



TJOD Bülten

NİSAN 2026



www.tjod.org





Değerli meslektaşlarım

Hepiniz saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Bu sene de kongremiz

13 -17 Mayıs 2026 tarihleri arasında KKTC Limak Delux Hotel’de gerçekleşecektir. Zengin bilimsel ve sosyal programıyla, TJODnin 23. Ulusal kongresini inşallah başarıyla tamamlayacağız. Hepinizi bu seçkin kongreye davet ediyorum.

Son zamanlarda özellikle İstanbul’da serbest çalışan hekimlerimize yönelik denetimlerin sıklığı muayenehanede yapılabilecek girişimlerle ilgili uyarılar yapıldığı, ve bu konuyla ilgili olarak da muayenehane kapatma dahil uygulamaların sıklığı derneğimize bildirilmektedir.

İdareten uygulanan yaptırımlar ve muayenehanelerde yapılacak işlemlerin hangileri olduğu ve bu konudaki yasa ve yönetmeliklerin neler olduğu ile ilgili açık ve net bir bilgilendirme yapılması amacıyla TJOD Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne başvurmuştur. Bu konudaki sonuçları meslektaşlarımıza duyuracağız.

Down sendromu ve Malpraktis davaları ile ilgili olarak son dönemde TJOD’nin girişimleri ile (davalara müdahil olarak katılmak ve sosyal medyada hekimler lehine bir kamuoyu oluşması)sonucunda söz konusu davalarda da adaletin artık hekimlere yapılan haksızlıkları görmeye başlıyor olması bizleri memnun etmiştir. Son dönemdeki Malpraktis davalarının çoğu meslektaşlarımız lehine sonuçlanmıştır. Hekim odaklı ve meslektaşlarımızın yararına olan her girişimde bundan sonra da yer almaya devam edeceğiz.

TJOD, tüzüğünde belirtildiği gibi “Kadın-Doğum asistanlarının ve uzmanlarının bilimsel ve mesleki sorunlarının çözülmesi ve özlük haklarının geliştirilmesi ve problemlerinin çözümüne katkıda bulunmak , malpraktis süreçlerinde rehberlik etmek ve hak ihlallerinde yol gösterici olmak” gibi bir ulusal derneğin sorumluluklarını tümü ile yerine getirmektedir. Bundan sonra da zor zamanda aranan tek adres olma misyonumuza devam edeceğiz.

Bu sorumluluğumuzun bilincinde olarak, tüm meslektaşlarımızı tekrar selamlıyor, çalışmalarında başarılı, mutlu ve huzurlu bir dönem diliyorum

Prof Dr. İsmail Mete İtil
TJOD YK Başkanı



Değerli Meslektaşlarım,

Derneğimizin Nisan sayısını sizlerle paylaşmaktan büyük mutluluk ve gurur duyuyorum. Kadın hastalıkları ve doğum alanında bilgi üretiminin, deneyim paylaşımının ve bilimsel dayanışmanın her zamankinden daha kıymetli olduğu bir dönemde; bu sayımızı hem sahadan gelen veriler hem de güncel literatür ışığında zengin bir içerikle hazırladık.

Bu sayımızda, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Batman Şubesi Başkanı Op. Dr. Halit Ataç ile gerçekleştirdiğimiz söyleşide; bölgesel sağlık hizmetlerinin dinamiklerini, karşılaşılan güçlükleri ve çözüm önerilerini yakından ele alma fırsatı bulacaksınız.

Bilimsel içeriklerimizde ise maternal mortalite, bu sayının ana eksenini oluşturmaktadır. Batman ili için 2020-2024 yıllarını kapsayan analiz, sahaya özgü önemli veriler sunarken; Diyarbakır ve Malatya illerine yönelik çalışmalar, maternal mortalitenin belirleyicilerini ve azaltılmasına yönelik kanıta dayalı stratejileri farklı perspektiflerden irdelemektedir. Bu çalışmaların, ülkemizde bölgesel farklılıkların anlaşılmasına ve sağlık politikalarının şekillendirilmesine katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Ayrıca, obstetrinin en kritik konularından biri olan Plasenta Akreta Spektrumu (PAS) üzerine hazırlanan derleme; tanıdan tedaviye, klinik sonuçlardan multidisipliner yaklaşımlara kadar kapsamlı bir bakış sunmaktadır.

Bu sayımızda yalnızca bilimsel veriler değil; mesleki deneyimin ve kuşaklar arası aktarımın değeri de ön planda tutulmuştur. Genç bir uzman hekimimizin sahadaki gözlemleri ve meslek büyüklerimizin yıllara dayanan tecrübelerinden süzülen tavsiyeleri, mesleki yolculuğumuzda bizlere ışık tutacak niteliktedir.

Kadın sağlığını iyileştirmek, anne ölümlerini azaltmak ve daha güçlü bir sağlık sistemi inşa etmek adına bilgi paylaşımının ve dayanışmanın gücüne inanıyoruz. Bu sayımızın, klinik pratiğinize katkı sağlamasını ve yeni bakış açıları kazandırmasını temenni ederim.

Emeği geçen tüm yazarlarımıza ve katkı sunan meslektaşlarımıza teşekkür eder, keyifli okumalar dilerim.

Prof.Dr.Muhammet Erdal Sak

TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

TJOD Bülten Editörü



YÖNETİM KURULU ÜYELERİ



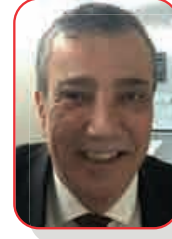
BAŞKAN
PROF. DR.
İSMAİL METE İTİL



2. BAŞKAN
PROF. DR.
S. CANSUN DEMİR



GENEL SEKRETER
OP. DR.
VOLKAN KURTARAN



SAYMAN
PROF. DR.
SELÇUK SÖYLEMEZ



OP. DR.
SAMET BAYRAK



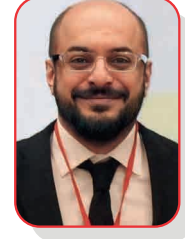
PROF. DR.
MELİKE DOĞANAY



PROF. DR.
POLAT DURSUN



PROF. DR.
TALİP GÜL



PROF. DR.
BURAK KARADAĞ



PROF. DR.
M. ERDAL SAK



PROF. DR.
FATİH ŞENDAĞ



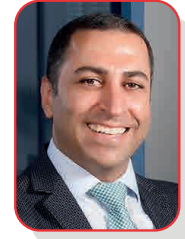
PROF. DR.
M. BÜLENT TIRAŞ



PROF. DR.
ÖZGÜR YENİEL



PROF. DR.
ERCAN YILMAZ



PROF. DR.
GAZİ YILDIRIM

BU SAYIDA

1. TJOD Batman şubesi başkanı, Op. Dr. Halit Ataç hocamız ile söyleşi
2. Batman ili 2020-2024 maternal mortalite oranları analizi, Op. Dr. Rozerin ŞENGÜL TAŞBAŞ, Op. Dr. Halit ATAÇ
3. Derleme, Plasenta Akreta Spektrumu (PAS): Tanı, Klinik Bulgular, Tedavi Yaklaşımları ve Klinik Sonuçlar, Dr. Ronahi Polat Demircan, Dr. Rozerin Polat Avşar
4. Diyarbakır İlinde Maternal Mortalite Oranları ve Çözüm Önerileri Prof. Dr. Elif Ağaçayak, Dr. Ali Selçuk Gerger
5. Maternal Mortalitenin Belirleyicileri ve Azaltılmasına Yönelik Kanıtı Dayalı Stratejiler: Küresel Perspektiften Malatya İli Örneğinde Bir Değerlendirme. Dr. Hülya Asena BALIKÇI, Prof.Dr. Ercan YILMAZ
6. Genç Bir Uzman Gözünden, Op. Dr. Mehmet Yolacan
7. Meslek Duayenlerimizden Tavsiyeler, Prof. Dr. Bülent Berker



