSİ/MİNİBÜS/OTOBÜS.....0 1 8 TRAKTÖR.....0 1 8 MOTOSİKLET.....0 1 8 		
743A	..... herhangi bir sağlık sigortası kapsamında mıydı? Sağlık sigortası var mıydı? (VAR İSE) Hangi sağlık sigortası kapsamındaydı?	HAYIR .....0 → 744 SSK .....1 EMEKLİ SANDIĞI.....2 BAĞ KUR.....3 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI.....4 YEŞİL KART.....5 DİĞER.....7 (BELİRTİN) BİLMİYOR .....8 → 744		
743B	Bu sağlık sigortası, rahmetlinin kendisine mi aitti, yoksa kocasının veya diğer aile fertlerinden birinin sağlık sigortasından mı yararlanıyordu?	KENDİSİNE AİT.....1 KOCASI ÜZERİNDEN.....2 AİLE FERTLERİ ÜZERİNDEN.....3 BİLMİYOR .....8		

744	... 'nın nüfus cüzdanı var mıydı?	EVET .....1 HAYIR .....2 BİLMİYOR .....8	
746A	SAATİ YAZIN	SAAT – DAKİKA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
746B	GÖRÜŞME KESİNTİYE UĞRADI MI? EVET İSE, YAKLAŞIK KAÇ DAKİKA?	HAYIR .....000 DAKİKA .....1 <input type="text"/> <input type="text"/>	
747	Size kaybettiğiniz yakınınzla ilgili çeşitli sorular sordum. Bu konuda konuşurken kendinizi nasıl hissettiniz? GÖRÜŞTÜĞÜNÜZ KİŞİNİN SÖYLEDİKLERİNİ AYNEN YAZIN VE YAN TARAF TA UYGUN İŞARETLEMİYİ YAPIN	İYİ/DAHA İYİ .....1 KÖTÜ/DAHA KÖTÜ .....2 AYNI/FARK YOK .....3	
748	SİZE GÖRE YAKINININ ÖLÜMÜ İLE İLGİLİ KONUŞURKEN GÖRÜŞTÜĞÜNÜZ KİŞİ KENDİNİ NASIL HISSETTİ?	İYİ/DAHA İYİ .....1 KÖTÜ/DAHA KÖTÜ .....2 AYNI/FARK YOK .....3	
	TEŞEKKÜR EDEREK SORUKAĞIDINI TAMAMLAMAK ÜZERE KAPAK SAYFASINA DÖNÜN VE GEREKLİ BİLGİLERİ YAZIN.		

YAŞ – DOĞUM YILI TABLOSU

ÖLÜM YILI 2005		
YAŞ	DOĞUM YILI	
	2005'TE DOĞUM GÜNÜNÜ KUTLAMADI	2005'TE DOĞUM GÜNÜNÜ KUTLADI
	BİLMİYOR	
12	1992	1993
13	1991	1992
14	1990	1991
15	1989	1990
16	1988	1989
17	1987	1988
18	1986	1987
19	1985	1986
20	1984	1985
21	1983	1984
22	1982	1983
23	1981	1982
24	1980	1981
25	1979	1980
26	1978	1979
27	1977	1978
28	1976	1977
29	1975	1976
30	1974	1975
31	1973	1974
32	1972	1973
33	1971	1972
34	1970	1971
35	1969	1970
36	1968	1969
37	1967	1968
38	1966	1967
39	1965	1966
40	1964	1965
41	1963	1964
42	1962	1963
43	1961	1962
44	1960	1961
45	1959	1960
46	1958	1959
47	1957	1958
48	1956	1957
49	1955	1956
50	1954	1955
51	1953	1954
52	1952	1953
53	1951	1952
54	1950	1951
55	1949	1950

ÖLÜM YILI 2006		
YAŞ	DOĞUM YILI	
	2006'DA DOĞUM GÜNÜNÜ KUTLAMADI	2006'DA DOĞUM GÜNÜNÜ KUTLADI
	BİLMİYOR	
12	1993	1994
13	1992	1993
14	1991	1992
15	1990	1991
16	1989	1990
17	1988	1989
18	1987	1988
19	1986	1987
20	1985	1986
21	1984	1985
22	1983	1984
23	1982	1983
24	1981	1982
25	1980	1981
26	1979	1980
27	1978	1979
28	1977	1978
29	1976	1977
30	1975	1976
31	1974	1975
32	1973	1974
33	1972	1973
34	1971	1972
35	1970	1971
36	1969	1970
37	1968	1969
38	1967	1968
39	1966	1967
40	1965	1966
41	1964	1965
42	1963	1964
43	1962	1963
44	1961	1962
45	1960	1961
46	1959	1960
47	1958	1959
48	1957	1958
49	1956	1957
50	1955	1956
51	1954	1955
52	1953	1954
53	1952	1953
54	1951	1952
55	1950	1951

İL TRAFİK KODLARI

01 ADANA	21 DİYARBAKIR	41 KOCAELİ	61 TRABZON
02 ADIYAMAN	22 EDİRNE	42 KONYA	62 TUNCELİ
03 AFYON	23 ELAZIĞ	43 KÜTAHYA	63 ŞANLIURFA
04 AĞRI	24 ERZİNCAN	44 MALATYA	64 UŞAK
05 AMASYA	25 ERZURUM	45 MANİSA	65 VAN
06 ANKARA	26 ESKİŞEHİR	46 K.MARAŞ	66 YOZGAT
07 ANTALYA	27 GAZİANTEP	47 MARDİN	67 ZONGULDAK
08 ARTVİN	28 GİRESUN	48 MUĞLA	68 AKSARAY
09 AYDIN	29 GÜMÜŞHANE	49 MUŞ	69 BAYBURT
10 BALIKESİR	30 HAKKARİ	50 NEVŞEHİR	70 KARAMAN
11 BİLECİK	31 HATAY	51 NİĞDE	71 KIRIKKALE
12 BİNGÖL	32 ISPARTA	52 ORDU	72 BATMAN
13 BİTLİS	33 İÇEL	53 RİZE	73 ŞIRNAK
14 BOLU	34 İSTANBUL	54 SAKARYA	74 BARTIN
15 BURDUR	35 İZMİR	55 SAMSUN	75 ARDAHAN
16 BURSA	36 KARS	56 SİİRT	76 IĞDIR
17 ÇANAKKALE	37 KASTAMONU	57 SİNOP	77 YALOVA
18 ÇANKIRI	38 KAYSERİ	58 SİVAS	78 KARABÜK
19 ÇORUM	39 KIRKLARELİ	59 TEKİRDAĞ	79 KİLİS
20 DENİZLİ	40 KIRŞEHİR	60 TOKAT	80 OSMANİYE
90 YABANCI ÜLKE			81 DÜZCE

RUMİ TAKVİME GÖRE İFADE EDİLEN DOĞUM
YILLARININ MİLADİ TAKVİM YILINA
ÇEVİRİLMESİ:

$$\text{RUMİ YIL} + 584 = \text{MİLADİ YIL}$$

EK 9A – MERKEZİ İNCELEME KOMİTESİ DEĞERLENDİRME FORMU

UAÖÇ-Merkezi İnceleme Komitesi Değerlendirme Formu (Anne Ölümü Olan Durumlar)

- Gebelikle ilgili bu ölüm vakasındaki ölüm nedenlerini ve risk faktörlerini belirlemek için Kadın Ölümleri SoruKağıdını ve SKKİ Formunu lütfen dikkatlice değerlendiriniz.
- Birden fazla cevap işaretlenebilir.
- Bu, gizlilik ilkesiyle yürütülen bir araştırmadır: Kendi aranızda dahi gizliliğe dikkat edip koruyunuz.**

A		TANITIM BİLGİLERİ (doldurun)			
1	DEFİN TARİHİ (GÜN/AY/YIL)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	DEFİN YERİ İL _____ İLÇE _____ BUCAK _____ KÖY _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Ölen Kadının Adı				
3a	Ölen Kadının Yaşı	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	KÖS ¹ – Alış Tarihi (gün-ay-yıl)				
5	SKKİ ² Formu - Alış Tarihi (gün-ay-yıl)				
6	Değerlendirme Raporunun Tarihi (gün-ay-yıl)				

B		KÖS/SKKİF ³ 'NİN NİTELİK DEĞERLENDİRMESİ (daire içine alın)	
7	KÖS/SKKİF ³ 'nin kalitesi kötü mü, iyi mi, çok iyi mi?	Çok iyi	1
		İyi	2
		Kötü	3
8	SKKİF ³ 'nin yetersiz olması halinde ek olarak sözel otopsiye ihtiyaç var mı?	Evet	1
		Hayır	2

C		ÖLEN KADININ GEÇMİŞİ		
9a	Öldüğünde gebeydi, lohusaydı veya gebelik sonlanmıştı (uygun seçeneği daire içine alın)	Evet	Hayır	Bilmiyor
Ölüm gerçekleştiğinde kadın, gebe veya lohusa değilse ya da gebeliğin sonlanması durumu yoksa lütfen BÖLÜM H'den devam edin!				