EDİTÖR

PROF. DR. **MUHAMMET ERDAL SAK**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **AHMET YİĞİT ÇAKIROĞLU**

KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ,
İSTANBUL



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **ERCAN YILMAZ**

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., MALATYA



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **ELİF AĞAÇAYAK**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR



EDİTÖR YARDIMCISI

DOÇ. DR. **TALİP KARAÇOR**

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **MERT ULAŞ BARUT**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ŞANLIURFA



EDİTÖR YARDIMCISI

PROF. DR. **NURULLAH PEKER**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR

Nisan ayı bültenimizde TJOD misafir şubemiz Batman TJOD oldu. Şube başkanımız Op. Dr. Halit Ataç hocamız ile söyleşi yaptık.



1-Sizi tanıyabilirmiyiz

Ben Dr. Halit Ataç . 1968 yılında o zamanlar Siirt iline bağlı Batman ilçesinde doğdum. 1986 yılında Batman Lisesi'ni bitirdim. Aynı yıl Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim görmeye başladım. Okul yıllarındaki staj zamanlarında uzmanlık alanı tercihim belirginleşmeye başlamıştı. O dönemde hocamız ve mesleğimizin duayenlerinden olan Prof. Dr. Oktay Kadayıfçı'nın stajda iken katılmama izin verdiği sezeryan operasyonuna eşlik etmek benim için dönüm noktası oldu ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olmaya karar verdim. 1992 yılında mezun oldum. Kısa süreli mecburi Batman hizmetinden sonra İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim'dalında uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimini bitirince yine İzmir Küçükyalı Hava Eğitim Hastanesinde askerlik görevimi tamamladım. Takiben önce Batman Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde ve sonra da Batman Devlet Hastanesinde Kadın hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak göreve başladım. Halen Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Klinik Sorumlusu olarak görev yapmaktayım. Batman'daki görev süresince Aile Planlaması Hizmetleri, Serviks Kanser Taramaları Bilinçlendirme ve Eğitim Toplantıları Düzenleme, KETEM Biriminin kurulmasında, Normal Vajinal Doğumun Teşvik ve Tercih Edilme toplantılarında aktif olarak görev aldım. Sezeryan Sonrası Vajinal Doğum uygulamalarının aktif uygulayıcısı olarak meslektaşlarımı teşvik ettim. 2022 yılında Hamilelik Sırasında Omega 3 Yağ Asitleri İlavasının Preterm Doğum Üzerine Etkileri konulu araştırma projesi ile TJOD 12. Araştırma Ödülünü aldım.

2- Bir kadın doğum uzmanı, bir cerrah olarak sorumluluklarınızı yerine getirirken zamanınızı nasıl kullanıyorsunuz, nasıl yetişiyorsunuz ? Genç meslektaşlarımıza medikal ve paramedikal önerileriniz neler olabilir?

Gerek tıp fakültesi öğrencilik yıllarında gerek uzmanlık eğitiminde aldığımız eğitim sayesinde tüm meslektaşlarımızın gerekli disiplin ve özene sahip

olduklarını düşünüyorum. Buna bağlı olarak üstlerine düşen görev ve hasta sorumluluklarını yerine getirirken kendi sosyal yaşamlarını ve hatta sağlıklarını ihmal ettiklerini gözlemlemekteyim. Bu anlamda planlı , disiplinli olurken kendi yaşamlarına da zaman ayırmaları önem arz eder. Meslek hayatımızı icra ederken farkında olmadan sürekli bir eğitim ve deneyim kazanma sürecindeyiz. Gördüğümüz her vakanın yada hastanın mesleki gelişimimizde artı değere sahip olacağını farkında olarak sabırlı ve zorlukları yılmadan aşmaya çalışmalıyız. Meslekteki büyüklerimizin deneyimlerine kulak kabartmalı ve deneyimlerinden faydalanmaya çalışmalıyız.

Ben bunun dışında yeni ihtisasını bitirmiş meslektaşlarımı hep dikkate alır ve bilmediğim yahut yeni bir gelişmeyi öğrenmeye çalışırım. Zamanla mesleki gelişimde farkında olmadan kendi normlarımızı oluşturur ve profesyonellik kazanırız. Unutmamız gereken mesleğimizin sürekli bir gelişime ve kendini yenilemeye açık olduğudur. Mesleğini severek icra etmenin başarının anahtarı olduğu kanaatindeyim. Mesleğini ve insanı seven empati kurabilen hekimlerin başarısız olma ihtimali yoktur. Bunun yanında güncel gelişmeler ve teknikler takip edilmeli . Cerrahi eğitim seminerlerinin takip edilmesinin cerrahi beceriyi geliştireceği unutulmamalıdır. Genç meslektaşlarımız kişisel kariyerlerini planlarken zamana uygun olarak teknolojik gelişmeleri takip etmeli, teknoloji okuryazarlığı edinmelidir. Kadın Doğum 'un ilgilerini çektiği alanlarda yandal ihtisası yapmanın yanısıra belirli bir alanda kendilerini geliştirmeye yoğunlaşmalıdır. Herşeyi yapan doktor zamanı artık geçmişte kaldı. Mesleklerini icra ederken olası malpraktise yönelik kendilerini güvence altında tutmak için en başta kayıtlarını sağlam tutmalı ve sigorta güvencesinde olmalıdır. Malpraktis riskine karşı onam formlarını titizlikle hazırlamalı ve hastalarla güçlü bir iletişim kurulmalıdır. Davaların büyük bir kısmı iletişim eksikliğinden kaynaklandığı unutulmamalıdır.

3- Şubeniz ile ilgili bilgi verebilir misiniz

Şubemiz 2014 yılından beri aktif olarak çalışmakta olup 34 üyeye sahiptir. Batman il ve ilçelerinde bulunan meslektaşlarımız ile zaman zaman bir araya gelip iletişimde bulunmaktayız.

TJOD merkezinin desteği ile en son bir yıl içinde Kadın Doğum Hekimliğinde Hukuki Sorunlar Sempozyumu, Down Sendromu Davalarında Yargı Kararları ve Öneriler ve İkinci Trimester Ultrasonografide Kullanılabilecek Soft Markerlar konu başlıklarında toplantılar düzenledik.

4- Mesleğimizin geleceği ile ilgili düşünceleriniz ve beklentileriniz nelerdir

Tıp Teknolojisi hızla değişim gösterirken yaşam şartlarına bağlı olarak beklentilerde yükselmekte. Böyle bir ortamda genç meslektaşlarımızın gelişmelere açık olması ve kendilerini yenilemeleri gerekmektedir. Gelecekte yapay zekanın yaygın kullanımının sağlık hizmetlerini ve beklentilerini arttıracacağı muhakkaktır.

Kozmetik Jinekoloji'ye yönelik talep ve beklentiler çığ gibi büyürken bunun Obstetrik alandan uzaklaşma takip etmektedir, ki bu beni bir hayli endişelendirmektedir.

Ek olarak Robotik Cerrahinin yaygınlaşacağı bir zaman dilimine geçmekteyiz. Bu anlamda tüm meslektaşlarımızı heyecanlı ve azimle çalışmayı gerektiren bir dönem beklemektedir.