¹ KÖS – KADIN ÖLÜMLERİ SORUKAĞIDI

² SKKİ – SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME

³ SKKİF – SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME FORMU

		NE ZAMAN, NE ZAMANDAN BERİ, BAŞLANGIÇ-BİTİŞ TARİHİ
11	Son (bu) gebeliğin sonlanması/doğumla sonuçlanması ile ilgili ayrıntılar ve komplikasyonlar nelerdi? (diğer sayfadaki kontrol listesine bakın) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
12	Son (bu) gebeliğin sonlanması/doğumla sonuçlanması ile ilgili ayrıntılar ve komplikasyonlar nelerdi? (kontrol listesine bakın) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

12a	Kontrol Listesi (lütfen işaretleyin)		
	Erken Gebelik		Vakum ekstraksiyon
	Laparotomi		Transfüzyon
	Kadının kendisinin başlattığı düşük		Histerektomi
	Tıbbi yöntemlerle yapılan düşük		Plasentanın elle çıkartılması
	Transfüzyon		Diğer
	Histerektomi		Genel Anestezi
	Doğum öncesinde (Antepartum)		Epidural Anestezi
	Versiyon (Fetüse elle pozisyon verme)		Spinal Anestezi
	Transfüzyon		Lokal Anestezi
	Doğum sırasında (Intrapartum)		Ventilasyon
	Müdahaleli doğum		Diğer müdahaleler (belirtin)
	Sezeryan ile doğum		
	Transfüzyon		
	Histerektomi		
	Doğum sonrasında (Postpartum)		
	Laparotomi		

- Birden fazla ölüm nedeni seçebilirsiniz (örneğin bir kadın hem zor doğum hem de uterus rüptürü nedeniyle ölebilir).
- *Lütfen ICD 10 terminolojisini kullanınız

D	ÖLÜM NEDENİ (uygun olan seçeneği işaretleyin)			
D1	DOĞRUDAN ANNE ÖLÜMÜ NEDENLERİ (Bir kadının gebeliği sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelikle ilgili ya da gebeliğin süreci ile ilgili nedenlerle ölmesi)			
	Erken Gebelik Dönemi Ölümler	Hayır	Kesin neden	Olası neden
13	Spontan düşük nedeniyle (O03)			
	İstemli düşük nedeniyle			
14	Kendisi düşük yapmaya çalışıyordu (O05)			
15	Tıbbi yöntemlerle yapılan düşük (O04)			
16	Tanımlanmamış/bilinmeyen düşük nedeniyle (O06)			
17	Dış gebelik nedeniyle (O00)			
18	Kanama nedeniyle (O20.9)			
19	Diğer tanımlanmış erken gebelik dönemi nedenleri (O08) (belirtin*)			
20	Bilinmeyen erken gebelik dönemi nedenleri yüzünden			
	Ödem, Proteinüri ve Hipertansif Bozukluklar			
21	Hamilelikte belirgin proteinüri ile (gebeliğe bağlı) hipertansiyon – Pre-eklampsi (O14)			
22	Hipertansiyon + Konvulziyonlu Proteinüri –Eklampsi (O15)			
23	Tanımlanmamış anne hipertansiyonu (O16)			
	Doğum Öncesinde Kanama (Antepartum Hemoraji) (APH)			
24	Koagülasyon kusuruyla birlikte antepartum hemoraji (O46.0)			
25	Koagülasyon kusuru olmadan antepartum hemoraji (O46.8)			
26	Plasentanın erken ayrılması nedeniyle (Abruptio Placentea) (O45)			
27	Plasenta Previa nedeniyle (O44.0)			
28	Bilinmeyen nedenle antepartum hemoraji (O46.8)			
	Doğum Sırasında Kanama (Intrapartum Hemoraji) (IPH)			
29	Koagülasyon bozukluğu nedeniyle doğum sırasında aşırı kanama (O67.0)			
30	Koagülasyon bozukluğu olmadan doğum sırasında aşırı kanama (O67.8)			
	Doğum Sonrasında Kanama (Postpartum Hemoraji) (PPH)			
31	Postpartum koagülasyon bozuklukları (O72.3)			
32	Koagülasyon bozukluğunun olmadığı postpartum hemoraji (Üçüncü dönem hemoraji) (O72.0)			
33	Atonik uterus nedeniyle PPH (O72.1)			
34	Obstetrik Travma nedeniyle PPH (perineal, vajinal, sevikal laserasyon) (O70, O71)			
35	Plasentanın içerde kalmış kısımları nedeniyle postpartum hemoraji (O72.2)			
36	Bilinmeyen nedenlerle doğum sonrasında kanama (O72)			
	Diğer nedenlerden dolayı ante-, intra-, postpartum ölüm			
37	Doğum esnasında uterus rüptürü (O71.1)			
38	İlerlemeyen doğum (eğer mümkünse nedeni belirtin*) (O64)			
39	Sezeryan ile doğum (O82)			
39a	Elektif sezeryan ile doğum (O82.0)			
39b	Acil sezeryan ile doğum (O82.1)			

		Hayır	Kesin neden	Olası neden
39c	Sezeryan ve histerektomi ile doğum (O82.2)			
40	Anestezi komplikasyonları (O74)			
41	Emboli (O88)			
42	Şok (O75.1)			
43	Böbrek yetmezliği (O75.8)			
44	Kardiak arrest/yetmezlik (O75.8)			
44a	Obstetrik cerrahi ve işlemlerin diğer komplikasyonları (O75.4)			
45	Diğer geç gebelik dönemi ölümü (<i>belirtin*</i>) (O75.8)			
Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar				
46	Düşük ve ektopik gebelik sonrası enfeksiyon (O08.0)			
46a	Amnion enfeksiyonu (O41.1)			
46b	Doğum sürecinde diğer enfeksiyon (O75.3)			
47	Puerperal sepsis (O85)			
48	Puerperal diğer enfeksiyonlar (örn., obstetrik cerrahi yaranın enfeksiyonu, meme enfeksiyonu) (<i>belirtin*</i>) (O86)			
Diğer direkt nedenler				
49	Diğer direkt neden(ler) (<i>belirtin*</i>) (O26.8, O75.9) e.g. renal hastalık			

D2 /3	DİĞER ÖLÜM NEDENLERİ (O99)				
		Hayır	Kesin neden	Olası neden	Doğumla şiddetlenmiş
	Kan ve kan yapan organların hastalıkları nedeniyle ölüm (immünite bozuklukları dahil) (D50-89):				
50	Anemi (akut hemoraji nedenli değil) (O99.1)				
51	Diğer (<i>belirtin*</i>) (D50-89)				
	Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölüm (I00-99):				
52	İskemik kalp hastalıkları (I20-25)				
53	Romatizmal kalp hastalığı – akut ve kronik (I00-05)				
54	Hipertansif hastalıklar (I10-15)				
55	Venöz komplikasyonları (I80)				
56	Dolaşım sisteminin diğer bozuklukları (<i>belirtin*</i>) (O99.4, I95)				
57	Solunum sistemi hastalıkları nedeniyle ölüm (<i>belirtin*</i>) (J00-99, O99.5)				
	Sindirim sistemi hastalıkları nedeniyle ölüm (K00-93):				
58	Hepatitler (B15-19, O99.6, O98.4)				

		Hayır	Kesin neden	Olası neden	Doğumla şiddetlenmiş
59	Diğer (<i>belirtin*</i>) (K00-93):				
	Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar (O99.2):				
60	Diyabet (E10-14, O24)				
61	Diğer endokrin, beslenme veya metabolizma hastalıkları (malnütrisyon dahil olmak üzere) (<i>belirtin*</i>) (E00-90):				
62	Sinir sistemi hastalıkları (örn., epilepsi) (<i>specify*</i>) (G00-99, O99.3)				
63	Mental ve davranışsal bozukluklar (<i>belirtin*</i>) (F00-99, O99.3)				
64	Bazı enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar (<i>belirtin*</i> , <i>örn.</i> , <i>Sıtma</i>) (A00-B99)				
65	Doğrudan gebelikle ilintili olmayan genitoüriner sistem hastalıkları (<i>belirtin*</i>) (N00-99):				
66	Neoplazmlar (<i>belirtin*</i>) (C00-48):				
67	Cinayet				
68	İntihar				
69	Yaralanma (<i>belirtin*</i>) (S00-T98):				
70	Zehirlenme (<i>belirtin*</i>) (T36-65):				
72	Yanma				
73	Trafik Kazası				
74	Düşme				
75	Boğulma				
80	Diğer ölüm nedenleri (<i>belirtin</i>)				

D4 NEDENİ BİLİNMEYEN ÖLÜM	
81	Ölüm nedeni belirlenemiyor

D5	RİSK FAKTÖRLERİ (Anne ölümüne neden olabilecek biyomedikal faktörler ve gerekli standart bakımın yetersizliğine ilişkin faktörler)				
	Bireysel biyomedikal risk faktörleri	Hayır	Kesin	Olası	Bilmiyor
82	örn., sigara içmek, obezite, yaş, doğum sayısı v.s. (belirtin)				
Hanehalkı faktörleri ve toplumsal faktörler (Gerekli standart bakımın yetersizliği 1)					
83	Doğum kontrol yöntemi kullanılmadan istenmeyen gebelik				
84	Sorunun tanımlanmasında gecikme				
85	Sağlık bakımı/televi için başvuruda gecikme				
86	Doğum öncesi bakımın hiç alınmaması				
Sağlık hizmeti verenlerle ilgili faktörler (Gerekli standart bakımın yetersizliği 2)					
87	Düşük nitelikli doğum öncesi bakım				
İlk Tıbbi Hizmet Veren:					
88	Ebe tanı koyamadı				
89	Ebe sorunla başa çıkamadı				
90	Genel Pratisyen tanı koyamadı				
91	Genel Pratisyen sorunla başa çıkamadı				
92	Kadın doğum ekibi tanı koyamadı				
93	Kadın doğum ekibi sorunla başa çıkamadı				
94	Hizmet sağlayıcı sevk edemedi				
İkinci Tıbbi Hizmet Veren (sevk edilen vakalar için):					
95	Kadın doğum ekibi tanı koyamadı				
96	Kadın doğum ekibi sorunla başa çıkamadı				
Sağlık hizmetindeki malzeme/donanım ile ilgili faktörler (Gerekli standart bakımın yetersizliği 3)					
97	Cerrahi personelin olmaması				
98	Anestezi personelinin olmaması				
99	Hemşirenin olmaması				
100	Kanın olmaması				
101	İlacın olmaması (örn., antibiyotik, oksitosin)				
102	Gerekli araç ve gerecin olmaması				
103	Tıbbi malzemenin olmaması (örn., oksijen, tüpler)				
104	Ameliyat odasının müsait olmaması				
105	Destekleyici tanı hizmetlerin olmaması (örn., patoloji, biyokimya, ultrason, radyoloji hizmetleri)				
106	Anestezi hizmetinin olmaması				
107	Yerleşim yeri ile sağlık hizmetleri arasında ulaşımın olmaması				
107a	Sağlık kurumları arasında ulaşımın olmaması				
108	En yakın hastaneye uzak mesafede olması				
108a	Sağlık hizmetindeki iletişim aksaklığı				
Diğer risk faktörleri					
109	(belirtin)				

E KADININ ÖLÜMÜNÜN GEBELİKLE İLİŞKİSİ				
Doğrudan Anne Ölümü Nedenleri				
<i>Bir kadının gebeliği sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelikle ilgili ya da gebeliğin süreci ile ilgili nedenlerle ölmesi</i>				
Dolaylı Anne Ölümü Nedenleri				
<i>Bir kadının gebeliği sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebeliğin veya gebelik sürecinin ağırlaştırdığı nedenlerden dolayı ölmesi</i>				
Gebelikle ilgili olmayan (Tesadüfi) Nedenler				
<i>Bir kadının gebeliği sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelikle veya gebelik süreciyle bağlantısı olmayan raslantısal nedenlerden dolayı ölmesi</i>				
110	Gebeliğe bağlı ölüm (<i>daire içine alın</i>)	Evet	Hayır	Emin değil
111	Doğrudan nedene bağlı anne ölümü	Evet	Hayır	Emin değil
112	Dolaylı nedene bağlı anne ölümü	Evet	Hayır	Emin değil
113	Gebelikle ilgili olmayan (tesadüfi) nedene bağlı ölüm	Evet	Hayır	Emin değil

F GEREKLİ STANDART BAKIMIN YETERSİZLİĞİ				
114	Ölüm sebebi, sağlık bakımındaki gerekli standart bakımın yetersizliği miydi?	Evet	Hayır	Emin değil

G GEBELİĞİN SONUCU İLE İLGİLİ SORULAR (fetüs/bebek) (uygun seçeneği daire içine alın)				
115	Düşük	1		
	Dış gebelik (Ektopik)	2		
	Ölü doğum	3		
	Canlı doğum	4		
	APGAR Skoru (eğer mevcutsa)			
	Canlı doğdu sonra öldü	5		
	Canlı doğdu sonra hastalandı	6		
	Canlı doğdu hala hayatta	7		
	Bilinmiyor	8		

H		ÖLÜM NEDENİ (doldurun)		
		<i>Doğrudan ölüme yol açmış olan olaylar zincirini yazınız-hastalıklar, yaralanmalar, komplikasyonlar. Etiolojisini belirtmeden kardiyak arrest gibi ölümlü tanımlayan durumları YAZMAYINIZ. Kısaltmalar KULLANMAYINIZ. Bir satıra sadece tek bir neden yazınız.</i>		Başlangıcıyla ölüm arasındaki tahmini zaman aralığı (yıl,ay,gün,saat v.s.) (eğer mümkünse cevaplayın)
120	i	ANİ NEDEN (Ölümlü sonuçlanan son hastalık veya durum)	(a) Örn., <i>kardiyak arrest</i>	
			nedeniyle (veya sonucunda)	
121	ii	ALTTA YATAN NEDENLER (Eğer yukarıda bahsedilen nedene yol açan durumlar – hastalıklar, yaralanmalar - varsa ölümlü sonuçlanan olayların başlamasının altında yatan bu durumları – hastalıkları, yaralanmaları - oluş sırasına göre listeleyin)	(b1) Örn., <i>hipovolemik şok</i>	
			(b2) Eğer varsa örn., <i>kafa tramvası</i>	
			nedeniyle (veya sonucunda)	
			(c1) Örn., <i>intra-abdominal kanama</i>	
			(c2) Eğer varsa	
			nedeniyle (veya sonucunda)	
			(d1) Örn., <i>plasentanın erken ayrılması</i>	
			(d2) Eğer varsa	
122	iii	Ölüme sebep olan ancak yukarıda belirtilen nedenlerle sonuçlanmamış diğer önemli biomedikal durumlar	Örn., <i>daha önceden varolan anemi</i>	
123	iv	Ölüme sebep olan gerek standart bakımın yetersizliğine ilişkin önemli faktörler (D5'e bakınız)	Örn., <i>tedavi için başvuruda gecikme, gerekli kan transfüzyonunun yapılamaması</i>	

İnceleme Komitesi tarafından doldurulacaktır!

I		ÖLÜM NEDENİ (doldurun)	
		<i>Doğrudan ölüme yol açmış olan olaylar zincirini yazınız-hastalıklar, yaralanmalar, komplikasyonlar. Etiolojisini belirtmeden kardiyak arrest gibi ölümlü tanımlayan durumları YAZMAYINIZ. Kısaltmalar KULLANMAYINIZ. Bir satıra sadece tek bir neden yazınız.</i>	Başlangıcıyla ölüm arasındaki tahmini zaman aralığı (yıl,ay,gün,saat v.s.) (eğer mümkünse cevaplayın)
124	i	ANİ NEDEN (Ölümlü sonuçlanan son hastalık veya durum)	(a) Örn., <i>kardiyak arrest</i>
			nedeniyle (veya sonucunda)
125	ii	ALTTA YATAN NEDENLER (Eğer yukarıda bahsedilen nedene yol açan durumlar – hastalıklar, yaralanmalar- varsa ölümlü sonuçlanan olayların başlamasının altında yatan bu durumları, hastalıkları, yaralanmaları- oluş sırasına göre listeleysin)	(b1) Örn., <i>hipovolemik şok</i>
			(b2) Eğer varsa <i>örn., kafa tramvası</i>
			nedeniyle (veya sonucunda)
			(c1) Örn., <i>intra-abdominal kanama</i>
			(c2) Eğer varsa
			nedeniyle (veya sonucunda)
			(d1) Örn., <i>plasentanın erken ayrılması</i>
			(d2) Eğer varsa
126	iii	Ölüme sebep olan ancak yukarıda belirtilen nedenlerle sonuçlanmamış diğer önemli biomedikal durumlar	Örn., <i>daha önceden varolan anemi</i>
127	iv	Ölüme sebep olan gerek standart bakımın yetersizliğine ilişkin önemli faktörler (D5'e bakınız)	Örn., <i>tedavi için başvuruda gecikme, gerekli kan transfüzyonunun yapılamaması</i>

**EK 9B – KADIN ÖLÜMLERİ İÇİN MERKEZİ
İNCELEME KOMİTESİ DEĞERLENDİRME FORMU**

UAÖÇ-Merkezi İnceleme Komitesi Değerlendirme Formu

(Anne Ölümü Olmayan Durumlar)

- Gebelikle ilgili bu ölüm vakasındaki ölüm nedenlerini ve risk faktörlerini belirlemek için Kadın Ölümleri SoruKağıdını ve SKKİ Formunu lütfen dikkatlice değerlendiriniz.
- Birden fazla cevap işaretlenebilir.
- Bu, gizlilik ilkesiyle yürütülen bir araştırmadır: Kendi aranızda dahi gizliliğe dikkat edip koruyunuz.**

A		TANITIM BİLGİLERİ (doldurun)			
1	DEFİN TARİHİ (GÜN/AY/YIL)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	DEFİN YERİ İL _____ <input type="text"/> İLÇE _____ <input type="text"/> BUCAK _____ <input type="text"/> KÖY _____ <input type="text"/>	2a MDL SIRA NO: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	Ölen Kadının Adı				
3a	Ölen Kadının Yaşı	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4	KÖS ¹ – Alış Tarihi (gün-ay-yıl)				
5	SKKİ ² Formu - Alış Tarihi (gün-ay-yıl)				
6	Değerlendirme Raporunun Tarihi (gün-ay-yıl)				

B		KÖS/SKKİF'İN NİTELİK DEĞERLENDİRMESİ (daire içine alın)			
7	KÖS/SKKİF ³ 'nin kalitesi kötü mü, iyi mi, çok iyi mi?	Çok iyi	1		
		İyi	2		
		Kötü	3		
8	SKKİF'nin yetersiz olması halinde ek olarak sözel otopsiye ihtiyaç var mı?	Evet	1		
		Hayır	2		

C		ÖLEN KADININ GEÇMİŞİ			
9a	Öldüğünde gebeydi, lohusaydı veya gebelik sonlanmıştı (uygun seçeneği daire içine alın)	Evet	Hayır	Bilmiyor	
Ölüm gerçekleştiğinde kadın, gebe veya lohusa değilse ya da gebeliğin sonlanması durumu yoksa lütfen BÖLÜM H'den devam edin!					

¹ KÖS – KADIN ÖLÜMLERİ SORUKAĞIDI

² SKKİ – SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME

³ SKKİF – SAĞLIK KURUMU KAYIT İNCELEME FORMU

H		ÖLÜM NEDENİ (doldurun)	
		<i>Doğrudan ölüme yol açmış olan olaylar zincirini yazınız-hastalıklar, yaralanmalar, komplikasyonlar. Etiolojisini belirtmeden kardiyak arrest gibi ölümlü tanımlayan durumları YAZMAYINIZ. Kısaltmalar KULLANMAYINIZ. Bir satıra sadece tek bir neden yazınız.</i>	Başlangıcıyla ölüm arasındaki tahmini zaman aralığı (yıl,ay,gün,saat v.s.) (eğer mümkünse cevaplayın)
120	i	ANİ NEDEN (Ölümlü sonuçlanan son hastalık veya durum)	(a) Örn., <i>kardiyak arrest</i>
			nedeniyle (veya sonucunda)
121	ii	ALTTA YATAN NEDENLER (Eğer yukarıda bahsedilen nedene yol açan durumlar – hastalıklar, yaralanmalar - varsa ölümlü sonuçlanan olayların başlamasının altında yatan bu durumları – hastalıkları, yaralanmaları - oluş şurasına göre listeleyin)	(b1) Örn., <i>hipovolemik şok</i>
			(b2) Eğer varsa örn., <i>kafa tramvası</i>
			nedeniyle (veya sonucunda)
			(c1) Örn., <i>intra-abdominal kanama</i>
			(c2) Eğer varsa
			nedeniyle (veya sonucunda)
			(d1) Örn., <i>plasentanın erken ayrılması</i>
			(d2) Eğer varsa
122	iii	Ölüme sebep olan ancak yukarıda belirtilen nedenlerle sonuçlanmamış diğer önemli biomedikal durumlar	Örn., <i>daha önceden varolan anemi</i>
123	iv	Ölüme sebep olan gerekli standart bakımın yetersizliğine ilişkin önemli faktörler (D5'e bakınız)	Örn., <i>tedavi için başvuruda gecikme, gerekli kan transfüzyonunun yapılamaması</i>

Ön İnceleme Komitesi'nin Genel Yorumları:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vakayı inceleyen Ön İnceleme Komitesi üyelerinin isimleri ve imzaları:

	Ad-Soyad	İmza
1
2

Ek 10 – DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGELERİ

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-1 (NÜFUS VE VATANDAŞLIK İŞLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE İŞ DENEYİMİ

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
- Daha önce çalışılan işler (kısaca)
- Kurumda çalışma süresi, hangi pozisyonlarda ne kadar süre ile çalışıldığı
- Kurumdaki işini yapmaktan memnun mu?