Geçmişte çok daha zorlu işleri başaran meslektaşlarımızın bunu da başaracaklarına inancım tamdır.



BATMAN İLİ 2020-2024 MATERNAL MORTALİTE ORANLARI ANALİZİ

Op.Dr. Rozerin ŞENGÜL TAŞBAŞ

Op.Dr.Halit ATAÇ

BATMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



GİRİŞ- BULGULAR

2020-2024 yılları arasında Batman ilinde gerçekleşen maternal ölümler retrospektif olarak incelendiğinde bu dönemde toplam 9 maternal ölüm saptandı. Aynı yıllarda gerçekleşen toplam 61.628 canlı doğum üzerinden hesaplanan genel maternal mortalite oranı (MMR) 14,6/100.000 canlı doğum olarak bulundu.Yıllara göre maternal mortalite oranları:

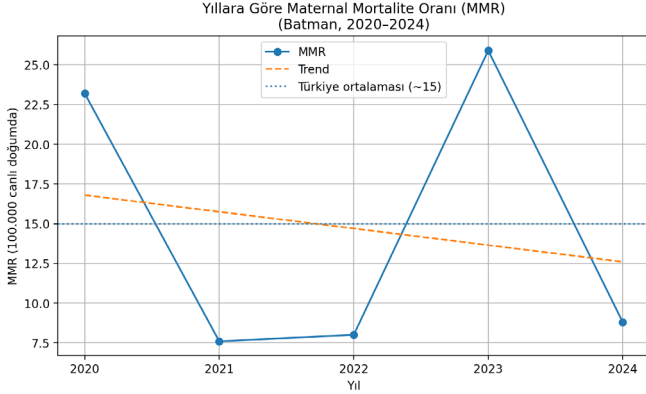
- 2020: 23,2/100.000
- 2021: 7,6/100.000
- 2022: 8,0/100.000
- 2023: 25,9/100.000
- 2024: 8,8/100.000

Olguların yaş ortalaması 29,1 yıl (22-37) olup tüm olgularda antenatal takip mevcut olup maternal ölümlerin%66,7'si doğrudan ve %33,3'ü dolaylı nedenlere bağlıydı. Dolaylı nedenler arasında kalp yetmezliği (n=2),peripartum kardiyomiyopati (n=1), akut lösemi (n=1) olup; doğrudan nedenler arasında pulmoner emboli, postpartum hemoraji, amniyotik sıvı embolisi, puerperal sepsis ve preeklampsi ilişkili komplikasyonlar olduğu görüldü.

Ölümlerin %77,8'i postpartum dönemde gerçekleşti. Antenatal dönemde ölüm oranı %22,2 idi.Gecikme modeli analizinde %77,8 olguda gecikme saptanmazken, %22,2 olguda 3. gecikme modeli (sağlık hizmetine bağlı gecikme) mevcuttu. Önlenebilirlik değerlendirmesinde%77,8 önlenemez, %11,1 önlenebilir, %11,1 kararsız olarak sınıflandırıldı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada saptanan 14,6/100.000 canlı doğumla MMR, Türkiye için bildirilen yaklaşık 15/100.000 değerleri ile uyumludur (1). Bu oran, aynı zamanda WHO'nun sürdürülebilir kalkınma hedefi olan 70/100.000'in altındadır (2).



Tablo 1.2020-2024 yılları arasında maternal mortalite oranlarının yıllara göre değişimi. Oranlar yıllar içinde dalgalı seyir göstermekte olup Türkiye ortalaması ile uyumludur. Çalışmamızda maternal ölümlerin büyük çoğunluğunun (%77,8) postpartum dönemde gerçekleşmesi dikkat çekicidir. WHO verilerine göre maternal ölümlerin önemli bir kısmı doğum sonrası ilk günler ve ilk hafta içinde meydana gelmektedir (3). Bu durum postpartum izlemin kritik önemini vurgulamaktadır.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda doğrudan nedenlerin azalırken dolaylı nedenlerin artış eğiliminde olduğu, özellikle kardiyovasküler hastalıkların maternal mortalitede önemli bir yer tuttuğu bildirilmiştir (4). Dolaylı nedenlere bakıldığında kardiyak nedenlere bağlı patolojilerin öne çıktığı görülmüş olup, bu bulgularla uyumlu izlenmiştir. Ayrıca tüm olgularda antenatal takip bulunmasına rağmen maternal mortalite gelişmiş olması, sadece takip varlığının yeterli olmadığını; riskli gebelerin erken tanınması, postpartum yakın izlem ve sağlık sisteminde hızlı müdahalenin önemini göstermektedir. Kocaeli bölgesinden bildirilen güncel bir çalışmada da maternal ölümlerde özellikle sağlık hizmetine bağlı gecikmelerin azaltılmasının mortaliteyi düşürmede etkili olduğu vurgulanmıştır (5).

Küresel düzeyde maternal ölümlerin en sık nedenleri arasında obstetrik hemoraji, hipertansif hastalıklar ve dolaylı nedenler yer almaktadır (6). Çalışmamızda da benzer şekilde obstetrik aciller ve sistemik hastalıkların birlikte rol oynadığı görülmüştür.

SONUÇ

Batman ilinde 2020-2024 yılları arasında maternal mortalite oranı 14,6/100.000 canlı doğum olarak saptanmış olup, bu değer Türkiye ortalamaları ile uyumludur.

Maternal ölümlerin büyük çoğunluğunun postpartum dönemde (%77,8) gerçekleşmesi, doğum sonrası izlemin kritik önemini ortaya koymaktadır. Tüm olgularda antenatal takip bulunmasına rağmen mortalite gelişmiş olması, yalnızca izlemin varlığının yeterli olmadığını; riskli gebelerin erken tanınması, postpartum yakın takip ve hızlı klinik müdahalenin belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Olguların önemli bir kısmında gecikme saptanmamış olması, maternal ölümlerin çoğunlukla ani gelişen obstetrik aciller ve sistemik hastalıklara bağlı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte saptanan üçüncü gecikme olguları, sağlık

hizmet sunumunda iyileştirme alanlarının devam ettiğini ortaya koymaktadır.

Bu bulgular doğrultusunda, maternal mortalitenin azaltılması için özellikle postpartum döneme odaklanan izlem protokollerinin güçlendirilmesi, yüksek riskli gebeliklerin erken tanımlanması ve acil obstetrik yönetim süreçlerinin optimize edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. World Bank. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) – Turkey [İnternet]. World Bank; 2023 [a.yer 25 Mart 2026]. Report No. Erişim adresi: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=TR>
2. World Health Organization. Maternal mortality [İnternet]. World Health Organization; 2025 [a.yer 25 Mart 2026]. Report No. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [İnternet]. World Health Organization; Ocak 2015 [a.yer 25 Mart 2026]. Report No. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15-05>
4. Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Keskin HL, Karaahmetoğlu S, Özcan A, Çelen Ş, vd. Changing trends in the Turkish maternal deaths, with a focus on direct and indirect causes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Mart 2019;234:21-5. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.12.031 PubMed PMID: 30640122.
5. Ceylan Y, Doğan Y, Yurtçu E, Yıldırım Köpük Ş, Medişoğlu MS. Decreasing and Maintaining Low Maternal Mortality Rate and Near Miss in Kocaeli District. Anatol J Obstet Gynecol Res. 22 Ekim 2024. doi:10.4274/anajog.galenos.2024.03511
6. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, vd. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 01 Nisan 2025;13(4):e626-34. doi:10.1016/S2214-109X(24)00560-6