2. KURUM İÇİ VE KURUMLARARASI İLİŞKİLER

Genel Müdürlük

- Mernis projesi hakkında kısa bilgi (tarihi, ne zaman başladı, yapılması düşünülen değişiklikler vb.)
- Genel müdürlük personelinin nitelik ve sayısı (yeterli mi?demografi bilgisine hakim uzman var mı? Personelin motivasyonu nasıl?, yönetici profili nasıl? vb.)
- İletişimde olduğu TUIK, Genel Kurmay, vergi daireleri gibi kurumlarla arasındaki ilişkilerde yaşananlar (veri akışı, verilerin doğruluğu ve eksikliği)
- Genel müdürlüğün insan kaynakları planlamasına yaklaşımı, genel müdürlük içindeki koordinasyon
- Genel müdürlük personeline yönelik hizmet içi eğitimler, motivasyonu artırıcı eğitimler

İl ve İlçe Nüfus Müdürlükleri

- İl ve ilçe nüfus müdürlüklerinde çalışan personelin niteliği, sayısı
- İl ve ilçelerdeki nüfus müdürlükleri ile iletişim (sıklığı, niteliği?)
- İl ve ilçelerden gelen verilerin bildiriminde sorunlar (eksik ve yanlış bildirim)
- İl ve ilçe müdürlüklerinden bildirilen sorunlar (Varsa ne tür sorunlar?)
- İl ve ilçelere yönelik eğitimler, toplantılar

3. MEVCUT KAYIT SİSTEMİNİN DURUMU

- Var olan kayıt sisteminin teorik ve pratik sorunları
- Yasa ve yönetmeliklerin yeterliliği (bu konuda sıkıntı varsa, değiştirilmesine yönünde girişim var mı?)
- Pratik sorun alanları (varsa)
- Veri kalitesi, verilerinin değerlendirilmesi (kadın, erkek, çocuk ve bebek ölüm sayılarında farklılaşma gözleniyor mu?)
- Pratik sorunlara yönelik geliştirilen çözümler
- Eksik bildirimlerin kaynağı
- Mernis sisteminin iyileştirilmesi ve gelişmesi için öneriler

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-2 (SAĞLIK BAKANLIĞI)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE İŞ DENEYİMİ

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
- Daha önce çalışılan işler (kısaca)
- Kurumda çalışma süresi, hangi pozisyonlarda ne kadar süre ile çalışıldığı
- Kurumdaki işini yapmaktan memnun mu?

2. KURUM İÇİ VE KURUMLARARASI İLİŞKİLER

Genel Müdürlük

- Sağlık Bakanlığı'nın kayıt sistemi hakkında kısa bilgi (ETF'ler, yapılması düşünülen değişiklikler vb.)
- Sağlık Bakanlığı'nın kayıt işlerinden sorumlu personelinin nitelik ve sayısı (Personelin motivasyonu nasıl?, yönetici profili nasıl? vb.)
- İllerle iletişim konusunda yaşananlar (veri akışı, verilerin doğruluğu ve eksikliği)
- Genel müdürlüğün insan kaynakları planlamasına yaklaşımı, genel müdürlük içindeki koordinasyon, hizmet içi eğitimler, motivasyonu artırıcı eğitimler
- Anne Ölümleri projesinden Bakanlığın beklentileri (özellikle İçişleri Bakanlığı ile ilişkiler)

İl Sağlık Müdürlükleri

- İl sağlık müdürlüklerinde çalışan personelin niteliği, sayısı ve GM ile ilişkiler
- İl müdürlüklerinden gelen verilerin bildiriminde sorunlar (eksik ve yanlış bildirim)
- İl sağlık müdürlüklerinden bildirilen sorunlar (Varsa ne tür sorunlar?)
- İl sağlık müdürlüğü çalışanlarına yönelik eğitimler, toplantılar vb.

3. MEVCUT KAYIT SİSTEMİNİN DURUMU

- Var olan kayıt sisteminin teorik ve pratik sorunları
- Yasa ve yönetmeliklerin yeterliliği (bu konuda sıkıntı varsa, değiştirilmesine yönünde girişim var mı? , aile hekimliğinin konusunun getirecekleri, SSK ve diğer kurumların birleşmesinin etkileri)
- Veri kalitesi, verilerinin değerlendirilmesi (kadın, erkek, çocuk ve bebek ölüm sayılarında farklılaşma gözleniyor mu?)
- Pratik sorunlara yönelik geliştirilen çözümler, eksik bildirimlerin kaynağı
- Ölüm nedenleri konusunda yapılacak yeni uygulamaların getirisi
- Sağlık Bakanlığı'nın ölüm nedenleri konusundaki duyarlılık düzeyi
- Defin ruhsatının verilmesi konusunda kimlerin sorumlu olduğu (özellikle hastanelerde doktorların bu konuya duyarlılığı, doktor sayısının yeterliliği, doktorların yaklaşımı vb.)
- Sağlık Bakanlığı'nın kayıt sisteminin iyileştirilmesi ve gelişmesi için öneriler

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-3 (TÜİK)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE İŞ DENEYİMİ

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
- Daha önce çalışılan işler (kısaca)
- Kurumda çalışma süresi, hangi pozisyonlarda ne kadar süre ile çalışıldığı
- Kurumdaki işini yapmaktan memnun mu?

2. KURUM İÇİ VE KURUMLARARASI İLİŞKİLER

- Bugüne kadar DİE tarafından ölüm istatistiklerinin nasıl derlendiği hakkında kısa bilgi
- TÜİK olmasıyla birlikte meydana gelecek yasal değişimler, öngörülenler, beklentiler
- TÜİK merkezde ölüm istatistiklerinden sorumlu olan personelin sayısı ve niteliği, yönetici profili (yeni yasayla farklılaşmalar)
- Bölge müdürlüklerinde çalışan personelin sayısı ve niteliği
- TÜİK'in ölüm istatistiklerine yönelik çalışmalarında iletişim içinde olduğu kurumlarla ilişkileri (SB; İB, Jandarma, Emniyet GM, vb.)
- TÜİK'in insan kaynakları planlamasına yaklaşımı, Enstitü içindeki ve bölge müdürlükleri ile ilgili koordinasyon, hizmet içi eğitimler, motivasyonu artırıcı eğitimler

3. MEVCUT KAYIT SİSTEMİNİN DURUMU

- TÜİK tarafından derlenen ve yayınlanan ölüm istatistiklerine ilişkin teorik ve pratik sorunlar
- Yeni yasa ve yönetmeliklerle ilgili görüşler, öneriler
- Veri kalitesi, verilerinin değerlendirilmesi (kadın, erkek, çocuk ve bebek ölüm sayılarında farklılaşma gözleniyor mu?)
- Ölüm nedenleri konusundaki bakış açısı
- TÜİK; SB ve İB ölüm istatistikleri ve ölüm nedenleri konusundaki duyarlılık düzeyi (Defin ruhsatının verilmesi konusunda kimlerin sorumlu olduğu)
- TÜİK'in ölüm istatistiklerinin iyileştirilmesi ve gelişmesi için öneriler
- 2000 GNS ölüm toplanan ölüm verisinin sorunları, paylaşımı

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-4 (MUHTAR)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE İŞ DENEYİMİ

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
- Muhtarlık süresi
- Muhtarlık öncesinde ya da muhtarlıkla birlikte yapılan işler
- Muhtarlıktan memnurluk, devam etmeye isteklilik

2. MUHTARLIK SORUMLULUKLARI

- Muhtarlığın temel sorumluluk alanları
- Bildirimler konusunda yapılan işlemler, özellikle ölüm bildirimleri
- Defin ruhsatı verilmesi ve MERNİS'e bildirim
- Köyün mezarlık durumu
- Ölümde bildirim açısından farklılık gözleniyor mu? (kadın, erkek, çocuk)
- MERNİS ile ilgili yaşanan sorunlar

3. ANNE ÖLÜMLERİ PROJESİ

- Anne ölümleri projesinin başlangıcında yaşanan sorunlar (eğitim, formların doldurulması, formların teslim edilmesi)
- Anne ölümleri projesi ile ilgili olarak köy halkı ile ilgili yaşananlar (olumlu, olumsuz)
- Anne ölümleri projesi ile ilgili olarak kurumlarla yaşanan sorunlar (Sağlık müdürlüğü, kaymakamlık, jandarma)
- Anne ölümleri projesinin genel olarak değerlendirilmesi, (olumlu ve olumsuz yönleri)
- Projeden sonra ölümlerin kaydedilmemesi konusunda düşüncelerdeki farklılaşma (oldu mu?)