Plasenta Akreta Spektrumu (PAS): Tanı, Klinik Bulgular, Tedavi Yaklaşımları ve Klinik Sonuçlar

Dr. Ronahi Polat Demircan, Dr. Rozerin Polat Avşar
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı



1-GİRİŞ

Plasenta akreta, ilk kez 1937 yılında Irving ve ark. tarafından, doğum sonrası plasentanın uterin duvardan ayrılamaması ile karakterize bir durum olarak değerlendirilmiş ve bu sebeple “morbid plasental adezyon” terimi kullanılmıştır [1]. Günümüzde bu klinik tablo için literatürde farklı terminolojiler kullanılmış olmakla birlikte, güncel kılavuzlar bundan böyle akreta, inkreta ve perkreat a alt tiplerini kapsayan “plasenta akreta spektrumu (PAS)” teriminin kullanılmasını önermektedir [2]. PAS insidansı, 1980’lerde 1000 doğumda 0,8 iken son on yılda 1000 doğumda 3’e yükselmiş olup, bu artışın küresel sezaryen oranlarındaki yükselişe bağlı olduğu düşünülmektedir [3]

Plasenta akreta spektrumu (PAS), plasentanın uterus miyometriyumuna anormal adezyonu ile karakterize patolojik bir durumu tanımlar ve invazyonun şiddeti geniş bir aralıkta değişkenlik gösterebildiğinden, bu durum “spektrum” olarak ifade edilmektedir. Spektrum içerisinde olan 3 alt tip akreata koryonik villusların doğrudan miyometriyuma implante olması, inkreata koryonik villusların miyometriyum içine invaze olması, perkreat a ise koryonik villusların miyometriyumu geçerek invaze olması ve çevre yapılar (uterusu çevreleyen serozayı aşan ve mesane, bağırsaklar ile parametrial ligamanlar gibi komşu organlar) uzanabilmesi olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)) tarafından standartizasyon sağlama amaçlı 2019 yılında PAS klinik sınıflandırması yayınlanmıştır.

Patofizyolojik olarak lokalize uterin hasarın (örneğin önceki sezaryen) bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu durum, lokal olarak bozulmuş desidualizasyona ve/veya skar oluşumuna yol açarak sonraki gebelikte plasentanın anormal adezyonuna neden olabilir. Her ne kadar çoğunlukla önceki sezaryen doğuma atfedilse de, uterin kaviteyi döşeyen tabakadaki küçük bozulmalar dah i sonraki gebeliklerde plasenta akreta gelişimine yol açabilir [4]. Tanısını kesin olarak koyabilmek histopatolojik incelemelerle sağlanmaktadır ve desiduanın yokluğu ile koryonik villusların miyometriyal liflere doğrudan komşuluk göstermesi ile karakterizedir. Makroskopik olarak görülemez de, plasentanın mikroskopik incelemesinde bazal plak miyometriyal liflerinin varlığı saptanabilir; bu bulgu normal gebeliklerde de görülebilmekle birlikte, anormal plasental ayrılmayı gösterir. Daha da önemlisi, bazal plak miyometriyal liflerinin varlığı, sonraki gebeliklerde morbid adezyonlu plasenta gelişimi açısından artmış risk ile ilişkilidir [5].

PAS spekturumunda olan hastaların yönetimi hasta bazlı olmalıdır, invazyonun derecesi, hastanın klinik prezentasyonu ve gebelik haftasının önemi büyüktür. Altın standart tedavi hala histerektomi kabul edilse de günümüzde uterus koruyucu cerrahiler giderek gelişmekte ve kliniğimizde de uterus koruyucu cerrahilerden umut vaat eden sonuçlar alınmaktadır.

2-PLASENTA AKRETA SPEKTRUMU VE PLASENTA PERKREATA TANIMI, EPİDEMİYOLOJİ, RİSK FAKTÖRLERİ

2.1. Tanımı

FIGO tarafından geliştirilen PAS klinik sınıflaması, 2019 yılında uluslararası düzeyde standartizasyon sağlamak amacıyla yayımlanmıştır. Buna göre sınıflama şu şekildedir:

- **Grade 1:** Anormal adezyon gösteren plasenta (plasenta adherenta veya akreta); invazyon olmaksızın doğrudan miyometriyuma tutunma söz konusudur.
- **Grade 2:** Plasentanın miyometriyum içine anormal invazyonu (plasenta inkreta).
- **Grade 3:** Plasentanın uterin duvarın tüm katlarını aşarak serozaya ulaşması veya ötesine geçerek çevre pelvik dokulara, damarlara ve organlara invazyonu (plasenta perkreat a)[6].

PAS Derecesi	İnvazyon Derinliği	Histolojik Bulgular
PAS Grade 1	Non-invaziv	Plasenta manuel palpasyonla uterin duvara yapışık olarak izlenir. Miyometriyal kesitlerde düzgün plasenta-miyometriyum arayüzü ve incelme olmaksızın homojen miyometriyal kalınlık mevcuttur.
PAS Grade 2	Yüzeyel invazyon	Kesitlerde düzensiz plasenta-miyometriyum arayüzü izlenir. Dış miyometriyum tutulumu yoktur (etkilenmemiş miyometriyuma göre duvar kalınlığının >%25'i korunmuştur).
PAS Grade 3A	Derin invazyon	Düzensiz plasenta-miyometriyum arayüzü ile birlikte dış miyometriyum tutulumu vardır (etkilenmemiş miyometriyuma göre duvar kalınlığının <%25'i korunmuştur). Seroza intaktır.
PAS Grade 3D	Seroza bozulumu ile derin invazyon	Uterin serozal yüzeyde bozulma ile birlikte derin invaziv plasenta (D: derin invazyon).
PAS Grade 3E	Ekstrauterin invazyon	Plasentanın komşu organlara veya ekstrauterin fibroadipoz dokuya mikroskopik olarak doğrulanmış invazyonu (E: ekstrauterin invazyon).

Plasenta akreta, PAS'ın en sık görülen formudur ve olguların yaklaşık %75'ini oluşturur. PAS'ın hafif formları, manuel çıkarım gerektirebilen retansiyon plasenta şeklinde klinik olarak ortaya çıkabilir. PAS varlığında, plasentalarda daha sık olarak kronik bazal inflamasyon, maternal vasküler malperfüzyon bulguları ile retromembranöz ve subkoryonik/intervillöz hemoraji izlenmektedir [7].

2.2. Epidemiyoloji

PAS insidansı, 2510-4017 doğumda 1 olgudan 533 doğumda 1 olguya yükselmiştir. Bu artış, sezaryen doğumların daha yüksek prevalansına bağlanmakta olup, buna bağlı olarak sonraki gebeliklerde PAS olgularında artış görülmektedir [8]. 2,7 milyon sezaryen doğumu içeren retrospektif gözlemsel bir kohort çalışmasından (2015-2017) elde edilen daha güncel veriler, sezaryen uygulanan kadınlarda PAS tanısının yaklaşık her 313 kadından birinde görüldüğünü bildirmiştir [9]. Buna karşılık, 2016-2019 yılları arasında 8,6 milyondan fazla vajinal doğumu kapsayan benzer bir çalışmada, daha önce PAS şüphesi olmayan olgularda insidansın 3797 doğumda 1 olduğu saptanmıştır [9]. Toplam 5,7 milyon sezaryen ve vajinal doğumda 7001 PAS olgusunu içeren kapsamlı bir meta-analizde ise genel prevalans oranında belirgin değişkenlik olduğu gösterilmiş ve prevalans %0,17 olarak bulunmuştur [10].

2.3. Risk Faktörleri

Plasenta previa ile önceki sezaryen doğumun birlikteliği, PAS için en güçlü prediktördür. Tüm PAS olgularının %30-65'i bu kombine profilin bulunduğu kadınlarda görülmektedir [11] ve önceki sezaryen sayısı arttıkça anormal plasentasyon olasılığı belirgin şekilde yükselmektedir. Önceki uterin cerrahi olmaksızın plasenta previa varlığında PAS riski yaklaşık %10 iken, previa olmaksızın önceki sezaryen varlığında risk yaklaşık %12'dir. Ancak bu iki durumun birlikte bulunması halinde risk, bir önceki sezaryende yaklaşık %25'e, iki sezaryende %50'ye ve dört sezaryende %67'ye kadar yükselmektedir [12]. Bu nedenle tarama stratejileri, hem plasenta previa hem de uterin skar varlığı olan kadınlara odaklanmalıdır; çünkü en yüksek riskli grup bu hastalardır [13]. Bu yüksek riskli popülasyona odaklanan çalışmalar, ek klinik faktörlerin PAS riskini daha da modifiye edebileceğini göstermektedir. Önceki postpartum hemoraji (PPH), yetersiz desidualizasyonun

bir göstergesi olabileceğinden, hem previa hem de önceki sezaryeni olan kadınlarda dahi daha yüksek PAS insidansı ile ilişkilendirilmiştir [13]. Bu bulgular, sadece sezaryen sayısının değil, daha geniş obstetrik öykünün de risk sınıflandırmasında önemli olabileceğini düşündürmektedir. Yardımcı üreme teknikleri de PAS riskini etkilemektedir. IVF (İnvitro Fertilizasyon) gebelikleri, PAS'ın başlıca belirleyicilerinden biri olan plasenta previa riskini artırmaktadır. Bu nedenle IVF ile ilişkili artmış PAS riski büyük ölçüde artmış previa olasılığı ile açıklanmaktadır. Ancak hem plasenta previa hem de önceki sezaryeni bulunan kadınlarda IVF'nin ek bir risk artışı sağlamadığı gösterilmiştir [13].

3-PATOFİZYOLOJİ VE KLİNİK BULGULAR, TANI YÖNTEMLERİ

3.1. Patofizyoloji

Plasenta perkerata villusların miyometriumu ve uterin serozayı tam kat aşmasını ve olası bitişik organ tutulumunu yansıtır. Plasenta perkreatada desidua bazalis tabakası yok ya da yetersizdir. Nitabuch tabakası gelişmez böylece trofoblast invazyonu kontrolsüz hale gelir. Desiduanın total ya da parsiyel yokluğu plasenta perkreatanın karakteristik histopatolojik özelliğidir ve uterin skar üzerine implantasyon olan vakalarda göreceli olarak belirgindir [14]. Desidua bazalisinin üzerinde normal klivaj düzlemin yokluğu, doğum sonrası plasental ayrılmayı önler. PAS'da anormal plasentasyonu açıklamak için, trofoblast fonksiyonunun primer defekti, normal desidualizasyonun yetersizliğinin sonucu olarak sekonder desidua bazalis defekti ve yakın zamanda, skar dokusunun anormal vaskülarizasyonu ve doku oksijenizasyonunu içeren çeşitli konseptler önerilmiştir [15].

Plasenta previa için en güçlü risk faktörü implantasyon ve plasentasyonun her ikisi üzerine etki edebilen uterin skar bölgesinde desidualizasyon yetersizliğine sebep olan önceki sezaryen ile doğumdur. Bu bulgular, uterin skarı takiben oluşan desidual defektin, blastokistin skar dokusuna öncelikli bağlanmasını ve ekstravillöz trofoblastların

anormal derin invazyonu kolaylaştırmak için gerekli şartları sağlayarak erken implantasyon üzerine olumsuz etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Uterin sezaryen skarının ultrason özelliklerinin histolojik bulgularla karşılaştırılması, geniş ve derin myometrial defektlerin sıklıkla skar bölgesinin reepitelizasyonunun yokluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [16]. Bu bulgular, junctional zon altındaki miyometriyumun derin vaskülatörünü göç eden trofoblastlara maruz bırakan PAS'daki primer defekt konseptini desteklemektedir. Klivajın bu normal planının kaybı ve radyal ve arkuat arterlerin aşırı vasküler remodellingi PAS'ın antenatal bulguları ve klinik sonuçlarını açıklayabilir. Ekstravillöz trofoblastlar normalde spiral arter remodellingi ile sınırlıyken, perkreat a olgularında myometriumu tamamen aşar uterin serozaya ulaşır komşu organlara invazyon gösterir. Bu kontrolsüz invazyon, plasental ayrılmanın mümkün olmamasına neden olur [17]. Plasenta perkreat a da VEGF PIGF gibi anjiyogenik mediatörler artar. Yoğun ve düzensiz damar ağı oluşur oluşan damarlar frajildir. Cerrahi esnasında ciddi hemoraji gelişir [18]. Lokal uterin hipoksi, trofoblast invazyonunu artıran önemli bir uyarandır. Matriks metalloproteinazlar (MMP) artar hücre dışı matriks yıkımı hızlanır ve anti-invaziv faktörler azalır [19].

3.2. Klinik Bulgular- Tanı Yöntemleri

Tablo 2. Plasenta Perkreat a Tanı Kriterleri (ACOG 2025)

Tanı Yöntemi	Bulgular	Perkreat a için Spesifik Özellikler
Risk Değerlendirmesi	- Önceki sezaryen - Plasenta Previa - Uterin cerrahi öyküsü	Previa + çoklu sezaryen varlığında risk belirgin artar
Gri Skala Ultrasonografi	- Clear zone kaybı - Myometriyum incilmesi (<1mm) - Plasental lakünler	Uterin kontur bozulur, plasenta uterus dışına uzanabilir
Doppler Ultrasonografi	- Artmış vaskülarite - Bridging vessels - Türbülanslı akım	Mesaneye uzanan damarlar (ileri invazyon göstergesi)
MRI	- Myometriyum bütünlüğü kaybı - T2 heterojen sinyal - Seroza düzensizliği	Komşu organ invazyonu (özellikle Mesane) net gösterilir
İntraoperatif Bulgular	- Plasenta ayrılamaz - Masif kanama - Yapışıklıklar	Uterus dışına taşan plasenta, mesane invazyonu
Histopatoloji (Kesin Tanı)	- Villusların myometriuma invazyonu	Villuslar serozayı aşar perkreat a tanısı

PAS tanısı antenatal dönemde görüntüleme yöntemleri ile şüphe oluşturur, genellikle sezaryen sırasında klinik olarak doğrulanır ve nadiren histerektomi materyali veya kısmen rezeke edilen miyometriyal dokunun histopatolojik incelemesi ile kesinleşir. Günümüzde görüntüleme teknikleri ile antenatal PAS tanısı altın standart olup, yönetim planının belirlenmesi ve komplikasyonların azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Ultrasonografi ile tanının güvenilirliği; klinisyenin deneyimi, hasta özellikleri ve plasentanın yerleşimi gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Görüntü kalitesi, kullanılan yaklaşım ve ekipmana bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) kılavuzları, incelemenin konveks prob (3-5 MHz) kullanılarak transabdominal tarama ile başlatılmasını önermektedir. Özellikle anterior yerleşimli plasentalarda, penetrasyon derinliğinden ziyade yakın alan çözünürlüğünün daha önemli olması nedeniyle, dahayüksek frekanslı prob (5-9 MHz) veya lineer transdüser kullanımı ile görüntü kalitesi artırılabilir [20]. Klinik deneyimler, PAS tanısının çoğunlukla intrapartum dönemde, spontan olarak ya da basit kord traksiyonuna rağmen plasentanın ayrılmasını üzerine yapılan eksplorasyon sırasında konulduğunu da göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde dahi üç büyük olgu serisinde PAS vakalarının sırasıyla %70, %47 [9] ve %50'sinin [21] doğum sırasında tanı aldığı bildirilmiştir. PAS'ın antenatal tanısı, tercihen ikinci ve üçüncü trimesterde transvajinal ultrasonografi, renkli Doppler veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile mümkündür [22]; ancak tanı başarısı, incelemeyi yapan kişinin deneyimi ve klinisyenin şüphe düzeyine bağlıdır. Bu nedenle, görüntüleme bulgularının olmaması özellikle bilinen risk faktörleri bulunan hastalarda PAS olasılığını dışlamaz.