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-5 (MEZARLIK GÖREVLİLERİ)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE İŞ DENEYİMİ

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
- Kısa bir iş geçmişi,
- Şu anda çalıştığı yerde çalışma süresi, çalıştığı pozisyonlar, iş tanımı
- Mezarlık görevliliğinden memnurluk,

2. MEZARLIK GÖREVLİLİĞİNİN SORUMLULUKLARI

- Mezarlık hakkında kısa bilgi, çalışan personelin sayısı, niteliği, (ölu yıkayıcı, mezar kazıcı)
- Mezarlık kayıt sistemi (sorumluları, bilgisayar sistemi vb.)
- Ruhsatsız gömüler, gece gömüler
- Defin ruhsatlarında kadın, erkek, çocuk açısından farklılık
- Gömü için ve ziyaret için gelenlerle ilişkiler

3. ANNE ÖLÜMLERİ PROJESİ

- Anne ölümleri projesinin başlangıcında yaşanan sorunlar (eğitim, formların doldurulması, formların teslim edilmesi)
- Anne ölümleri projesi ile ilgili olarak kurumlarla yaşanan sorunlar (Sağlık müdürlüğü, kaymakamlık, jandarma)
- Anne ölümleri projesinin genel olarak değerlendirilmesi, (olumlu ve olumsuz yönleri)
- Projeden sonra ölümlerin kaydedilmesi konusunda düşüncelerdeki farklılaşma (oldu mu?)

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-6 (KAYMAKAM)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE İŞ DENEYİMİ

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, medeni durum vb.)
- Kısa bir iş geçmişi,
- Şu anda çalıştığı yerde çalışma süresi, çalıştığı pozisyonlar, iş tanımı
- İşinden memnunluk düzeyi

2. İLÇEDEKİ BİRİMLERLE İLİŞKİLER

- Kaymakamlık yapılan ilçenin genel durumu hakkında bilgi (ilçenin genel sorunları vb.)
- Kaymakamlığın insan kaynakları planlaması, personelin kalitesi ve sayısı
- Kaymakamlığın muhtarlarla ilişkileri, muhtarlara yönelik eğitimlerin konuları, sıklığı
- Kaymakamlığın belediye ile ilişkileri (özellikle sorun alanları)
- Sağlık grup başkanlığı ile ilişkiler (özellikle sorun alanları)

3. MEVCUT KAYIT SİSTEMİNİN DURUMU

- Var olan kayıt sisteminin teorik ve pratik sorunları
- Yasa ve yönetmeliklerin yeterliliği (bu konuda İçişleri Bakanlığının tutumu, yaklaşımı)
- Pratik sorunlara yönelik geliştirilen çözümler, eksik bildirimlerin kaynağı
- Ölüm nedenleri konusunda yapılacak yeni uygulamaların getirisi
- İçişleri Bakanlığı'nın ölüm nedenleri konusundaki duyarlılık düzeyi (muhtarların ve belediye mezarlık görevlilerinin defter tutma zorunluluğu, bu konuda proje kapsamında gönderilen yazılar)
- Defin ruhsatının verilmesi konusunda ilçede yaşanan

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME YÖNERGESİ-7 (AİLE)

Tanıtım ve kayıt için izin

1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE HASTALIK DURUMU

- Kişisel tanıtım bilgileri (yaş, eğitim, evlilik tarihi vb.)
- Eşinin hastalığının kısa bir tarihçesi
- Tedavi için nereye başvurduunuz, ne zaman?
- Sağlık personelinin yaklaşımı nasıldı?
- Ölüm olayını öğrendikten sonra gömülmesi konusunda ne tür işlemler yaptınız?
Sizi yönlendiren oldu mu?
- Defin ruhsatını kim verdi? Nerede verildi?

EK 11 – BİRİNCİL KAYNAK EĞİTİMLERİ ÖZET RAPORU

**T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Üreme Sağlığı Programı
Ulusal Anne Ölümleri Çalışması
Birincil Kaynak Eğitimleri ve Haziran Ayı Veri Toplama Faaliyetleri Özet Raporu
15 Temmuz 2005**

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ)'nin il proje ekiplerinin (il proje koordinatörü, il proje doktoru ve il proje araştırmacısı) eğitimleri düzenlenen 5 bölgesel toplantı ile gerçekleştirilmiştir. İl proje ekiplerinin eğitimleri sonrasında 28 ilde bütün ilçelerde il proje ekipleri, ilçe proje koordinatörlerini eğitmişlerdir. Mayıs ayının son üç haftası il ve ilçe ekiplerinin birincil kaynak eğitimlerini tamamlamaları için ayrılmıştır. UAÖÇ'nin veri toplama faaliyetleri 1 Haziran 2005 tarihinde başlamış ve halen devam etmektedir. Hacettepe Üniversitesi alan koordinatörleri Mayıs sonu ve Haziran başında bütün illeri ziyaret etmişlerdir.

Proje kapsamında eğitim faaliyetleri yürüten 28 ilin bir çoğunda birincil kaynak eğitimleri süresi içinde veya süre aşılıarak büyük ölçüde tamamlanmıştır. Ancak bazı illerde yürütülen birincil kaynak eğitimleri süresi içinde tamamlanamadığı gibi, 15 Temmuz 2005 itibariyle de halen tamamlanmış değildir.

İl ve ilçe proje ekiplerinin özveri çalışması ile UAÖÇ'nin kapsamında bulunan yerleşim yerlerinin yüzde 94'ünde birincil kaynak eğitimleri tamamlanmıştır. Ancak, eğitimi tamamlanamayan yerleşim yerlerinin hemen tamamının kırsal yerleşim yerleri olması nedeniyle, söz konusu eğitim faaliyetlerinin kısa süre tamamlanamaması durumunda kırsal veri toplama faaliyetleri ve kırsal veri üretimi aksayabilecektir. Bu durum bazı alt-bölgeler için analiz yapmayı da olanaksız hale getirebilecektir. UAÖÇ'nin veri toplama aşamasında ilk ayların önemi büyüktür. İlk aylarda iyi bir takip ve denetim sistemi oturtulabilirse, ilerleyen aylarda çalışmanın kapsamı giderek artarak yüzde 100 seviyesine ulaşabilecektir. Antalya'da gerçekleştirilen pilot çalışmada ilk aylarda gerçekleştirilen sıkı takip ve denetim sonucunda ilerleyen aylarda kapsam hızla artmış ve bugün yüzde 100 seviyesine ulaşmıştır.

Bazı il proje ekipleri UAÖÇ'nin Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü bir çalışma olarak görmekten çok Hacettepe Üniversitesi çalışması olarak görmektedir. Bu nedenle, AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün İl Sağlık Müdürleri ve İl proje Ekipleri ile sürekli iletişim halinde bulunarak, UAÖÇ'nin Sağlık Bakanlığı çalışması olduğunu vurgulamaları gerekmektedir.

UAÖÇ'nde köy muhtarları ve belediye mezarlık görevlilerinin veri toplama sürecindeki önemleri büyüktür. Bazı illerde köy muhtarları ve belediyeler UAÖÇ'nin faaliyetleri konusunda yeterince bilgilendirilmemiştir. Bu konuda bilgilendirilen bazı köy muhtarları ve belediyeler ise, çalışmanın eğitim ve dolayısı ile veri toplama faaliyetlerine gereken desteği

vermemektedirler. Bu nedenlerle, bu sorunların çözümü konusunda İç İşleri Bakanlığı ile daha yakın işbirliği içinde çalışılması gerekmektedir.

UAÖÇ ilkelerine göre il proje ekiplerinin Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'ne aylık olarak rapor vermeleri gerekmektedir. Ancak, bazı proje ekiplerinde bu konuda tereddütler bulunmaktadır. İl proje ekiplerinin aylık olarak gönderecekleri raporlar, ilde yürütülen proje faaliyetlerini, yaşanan sorunları ve il bütçesinin kullanım durumunu gösteren bir rapor olduğu için, il çapındaki proje faaliyetlerinin izlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, il proje ekiplerinin kapsamlı olarak hazırlayacakları aylık raporlarını zamanında ilgili mercilere ulaştırmaları konusunda yönlendirilmesi gerekmektedir.

Proje illerinde veri toplama ve toplanan verinin bilgisayar ortamına aktarılması için gerekli faaliyetler halen devam etmektedir. Bu nedenle, il bazında cevaplama oranları henüz netleşmemiştir. Aşağıdaki tabloda proje illerindeki birincil kaynak eğitimlerindeki son durum ve illerde bu süreçte ve veri toplama aşamasında karşılaşılan sorunlar özetlenmektedir

UAÖÇ kapsamındaki illerin birincil kaynak eğitimlerinde ve veri toplamada bulunduğu son durum ve karşılaşılan sorunlar

Sıra no	Proje İli	Genel yüzde	Açıklama
1	Bursa	100,0	Eğitimler 1 Haziran 2005 sonrasında tamamlanmıştır. Bazı ilçe koordinatörleri çalışmaya gereken önemi vermemektedir. Ayrıca, belediyelerle işbirliği içinde çalışma konusunda da sıkıntılar bulunmaktadır.
2	Sakarya	100,0	Eğitimler 1 Haziran 2005 sonrasında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Ancak, bazı köy muhtarları ve belediyeler işbirliği içinde çalışmak konusunda isteksiz davranmaktadır. Ayrıca, başta merkez ilçeler olmak üzere bazı belediyeler kendi sınırları içindeki mezarlıkları kontrol edememektedirler.
3	Tekirdağ	100,0	Eğitimler 1 Haziran 2005 sonrasında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.
4	Giresun	100,0	Eğitimler 1 Haziran 2005 sonrasında tamamlanmıştır. İlçe koordinatörleri çok sık olarak değişmesi proje faaliyetlerini aksatmaktadır. Bu nedenle, yeni atanan ilçe koordinatörlerinin en kısa sürede eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca, yerleşim yerlerinin dağınık olması ve "bahçe mezarlıklarını" bulunması veri toplama faaliyetlerini zorlaştırmaktadır.
5	Bartın	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Bartın il projesinin girişimleri ve Valilik ile işbirliğinin bir sonucu olarak Bartın'da tüm yerleşim yerlerine "defin defteri" hazırlanmış ve dağıtılmıştır.
6	Balıkesir	100,0	Eğitimler 1 Haziran 2005 sonrasında tamamlanmıştır. İl proje ekibi ile ilçe koordinatörleri arasında, veri toplama sürecinde bazı koordinasyon eksiklikleri söz konusudur. Ayrıca, il mahalli idareler müdürü il proje ekibi ile işbirliği içinde çalışmak konusunda istekli değildir.
7	Burdur	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.
8	Bayburt	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl proje koordinatörü ve il proje doktoru görevlerinden ayrılmışlardır. Yerlerine atama yapılmıştır. Ancak, bu değişiklikler veri toplama ve veri akışını kontrol faaliyetlerini büyük ölçüde etkilemiştir. Ayrıca, il proje araştırmacısı ailevi nedenlerle görevinden ayrılmak istemektedir.
9	Tokat	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.

Sıra no	Proje İli	Genel yüzde	Açıklama
10	İstanbul	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Haziran 2005 sonuçları tarafımıza gönderilmiştir. İstanbul'da defin sayısının ve dolayısı ile kadın definlerinin fazla olması nedeniyle, il ve ilçe proje ekiplerinin iş yükü diğer illere göre oldukça fazla olacaktır.
11	Nevşehir	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.
12	Aydın	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.
13	Çankırı	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.
14	Erzurum	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin kalitesinin çevre illere göre yüksek olması nedeniyle, çevre illerde defnedilen ancak Erzurum'da gerçekleşen kadın ölümlerinin sayısı fazladır. Bu durum, Erzurum il proje ekibinin iş yükünü arttırmaktadır.
15	İzmir	100,0	Eğitimler zamanında tamamlanmıştır. İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır.
16	Antalya	100,0	Eğitimler pilot çalışma aşamasında tamamlanmıştır. Antalya'nın 646 yerleşim yerinin tamamından veri akışı devam etmektedir. Sağlık müdürlüğü personeli olan il proje araştırmacısının sözel otopsi faaliyetleri konusunda daha hassas olması beklenmektedir.
17	Karaman	99,0	İl proje doktoru UAÖÇ'na gereken gereken ilgiyi göstermemektedir. Ayrıca, ilçe koordinatörleri ile belediyeler arasındaki işbirliği de istenilen seviyede değildir. Kazımkarabekir'de eğitimlerin yüzde 80'i tamamlanabilmiştir.
18	K. Maraş	99,0	İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Ancak, il proje araştırmacısının diğer proje ekibi ile ayrı mekanlarda çalışması iletişim sorunları yaratmaktadır. Çağlayancerit, Nurhak, Afşin, Andırın ve Türkoğlu'nda halen birincil kaynak eğitimleri tamamlanamamıştır.
19	Ordu	94,0	İlçe koordinatörleri çok sık olarak değişmesi proje faaliyetlerini aksatmaktadır. Bu nedenle, yeni atanan ilçe koordinatörlerinin en kısa sürede eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca, yerleşim yerlerinin dağınık olması ve "bahçe mezarlıkların" bulunması veri toplama faaliyetlerini zorlaştırmaktadır. Ayrıca, bazı ilçelerde birincil kaynak eğitimleri henüz tamamlanmamıştır.
20	Adana	100,0	Kozan'da eğitimlerin yüzde 98'i tamamlanmıştır. Seyhan, İmamoğlu, Pozantı ve Saimbeyli dışındaki ilçelerde de eğitimler henüz tamamlanamamıştır.
21	Gaziantep	95,0	İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Ancak, özellikle köy muhtarlarından kaynaklı olarak Şahinbey, Oğuzeli ve Yavuzeli ilçelerindeki birincil kaynak eğitiminde ciddi sorunlar vardır.
22	Ağrı	81,0	İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Ancak, bazı ilçe koordinatörlerinin ilçedeki mülki idare amirleri ile yeterince işbirliği yapmamasının sonucu olarak bazı ilçelerde eğitime katılım ve veri toplama faaliyetlerinin akışında sorunlar bulunmaktadır. İlçe koordinatörleri sorunların daha çok muhtarlardan kaynaklandığını beyan etmektedir. Bu sorunların bir sonucu olarak, Merkez, Patnos, Tutak, Diyadin, Eleşkirt ve Hamur ilçelerinde ciddi eğitim eksiklikleri vardır.
23	Batman	83,2	İl proje koordinatörü UAÖÇ'nın faaliyetleri ile ilgilenmemektedir. Bu nedenle de il proje ekibi ve ilçe koordinatörleri uyumlu bir çalışma içinde değildir. İl proje koordinatörü ve il proje doktoru aynı dönemde izine ayrılmışlardır. Bu sorunların sonucu olarak da, Kozluk'ta eğitimlerin yüzde 60'ı, Gercüş'te yüzde 71'i, Merkez de ise yüzde 92'si tamamlanmıştır. Batman merkez ve ilçelerinde belediyeler tarafından kayıt tutmada da ciddi sorunlar bulunmaktadır. Bu nedenle mezarlık görevlisi bulunmayan yerleşim yerlerinde mahalle muhtarlarının eğitilmesi yolunu gidilmiştir.

Sıra no	Proje İli	Genel yüzde	Açıklama
24	Kütahya	95,0	İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Ancak, Simav ilçe koordinatörü söz konusu uyum için yeterince çaba harcamamaktadır. Simav'da eğitimlerin ancak yüzde 83'ü tamamlanmıştır. Gediz, Emet ve Pazarlar ilçelerin'de de birincil kaynak eğitimlerinde sorunlar bulunmaktadır.
25	Sivas	92,0	İl proje koordinatörü iş yükünün fazla olduğunu gerekçe göstererek UAÖÇ'na gereken ilgiyi göstermemektedirler. İl proje doktoru ise, Sivas'tan ayrılmak istemektedir ve bu nedenle düşük motivasyonla çalışmaktadır. Bu nedenle, Sivas'ta il proje koordinatörünün ve il proje doktorunun bu projeye ilişkin iş yüklerini paylaşacak bir doktorun daha görevlendirilmesi yararlı olacaktır. Ayrıca, bazı ilçe koordinatörleri de proje kapsamında yapmaları gereken faaliyetleri yapmaktan kaçınmaktadırlar. Bu sorunlar nedeniyle, Koyulhisar, Kangal, Şarkışla, Ulaş, Gürün, Hafik, Doğanşar, İmralı'da ciddi eğitim eksiklikleri vardır.
26	Ankara	87,0	İl proje ekibi ile ilçe koordinatörleri arasında yeterli bir işbirliği sağlanamamıştır. Bazı ilçe koordinatörleri (Polatlı ve Haymana) ilçelerinin UAÖÇ kapsamından çıkarılmasını talep etmektedirler. Ankara'da gözlenen başka bir sorun da UAÖÇ'nin Sağlık Bakanlığı çalışması olmaktan çok Hacettepe Üniversitesi çalışması olarak görülmesidir. İl Sağlık Müdürlüğü, İl Mahalli İdareler Müdürlüğü ile işbirliği içinde her yerleşim yeri için "defin defteri" bastırmıştır. Akyurt, Ayaş, Beypazarı, Haymana, Kızılcahamam, Polatlı, Sincan ve Şereflikoçhisar'da köy muhtarı eğitimlerinde ciddi eksiklikler bulunmaktadır.
27	Van	68,9	İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. Ancak, bazı ilçe koordinatörlerinin ilçedeki mulki idare amirleri ile yeterince işbirliği yapmamasının sonucu olarak bazı ilçelerde eğitime katılım ve veri toplama faaliyetlerinin akışında sorunlar bulunmaktadır. İlçe koordinatörleri sorunların daha çok muhtarlardan kaynaklandığını beyan etmektedir. Bu sorunların bir sonucu olarak, Başkale, Erciş ve Gevaş, Çatak, Muradiye, Bahçesaray ve Özalp'da da eğitimler henüz tamamlanmamıştır.
28	Diyarbakır	68,7	İl Proje Koordinatörü, UAÖÇ'nin faaliyetlerine gerekli zamanı ayıramamaktadır. İl proje koordinatörü 6 ay süreyle Diyarbakır dışında görevli olacağı, için il proje koordinatörlüğünü AÇS-AP şube müdürü üstlenecektir. Ancak, AÇS-AP Şube Müdürü UAÖÇ hakkında olumlu düşüncelere sahip olmadığını beyan etmektedir. Diyarbakır'da gözlenen başka bir sorun da UAÖÇ'nin Sağlık Bakanlığı çalışması olmaktan çok Hacettepe Üniversitesi çalışması olarak görülmesidir. Diyarbakır'da Dicle ve Kocaköy dışında kalan tüm ilçelerde eğitimler henüz tamamlanmamıştır. Bu sorunların bir sonucu olarak Çınar, Çüngüş, Merkez, Ergani, Kulp, Lice, Hazro, Bismil, Çermik ve Silvan'da köy muhtarı eğitimlerinde ciddi eksiklikler bulunmaktadır.
29	Malatya	85,0	İl ekibi ve ilçe koordinatörleri uyum içinde çalışmaktadır. İl proje ekibi ve ilçe koordinatörleri mulki idare amirleri ile işbirliği içinde gerekli yazışmaları yaparak birincil kaynakları eğitime davet etmelerine karşın, birincil kaynaklar özellikle de köy muhtarları söz konusu eğitime katılmakta isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle de, Merkez, Arapgir, Doğanşar, Pötürge, Kulancak, Darende, Hekimhan ve Yeşilyurt'da ciddi eğitim eksiklikleri vardır.
Toplam		94,0	