Normal plasental yerleşimde ultrasonografide plasenta ile miyometriyum arasında hipoekoik bir alan izlenir. Morbid adezyonlu plasentalarda ise bu normal hipoekoik alanın kaybı sık görülen bir bulgudur. Bunun yerine, plasenta içinde çok sayıda laküner boşluklar ("İsviçre peyniri" veya "güve yemiği" görünümü olarak da tanımlanır) ve özellikle anterior yerleşimli plasentalarda utero-vezikal duvarda incelleme izlenmesi tipiktir [23]. MRI ise özellikle ultrasonografi bulgularının yetersiz veya belirsiz olduğu durumlarda ya da plasental invazyonun daha ayrıntılı değerlendirilmesinin

gerektiği olgularda, PAS'ın antenatal tanısında giderek daha fazla kullanılmaktadır. MRI, özellikle posterior yerleşimli plasentalarda veya PAS'ın daha ağır formlarında abdominal invazyonun yaygınlığının değerlendirilmesinde daha yararlıdır [24].

PAS için MRI genellikle gadolinyum kontrast kullanılmadan, gebeliğin 28-32. haftaları arasında multiplanar T2-ağırlıklı sekanslar ile gerçekleştirilir. PAS ile ilişkili MRI bulguları arasında uterin bombeleşme, heterojen plasenta yapısı, plasental bantlar ve hipointens miyometriyal sınırdaki fokal kesintiler yer almaktadır [25].

Bir sistematik derleme ve meta-analizde, PAS'ın antenatal tanısında MRI'nin ultrasonografi ile benzer duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu gösterilmiştir [26].

4-YÖNETİM

4.1. Anamnez, Fizik Muayene, Prenatal Değerlendirme

Preoperatif dönemde hastalar; mevcut ilaç kullanımı, alerjiler, anesteziye bağlı önceki komplikasyonlar ve tıbbi öykü açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca gebelikte sık görülen komorbiditelere özellikle dikkat edilmelidir. Gebelik sırasında kadınlar daha hiperkoagüle hale gelir ve gebelikte tromboembolik olay geçirme olasılığı, gebe olmayan döneme kıyasla 4-5 kat artar [27]. Bu değerlendirme sırasında özellikle Faktör V Leiden, Protein C/S eksikliği ve antifosfolipid sendromu gibi trombofili öyküsü sorgulanmalıdır. Venöz tromboembolizm (VTE) açısından yüksek riskli kadınlarda gebelik boyunca düşük molekül ağırlıklı heparin (LMWH) kullanımı önerilmektedir. Anestezi ekibi tarafından ayrıntılı obstetrik öykü alınmalı ve intraoperatif komplikasyon riskini artırabilecek faktörlere odaklanılmalıdır. PAS için risk faktörleri arasında önceki sezaryen doğumlar, ileri maternal yaş (≥ 35 yıl), multiparite, geçirilmiş uterin cerrahi ve abortuslar yer almaktadır. Preeklampsisi, gestasyonel trombositopeni ve HELLP sendromu gibi eşlik eden durumlar hemodinamik instabilite riskini artırır. Ultrasonografik bulgular, morbid adezyonlu plasentanın yaygınlığının belirlenmesinde değerli olup postpartum hemoraji (PPH) riskinin yönetilmesine yönelik önlemlerin planlanmasına yardımcı olabilir [28].

Hastanın cerrahi öyküsü de dikkate alınmalıdır; özellikle abdominal ve sezaryen operasyonları sonrası gelişen adezyonlar ameliyat süresini uzatabilir [24]. Bu nedenle anestezi planı oluşturulurken önceki cerrahiler dikkatle değerlendirilmelidir.

PASşüphesi olan ve planlı sezaryen uygulanacak bir hastaya, eşlik edebilecek histerektomi riski açıkça anlatılmalıdır. Kanamanın kontrol altına alınamadığı durumlarda total histerektomi önerilmektedir [29]. Kadınların yalnızca %53'ü sezaryen öncesinde PAS tanısı almakta, %33'ünde ciddi kan kaybı gelişmekte ve %92'sinde sonuçta histerektomi gereksinimi ortaya çıkmaktadır [30]. Artmış hemoraji riski nedeniyle hastalar, kan transfüzyonu gereksinimi olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Transfüzyonun febril reaksiyonlar, anafilaktik reaksiyonlar ve bakteriyel enfeksiyonlar gibi potansiyel riskleri açıklanmalıdır [31].

Anestezi türüne ilişkin nihai karar, hastanın klinik durumu (hava yolu riski ve hemoraji riski dahil), hastanın tercihleri ile sağlık kuruluşunun uygulamaları göz önünde bulundurularak anestezi kliniği yargısı doğrultusunda verilmelidir. Rejyonel ve genel anestezi arasında seçim yapılırken, karıştırıcı faktörler ve yanlılık kaçınılmazdır. Farklı çalışmalar; APGAR skorları gibi neonatal sonuçlar, yoğun bakım yatışı ve hastanede kalış süresi gibi maternal sonuçlarla enfeksiyon ve transfüzyon gibi komplikasyonları değerlendirdiğinden, doğrudan karşılaştırmalar güçleşmektedir [32]. Ayrıntılı planlama, hastanın mevcut tıbbi durumu, öyküsü ve sezaryen sırasında hemoraji riskini artırabilecek obstetrik faktörler dikkate alınarak yapılmalıdır. Adezyonlu plasenta nedeniyle acil doğum yapılan kadınlarda maternal morbidite riski, 34-35. gebelik haftasında planlı doğum yapılanlara kıyasla daha yüksektir [33].

Doğum öncesinde erken anestezi konsültasyonu ve uygun hazırlık, intraoperatif komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlayabilir. PAS hastalarının yaklaşık %35'inde acil sezaryen gereksinimi doğmakta olup, bunların %80'i 34. gebelik haftasından önce gerçekleşmektedir [34]. Bu durum, komplikasyon riskini azaltmak ve plansız acil doğumlar için gerekli tıbbi kaynakların hazır bulundurulmasını sağlamak açısından dikkatli antenatal planlamanın önemini vurgulamaktadır.