EK12–NİTELİKSEL GÖRÜŞMELERİN TARİH VE YERİ

Niteliksel Görüşmelerin Tarihi ve Yeri

	İl		Görüşme Tarihi
İPA'larla Odak Grup Görüşmesi	Ankara	Merkez	10.03.2006
Doktorlarla Odak Grup Görüşmesi	Ankara	Merkez	17.03.2006
ANKARA			
TÜİK ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Merkez	11.04.2006
TÜİK ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Merkez	11.04.2006
İçişleri Bakanlığı ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Merkez	31.03.2006
İçişleri Bakanlığı ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Merkez	14.04.2006
Sağlık Bakanlığı ile Derinlemesine görüşme	Ankara	Merkez	05.04.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Perifer	17.04.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Perifer	20.04.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Perifer	24.04.2006
Mezarlık Görevlisi ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Merkez	18.04.2006
Mezarlık Görevlisi ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Perifer	19.04.2006
Kaymakam ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Perifer	15.05.2006
Kaymakam ile Derinlemesine Görüşme	Ankara	Perifer	08.05.2006
DİYARBAKIR			
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Diyarbakır	Merkez	02.05.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Diyarbakır	Perifer	03.05.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Diyarbakır	Perifer	03.05.2006
Mezarlık Görevlisi ile Derinlemesine Görüşme	Diyarbakır	Merkez	02.05.2006
Mezarlık Görevlisi ile Derinlemesine Görüşme	Diyarbakır	Perifer	04.05.2006
Aile ile Derinlemesine Görüşme	Diyarbakır	Merkez	05.05.2006
KAYSERİ			
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Merkez	10.05.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Perifer	10.05.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Perifer	11.05.2006
Muhtar ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Perifer	11.05.2006
Mezarlık Görevlisi ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Merkez	11.05.2006
Mezarlık Görevlisi ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Perifer	09.05.2006
Aile ile Derinlemesine Görüşme	Kayseri	Merkez	09.05.2006

Ek 13 – BENNETT VE HORIUCHI ÖLÜMLÜLÜK METODU

Bennett ve Horiuchi metodu eksik ölüm kayıtlarını tahmin etmek için geliştirilmiştir. Bu metod ile ardışık iki nüfus sayımındaki nüfus dağılımları kullanılarak, belirli bir x yaşının üzerindeki ölüm kayıtlarının eksikliği tahmin edilir. Belirli bir x yaşından kasıt ölüm kayıtlarının eksiklik derecesinin o yaştan itibaren benzer olduğu varsayılan bir yaştır ve bu genellikle 5 yaştır. Bu metod ile yaşa göre düzeltilmiş ölüm hızları ve iki nüfus sayımı arasındaki dönem süresince 5 yaş ve üzeri yaşlar için hayat beklentileri de hesaplanabilmektedir.

Bennett ve Horiuchi metodu her yaştaki nüfusu tahmin etmek üzere her yaş grubu için kayıtlı ölüm sayılarını ve nüfus artış hızı faktörlerini kullanır. Tahmin edilen nüfusun nüfus sayımında sayılan nüfus ile karşılaştırılması ölüm kayıtlarının eksiklik derecesini gösterir. Burada ölüm kayıtlarının eksikliği esas olarak, iki nüfus sayımı arasındaki x yaşının üzerinde olan ortalama nüfusun bağımsız tahminini üretmek için ölüm kayıtlarının büyüme hızı ile düzeltilmesi yoluyla tahmin edilmektedir. Büyüme hızı ile düzeltilmiş ölüm kayıtlarının iki nüfus sayımında gözlenen rakama oranı x yaşının üzerindeki yaşlar için ölüm kayıtlarındaki eksikliğin tahminini vermektedir. Bu nedenle sözkonusu metod, 5 yaşından en yüksek yaşa kadar değişme olasılığı olan x 'e bağlı olarak ölüm kayıtlarının eksikliği ile ilgili bir dizi tahmin vermektedir.

Bu metodun uygulama aşamasında bazı varsayımlar yapılmaktadır. Nüfus iki nüfus sayımı arasında göçe maruz kalmamışsa, her iki nüfus sayımı da aynı eksiklik derecesine sahipse, sadece 50 yaşından sonra yaş bildiriminde hata varsa ve 5 yaşından üzeri yaşlarda ölüm kayıtlarındaki eksiklik benzer ise bu metod eksik ölüm kayıtları ile ilgili hemen hemen sabit rakamları üretmektedir. Bu “sabit” rakamlardan sapma ise yukarıda belirtilen bir veya birkaç durumun geçerli olmadığını ifade etmektedir.

Benzer metodlarla karşılaştırıldığında bu metodun bazı avantajları bulunmaktadır. İlk olarak, bu metod nüfusun sabit olduğu varsayımını yapmamaktadır. İkinci olarak, sonuçlar başlangıçta kullanılan temel bilginin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Örneğin, farklı yaşlarda tahmin edilen eksikliğin derecesi benzer ise temel bilginin de tutarlı olduğu düşünülür. Eğer eksiklik tahminleri yaşa göre anlamlı bir şekilde değişiyorsa, bu durumda temel bilgi hatalı olabilir ya da bu metodun varsayımlarını içermeyebilir.

Bennett ve Horiuchi Ölümlülük Metodu'nun da bazı sınırlamaları bulunmaktadır. Göçün sıfır olduğu varsayımı ile ilgili olarak, aslında göçün ölüm kayıtlarının eksikliği tahmininde bir etkisi vardır. Eğer içgöç yaşanmış ise, sonuç gerçekte olandan daha iyi bir eksiklik derecesini gösterecektir. Diğer taraftan eğer dışgöç yaşanmış ise elde edilen sonuç ölüm kayıtlarının gerçekte olandan daha eksik olduğunu gösterecektir. Bunlara ek olarak, bu metod iki ardışık nüfus sayımındaki farklı sayım derecelerine de duyarlılık gösterir. İlk nüfus sayımındaki göreceli eksik sayım (veya ikincisinde fazla sayım) ölüm kayıtlarının eksiklik derecesini arttırırken ilk nüfus sayımında göreceli fazla sayım (veya ikincisinde eksik sayım)

ölüm kayıtlarının eksiklik derecesi tahminini düşürecektir. Son olarak; bu metod, 5 yaşın altındaki ölüm kayıtlarının eksikliğini değerlendirmemektedir. Bebek ve çocuk ölümlerinde diğer yaşlardaki ölümlere göre daha fazla eksik kayıt olduğundan sonuçlar dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.

Birleşmiş Milletler'in MORTPAK setindeki BENHR bilgisayar programı eksik ölüm kayıtlarının tahmini için gerekli olan hesaplamaları yapmaktadır. Program tahmin serilerinin medyanını hesaplamaktadır ve bu medyanı eksik ölüm kayıtlarının en iyi tahmini olarak ele almaktadır. Bu en iyi tahmin ise daha sonra düzeltilmiş yaşa özel ölüm hızları setinin ve 5 yaş ve üzeri hayat beklentilerinin hesabında kullanılmaktadır.

Metod, nüfus yaş dağılımında girilen en ileri yaş için kaba bir hayat beklentisi tahminini gerektirmektedir. Bu hayat beklentisi, aynı bilgisayar programı içinde, x yaşındaki hayat beklentisini 60 ve daha üzeri yaşlardaki kayıtlı ölümlerin 5 ve daha üzeri yaşlardaki kayıtlı ölümlere oranı şeklinde ilişkilendiren bir dizi regresyon denklemi kullanılarak tahmin edilmektedir. Bu regresyonlar, Birleşmiş Milletler Genel Modeli'nin doğumda hayat beklentisi birer yıllık aralıkla 35 ile 75 yıl, ve buna bağlı olarak içsel büyüme hızı .005 birimlik aralıkla .015 ile .035 arasında değişen erkek ve kadın model hayat tablolarından üretilen sabit nüfusa ilişkin veri seti kullanılarak tahmin edilmiştir. Bu regresyon denklemleri aşağıda gösterildiği şekilde olup

$$\begin{aligned}e(60) &= 9.345 + 12.403 D_{60+}/D_{5+} \\e(65) &= 7.535 + 10.072 D_{60+}/D_{5+} \\e(70) &= 6.049 + 7.918 D_{60+}/D_{5+} \\e(75) &= 4.890 + 5.965 D_{60+}/D_{5+} \\e(80) &= 4.060 + 4.162 D_{60+}/D_{5+} \\e(85) &= 3.379 + 2.836 D_{60+}/D_{5+}\end{aligned}$$

$e(x)$ x yaşındaki hayat beklentisini, ve D_{60+}/D_{5+} ise sayımlararası kayıtlı 60+ yaş ölümlerinin 5+ yaş ölümlerine oranını ifade etmektedir.

EK 14 – KADIN VE DOĞUM SAYILARININ PROJEKSİYONUNDA KULLANILAN VARSAYIMLAR

Kadın ve doğum sayılarının projeksiyonunda kullanılan varsayımlar

	Toplam Doğurganlık Hızı							Doğuşta Yaşam Beklentisi												Net Göç		Kentsel Nüfus (%)								
								Erkek						Kadın						Erkek	Kadın									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000	2000	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ADANA	2.68	2.65	2.62	2.59	2.56	2.53	2.50	61.1	61.2	61.4	61.6	61.8	61.9	62.1	65.7	65.9	66.1	66.3	66.5	66.7	66.9	-5,372	-2,727	75.3	76.0	76.7	77.5	78.2	79.0	79.7
AĞRI	5.49	5.42	5.34	5.27	5.19	5.12	5.04	57.8	57.9	58.1	58.3	58.5	58.6	58.8	61.3	61.5	61.7	61.9	62.1	62.3	62.5	-2,848	-2,394	44.7	46.3	47.9	49.4	51.0	52.6	54.1
ANKARA	1.90	1.85	1.79	1.74	1.68	1.63	1.58	61.2	61.3	61.5	61.7	61.9	62.0	62.2	70.8	71.0	71.2	71.4	71.6	71.8	72.0	8,668	9,511	88.7	88.9	89.1	89.3	89.6	89.8	90.0
ANTALYA	1.93	1.90	1.87	1.84	1.81	1.78	1.75	68.1	68.2	68.4	68.6	68.8	68.9	69.1	72.5	72.7	72.9	73.1	73.3	73.5	73.7	9,797	8,294	62.9	64.1	65.2	66.3	68.6	68.6	69.7
AYDIN	2.12	2.11	2.10	2.08	2.07	2.06	2.05	69.7	69.8	70.0	70.2	70.4	70.5	70.7	73.9	74.1	74.3	74.5	74.7	74.9	75.1	2,094	2,217	48.9	49.6	50.3	51.0	51.7	52.4	53.1
BALIKESİR	1.95	1.94	1.93	1.91	1.90	1.89	1.88	69.8	69.9	70.1	70.3	70.5	70.6	70.8	73.5	73.7	73.9	74.1	74.3	74.5	74.7	686	275	54.4	55.4	56.5	57.6	58.6	59.7	60.7
BURDUR	2.12	2.09	2.06	2.03	2.00	1.97	1.94	62.6	62.7	62.9	63.1	63.3	63.4	63.6	66.0	66.2	66.4	66.6	66.8	67.0	67.2	-524	-551	40.7	41.1	41.5	41.9	42.2	42.6	43.0
BURSA	1.98	1.97	1.96	1.94	1.93	1.92	1.91	71.6	71.7	71.9	72.1	72.3	72.4	72.6	77.0	77.2	77.4	77.6	77.8	78.0	78.2	8,114	8,951	78.8	79.6	80.3	81.1	81.9	82.6	83.4
ÇANKIRI	2.27	2.22	2.16	2.11	2.05	2.00	1.95	62.7	62.8	63.0	63.2	63.4	63.5	63.7	65.2	65.4	65.6	65.8	66.0	66.2	66.4	-150	-745	37.3	39.0	40.7	42.5	44.2	45.9	47.6
DIYARBAKIR	4.51	4.44	4.36	4.29	4.21	4.14	4.06	65.1	65.2	65.4	65.6	65.8	65.9	66.1	69.3	69.5	69.7	69.9	70.1	70.3	70.5	-5,753	-3,959	64.3	65.6	66.9	68.1	69.4	70.6	71.9
ERZURUM	3.51	3.44	3.36	3.29	3.21	3.14	3.06	60.3	60.4	60.6	60.8	61.0	61.1	61.3	62.5	62.7	62.9	63.1	63.3	63.5	63.7	-5,075	-4,224	53.7	55.0	56.3	57.7	59.0	60.4	61.7
GAZİANTEP	3.83	3.76	3.68	3.61	3.53	3.46	3.38	66.9	67.0	67.2	67.4	67.6	67.7	67.9	71.3	71.5	71.7	71.9	72.1	72.3	72.5	-118	818	77.6	78.4	79.2	80.0	80.8	81.6	82.4
GİRESUN	2.31	2.18	2.06	1.93	1.81	1.68	1.55	61.4	61.5	61.7	61.9	62.1	62.2	62.4	65.7	65.9	66.1	66.3	66.5	66.7	66.9	-450	-720	44.6	45.7	46.7	47.8	48.8	49.9	50.9
İSTANBUL	1.97	1.96	1.95	1.93	1.92	1.91	1.90	69.0	69.1	69.3	69.5	69.7	69.8	70.0	74.2	74.4	74.6	74.8	75.0	75.2	75.4	39,698	41,789	97.1	97.3	97.4	97.6	97.7	97.8	98.0
İZMİR	1.75	1.74	1.73	1.71	1.70	1.69	1.68	69.0	69.1	69.3	69.5	69.7	69.8	70.0	73.7	73.9	74.1	74.3	74.5	74.7	74.9	11,541	12,534	82.9	83.3	83.8	84.2	84.7	85.1	85.6
KÜTAHYA	2.19	2.14	2.08	2.03	1.97	1.92	1.87	63.3	63.4	63.6	63.8	64.0	64.1	64.3	69.0	69.2	69.4	69.6	69.8	70.0	70.2	243	-455	42.8	43.4	44.0	44.7	45.3	45.9	46.6
MALATYA	2.56	2.49	2.41	2.34	2.26	2.19	2.11	63.3	63.4	63.6	63.8	64.0	64.1	64.3	67.4	67.6	67.8	68.0	68.2	68.4	68.6	-1,722	-1,642	59.6	60.5	61.4	62.4	63.3	64.2	65.1
K.MARAŞ	3.54	3.51	3.48	3.45	3.42	3.39	3.36	57.6	57.7	57.9	58.1	58.3	58.4	58.6	61.4	61.6	61.8	62.0	62.2	62.4	62.6	-2,869	-2,237	51.1	52.0	52.8	53.6	54.4	55.2	56.0
NEVŞEHİR	2.55	2.50	2.44	2.39	2.33	2.28	2.23	62.9	63.0	63.2	63.4	63.6	63.7	63.9	64.4	64.6	64.8	65.0	65.2	65.4	65.6	-221	-170	34.0	34.9	35.7	36.6	37.4	38.3	39.1
ORDU	2.81	2.68	2.56	2.43	2.31	2.18	2.05	63.8	63.9	64.1	64.3	64.5	64.6	64.8	67.3	67.5	67.7	67.9	68.1	68.3	68.5	-4,270	-3,122	42.9	43.8	44.7	45.6	46.5	47.3	48.2
SAKARYA	2.23	2.22	2.21	2.19	2.18	2.17	2.16	71.5	71.6	71.8	72.0	72.2	72.3	72.5	77.0	77.2	77.4	77.6	77.8	78.0	78.2	-994	-2,185	58.0	58.7	59.4	60.1	60.8	61.5	62.2
SİVAS	2.76	2.71	2.65	2.60	2.54	2.49	2.44	64.1	64.2	64.4	64.6	64.8	64.9	65.1	68.7	68.9	69.1	69.3	69.5	69.7	69.9	-3,470	-3,655	50.6	51.3	52.0	52.8	53.5	54.2	55.0
TEKİRDAĞ	1.83	1.82	1.81	1.79	1.78	1.77	1.76	60.5	60.6	60.8	61.0	61.2	61.3	61.5	64.7	64.9	65.1	65.3	65.5	65.7	65.9	5,951	4,316	65.1	66.2	67.3	68.4	69.5	70.6	71.7
TOKAT	3.06	3.05	3.04	3.02	3.01	3.00	2.99	61.6	61.7	61.9	62.1	62.3	62.4	62.6	65.5	65.7	65.9	66.1	66.3	66.5	66.7	-3,918	-3,517	44.5	45.0	45.6	46.2	47.3	47.3	47.9
VAN	6.00	5.93	5.85	5.78	5.70	5.63	5.55	62.5	62.6	62.8	63.0	63.2	63.3	63.5	63.0	63.2	63.4	63.6	63.8	64.0	64.2	-4,443	-2,027	50.0	51.6	53.1	54.6	56.2	57.7	59.2
BAYBURT	3.29	3.22	3.14	3.07	2.99	2.92	2.84	63.3	63.4	63.6	63.8	64.0	64.1	64.3	67.8	68.0	68.2	68.4	68.6	68.8	69.0	-547	-525	33.2	33.3	33.5	33.7	33.9	34.1	34.2
KARAMAN	2.77	2.72	2.66	2.61	2.55	2.50	2.45	57.4	57.5	57.7	57.9	58.1	58.2	58.4	61.9	62.1	62.3	62.5	62.7	62.9	63.1	-334	-220	49.7	50.6	51.5	52.3	53.2	54.1	55.0
BATMAN	5.27	5.20	5.12	5.05	4.97	4.90	4.82	60.0	60.1	60.3	60.5	60.7	60.8	61.0	64.3	64.5	64.7	64.9	65.1	65.3	65.5	-2,115	-1,491	59.9	61.0	62.1	63.1	64.2	65.3	66.3
BARTIN	2.11	1.98	1.86	1.73	1.61	1.48	1.35	62.1	62.2	62.4	62.6	62.8	62.9	63.1	68.6	68.8	69.0	69.2	69.4	69.6	69.8	-1,680	-1,451	19.5	20.1	20.7	21.3	21.9	22.5	23.1

EK 15 – ÖLÜM BELGESİ

Ölüm Belgesi		Başlangıç ile ölüm arasındaki tahmini zaman aralığı (yıl,ay,gün,saat v.s.) (eğer mümkünse cevaplayın)
<i>Doğrudan ölüme yol açmış olan <u>olaylar zincirini</u> yazınız-hastalıklar, yaralanmalar, komplikasyonlar</i>		
<i>ICD-10 terminolojisini kullanınız ! Kısaltma kullanmayınız ! Bir satıra sadece tek bir neden yazınız.</i>		
SON VEYA ANİ NEDEN/ ÖLÜMLE SONUÇLANAN HASTALIK <i>Bilinen diğer bir etiyoloji olmaksızın sadece 'kardiyopulmoner arrest' ise lütfen '<u>bilinmeyen neden</u>' şeklinde yazınız</i>	1. <i>Örnek a: <u>hipovolemik şok</u> ya da</i> <i>Örnek b: <u>beyin hasarı</u></i>	
	nedeniyle (veya sonucunda)	
ALTTA YATAN NEDENLER <i>Eğer yukarıda bahsedilen nedene yol açan durumlar-hastalıklar, yaralanmalar - varsa ölümle sonuçlanan olayların başlamasının altında yatan bu durumları- oluş sırasına göre listeleysin</i>	2a. <i>Örnek a: <u>plasentanın erken ayrılmasının sonucunda meydana geldi</u> ya da</i> <i>Örnek b: <u>epidural hematonun sonucunda meydana geldi</u></i>	
	2b. <i>Örnek a: <u>künt karın travması sonucunda meydana geldi</u> ya da</i> <i>Örnek b <u>kafa travması sonucunda</u></i>	
	2c. <i>Örnek a: <u>trafik kazasının sonucunda meydana geldi</u> ya da</i> <i>Örnek b: <u>trafik kazasının sonucunda meydana geldi</u></i>	
Ölüme sebep olan ancak yukarıda belirtilen nedenlerle sonuçlanmamış diğer önemli biyo-medikal durumlar	<i>Örn., daha önceden varolan anemi veya hipertansiyon</i>	
Ölüme neden olan standart bakımın yetersizliğine ilişkin önemli faktörler	<i>Örn., tedavi için başvuruda gecikme, gerekli kan transfüzyonunun yapılamaması</i>	
Ölüm şekli	<i>Hastalık,Kaza,İntihar, Cinayet, Doğal Afetler</i>	
Gebelik durumu	<i>Gebe, doğumdan sonraki 42 gün içinde, doğumdan sonraki bir yıl içinde, gebe değil</i>	