Cerrahinin gerçekleştireceği ideal merkez, kurumun olanaklarına bağlı olmakla birlikte; sezaryen histerektomi

için gerekli cerrahi ekipmana, hızlı kan transfüzyon sistemlerine, yenidoğan resüsitasyon ekipmanına ve uterin arter embolizasyonu veya intraarteriyel balon oklüzyonu gibi girişimler için girişimsel radyoloji olanaklarına sahip olmalıdır [35]. Ayrıca multidisipliner bir ekiple yapılan yeterli preoperatif koordinasyonun, kan ürünü gereksinimini, intraoperatif kan kaybını ve maternal morbiditeyi azalttığı gösterilmiştir [36].

4.3. Komplikasyonların Yönetimi

Peripartum histerektomi yapılmayan hastalardaki en önemli komplikasyon postpartum hemorajidir. Postpartum hemoraji yönetiminde klinik yaklaşım, eş zamanlı olarak hemodinamik stabilitenin sağlanması ve kanama nedeninin hızlı şekilde belirlenmesine dayanır. En sık neden olan uterin atoni düşünüldüğünde ilk aşamada uterin masaj, mesanenin boşaltılması ve uterotonik ajanların (özellikle oksitosin) uygulanması gerekir. Kanama devam ederse ikinci basamakta ek uterotonikler ve traneksamik asit devreye girer. Buna rağmen kontrol sağlanamazsa intrauterin balon tamponad, uterin packing veya kompresyon sütürleri gibi mekanik yöntemler uygulanır. Dirençli olgularda uterin arter embolizasyonu veya cerrahi ligasyonlar gündeme gelirken, hayatı tehdit eden ve kontrol altına alınamayan kanamalarda histerektomi son seçenek olarak uygulanır. Tüm süreç boyunca hızlı damar yolu açılması, sıvı ve kan ürünleri replasmanı ile gerektiğinde masif transfüzyon protokolünün devreye sokulması esastır. Bu basamaklı ve multidisipliner yaklaşım, maternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir [39].

Uterotoniklerin PAS yönetimindeki yeri tartışmalıdır. Bazı yazarlar ve kılavuzlar kullanımını önermekteyken, diğerleri parsiyel plasenta ayrılması ve masif hemoraji riskini artırabileceği endişesiyle karşı çıkmaktadır. Hala tartışmalı olmasına rağmen klinik yaklaşımda uterus koruyucu cerrahi sağlandıysa post operatif dönemde sezaryen doğum sonrası yapılan postpartum hemoraji tedavilerini sağlamak amacıyla kan ürünlerinin replasmanının sağlanması maternal morbiditenin ve mortalitenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir [40].

4.2. İntraoperatif Yaklaşımlar

Tablo 3. İntraoperatif Yaklaşımlar

Seçenek	Tanım / Uygulama	Endikasyonlar	Avantajlar	Riskler / Dezavantajlar
I. Direkt histerektomi	Sezaryen sırasında plasentaya müdahale edilmeden uterusun tamamen çıkarılmasıdır. Genellikle plasenta in situ bırakılır ve doğrudan histerektomiye geçilir.	Aktif kontrolsüz kanama, ileri invazyon (özellikle perkreat), fertilitatesini tamamlamış hastalar	Definitif tedavi sağlar, hızlı kanama kontrolü	Yüksek cerrahi morbidite, mesane ve üreter yaralanmaları, masif transfüzyon ihtiyacı
II. Gecikmiş (interval) histerektomi	Fetüs doğurtulduktan sonra plasenta uterusu bırakılır, uterin insizyon kapatılır ve 6-10 hafta sonra elektif histerektomi yapılır	Hemodinamik stabil hastalar, acil histerektomi koşullarının uygun olmadığı durumlar	Daha az intraoperatif kanama, daha kontrollü cerrahi ortam	Gecikmiş kanama, enfeksiyon, DIC riski, ikinci operasyon gereksinimi
III. Bekleyici yönetim (plasenta in situ)	Plasenta çıkarılmadan uterus içinde bırakılır ve spontan rezorpsiyon veya geç ayrılma beklenir	Stabil, kanaması olmayan veya kontrol altındaki hastalar, fertilitate isteği olanlar	Uterus korunabilir, fertilitate potansiyeli devam eder	Geç hemoraji, enfeksiyon, koagülopati, uzun takip gereksinimi
IV. Bekleyici + konservatif girişimler	Plasenta yerinde bırakılır, ek olarak traneksamik asit, uterin arter ligasyonu, embolizasyon veya balon tamponad uygulanır	Kanama riski yüksek ama kontrol edilebilir hastalar	Histerektomi ihtiyacını azaltabilir, kanama kontrolü sağlar	Yetersiz kontrol durumunda acil cerrahi gerekir, teknik bağımlılık

V. Triple-P prosedürü	1) Plasentanın üst sınırının belirlenmesi, 2) internal iliak arterlere balon yerleştirilmesi, 3) plasentayı ayırmadan miyometriyal rezeksiyon	Antenatal tanı konmuş seçilmiş PAS vakaları	Kan kaybını azaltabilir, uterus korunabilir	Tromboz, damar yaralanması, teknik zorluk, deneyim gerektirir
VI. Miyometriyal rezeksiyon (tek aşamalı konservatif cerrahi)	İnvaziv plasental doku ile birlikte etkilenen miyometriyum çıkarılır ve uterin duvar onarılır	Sınırlı invazyon, lokalize lezyonlar	Plasental dokunun tamamen uzaklaştırılması	Masif kanama riski, uterin duvar zayıflığı, sonraki gebeliklerde rüptür riski
VII. Manuel plasenta çıkarılması	Plasenta elle (tam veya parçalı) çıkarılır, ardından uterotonik ve tamponad uygulanır	Sadece yüzeysel adezyon (akreta) ve aktif kanama durumunda	Hayat kurtarıcı olabilir	İnkreta/perkreta'da ciddi kanama, DIC ve acil histerektomi gereksinimi
VIII. Uterin duvar onarımı + kompresyon sütürleri	Plasental yaktakta hemostaz sağlandıktan sonra uterin insizyonun çift kat kapatılması ve lateral kompresyon sütürleri ile endometriyal yüzeylerin birbirine yaklaştırılması	Lokal invazyon, kanamanın kontrol altına alınabileceği uterus koruyucu cerrahi olgular	Kanama kontrolü sağlar, uterus korunur, istmosel riskini azaltabilir	Teknik zorluk, yetersiz hemostaz durumunda başarısızlık, komşu organ yaralanma riski

Tabloda özetlenen yöntemler I.-VII. [37], VIII. Yöntem [38]

5. SONUÇLAR

Patolojik plasentasyon için en önemli risk faktörü, önceki sezaryen doğumu takiben gelişen plasenta previadır. Sezaryen oranlarının artmasıyla birlikte bu durumun insidansı da yükselmekte, buna bağlı olarak maternal ve neonatal morbidite ve mortalite artmaktadır. Prenatal tanı, sonuçların iyileştirilmesinde kritik bir rol oynar ve doğru tanı için standartlaştırılmış ultrasonografik kriterlerin kullanılması gereklidir. Ancak doğru bir ön tanı ile optimal yönetim sağlanabilir; bu da bireyselleştirilmiş planlama, doğumun üçüncü basamak merkezlerde gerçekleştirilmesi ve multidisipliner uzman ekipler tarafından bakım verilmesini içerir.

Plasenta akreta spektrumunun (PAS) yönetimi, tercihen jinekolojik onkoloji eğitimi almış deneyimli bir cerrah ve multidisipliner bir ekip gerektirir. Özellikle PAS tanısının doğrulanması durumunda uygulanacak sezaryen histerektomi için hızlı kan ürünlerine erişim ve yoğun bakım desteği hayati önem taşır.

PAS'ın preoperatif olarak bilindiği olgularda, uterotomi plasentanın yerleşim yerinden mümkün olduğunca uzak bir noktadan yapılmalıdır. Ağır vakalarda, plasentanın ayrılmaya çalışılması kontrolsüz kanamaya yol açabileceğinden, plasentanın yerinde bırakılarak uterusla birlikte çıkarıldığı "en bloc" sezaryen histerektomi önerilmektedir.

Uterus koruyucu yaklaşımlar—plasentanın insitu bırakılması (bekle-gör yaklaşımı) veya uteroplasental eksizyon—yalnızca dikkatle seçilmiş olgularda değerlendirilmelidir. Nadir durumlarda, hastaya özgü koşullara bağlı olarak subtotal (supraservikal) histerektomi, total sezaryen histerektomiye alternatif olabilir. Bununla birlikte, en uygun tedavi stratejisi her hasta için klinik duruma göre ve deneyimli bir multidisipliner ekip tarafından belirlenmelidir [41]. Ancak artık gelişmiş maternal yoğun bakım olanaklarının bulunduğu günümüzde, PAS olgularında radikal cerrahi yerine konservatif yaklaşımlar teşvik edilmektedir. Bu prosedürü, komplet plasenta previa ile birlikte PAS bulunan olgularda peripartum histerektomi ve diğer konservatif cerrahi yöntemlere alternatif, yeni, güvenilir ve etkin bir teknik olarak önermekteyiz. Uterus koruyucu cerrahi yapan kliniklerden elde edilen verilere bakıldığında uterusu korurken kan kaybını ve transfüzyon gereksinimini azaltmakta, dolayısıyla PAS olgularında maternal morbidite ve mortaliteyi düşürmektedir [38].

Özetlemek gerekirse, plasenta akreta spektrumu (PAS), artan sezaryen oranları ile birlikte insidansı giderek yükselen ve maternal morbidite ile mortalitenin önemli nedenlerinden biri haline gelen kompleks bir obstetrik durumdur. Patofizyolojisinde yetersiz desidualizasyon ve anormal trofoblast invazyonu temel rol oynamakta olup, özellikle plasenta previa ve geçirilmiş sezaryen öyküsü en güçlü risk faktörlerini oluşturmaktadır. Günümüzde antenatal tanı yöntemlerindeki gelişmeler, özellikle ultrasonografi ve gerektiğinde manyetik rezonans görüntüleme kullanımı, erken tanı ve uygun yönetim planlamasına olanak sağlamaktadır. PAS yönetimi, invazyon derinliği, hastanın klinik durumu ve fertilitate beklentileri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmelidir. Sezaryen histerektomi halen standart ve en güvenilir tedavi yöntemi olarak kabul edilmekle birlikte, uygun hasta seçimi ile uterus koruyucu yaklaşımlar da giderek daha fazla uygulanmaktadır. Ancak bu yöntemlerin yüksek komplikasyon riski taşıdığı unutulmamalı ve yalnızca deneyimli merkezlerde, multidisipliner ekipler eşliğinde uygulanmalıdır.

Sonuç olarak, PAS olgularında maternal ve perinatal sonuçların iyileştirilmesi için erken tanı, uygun merkezde planlı doğum, multidisipliner yaklaşım ve deneyimli cerrahi ekiplerin varlığı kritik öneme sahiptir. Gelecekte yapılacak geniş ölçekli ve prospektif çalışmalar, özellikle konservatif tedavi yöntemlerinin etkinliği ve güvenilirliği konusunda daha net klinik rehberlerin oluşturulmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Irving C, Hertig AT. A study of placenta accreta. *Surg Gynecol Obstet.* 1937;38(6):1088-1200.
2. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: epidemiology. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;140(3):265-273.
3. Higgins M, Monteith C, Foley M, O'Herlihy C. Real increasing incidence of hysterectomy for placenta accreta following previous caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171(1):54-56.
4. Jauniaux E, Bhide A, Burton GJ. Pathophysiology of accreta. In: Silver RM, ed. *Placenta Accreta Syndrome.* Taylor & Francis; 2017.
5. Miller ES, Linn RL, Ernst LM. Does the presence of placental basal plate myometrial fibres increase the risk of subsequent morbidly adherent placenta? *BJOG.* 2016;123(13):2140-2145.
6. Jauniaux E, Zheng W, Yan J. Confirming the diagnosis and classifying placenta accreta spectrum disorders. *Matern Fetal Med.* 2021;3:229-231.
7. Ernst LM, Linn RL, Minturn L, Miller ES. Placental pathologic associations with morbidly adherent placenta. *Pediatr Dev Pathol.* 2017;20(5):387-393.
8. Collins SL, Ashcroft A, Braun T, et al. Standardized ultrasound descriptors of AIP. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47:271-275.
9. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, et al. Morbidly adherent placenta treatments and outcomes. *Obstet Gynecol.* 2015;125:683-689.
10. Matsuzaki S, Mandelbaum RS, Sangara RN, et al. Trends and outcomes of PAS. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225:534.e1-534.e38.
11. Kayem G, Seco A, Vendittelli F, et al. Risk factors for PAS. *Sci Rep.* 2024;14:6564.
12. Umezurike CC, Feyi-Waboso PA. Placenta accreta and the developing world. *East Afr Med J.* 2010;87:513-520.
13. Carusi DA, Gopal D, Cabral HJ, et al. PAS risk in ART pregnancies. *F S Rep.* 2023;4:279-285.
14. Fox H. Abnormalities of placentation. In: *Pathology of the Placenta.* Saunders; 1997.
15. Jauniaux E, Jurkovic D. Pathogenesis of PAS. *Placenta.* 2012;33(4):244-251.
16. Ben-Nagi J, Walker A, Jurkovic D, et al. Effect of cesarean delivery on endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;106:30-34.
17. Silver RM, Branch DW. Placenta accreta spectrum. *N Engl J Med.* 2015;373:1529-1536.
18. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J. FIGO guidelines on PAS. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;146:259-275.
19. Cohen M, et al. Molecular mechanisms of abnormal placentation. *Placenta.* 2020;99:43-49.
20. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, et al. FIGO prenatal diagnosis guidelines. *Int J Gynecol Obstet.* 2018;140:274-280.
21. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, et al. PAS outcomes in UK. *BJOG.* 2014;121:62-70.
22. ACOG; SMFM. Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol.* 2018;132:e259-275.
23. Comstock CH, Bronsteen RA. Antenatal diagnosis of PAS. *BJOG.* 2014;121:2.
24. Tinari S, Buca D, Cali G, et al. Posterior PAS meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57:903-910.
25. Baughman WC, Corteville JE, Shah RR. Imaging findings of PAS. *Radiographics.* 2008;28:1905-1916.
26. Meng X, Xie L, Song W. US vs MRI in PAS diagnosis. *Ultrasound Med Biol.* 2013;39:1958-1965.
27. Adu-Bredu TK, Rijken MJ, Nieto-Calvache AJ, et al. Ultrasound screening guide for PAS. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;160:732-741.
28. Abu Hashim H, Shalaby EM, Hussien MH, et al. Placenta accreta index accuracy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;156:71-76.
29. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, et al. US and MRI accuracy. *Obstet Gynecol.* 2006;108:573-581.
30. Rac MW, Dashe JS, Wells CE, et al. Placenta accreta index. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212:343.e1-343.e7.
31. Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, et al. Multidisciplinary management outcomes. *Obstet Gynecol.* 2011;117:331-337.
32. Shteynman L, et al. PAS management. *J Dev Biol.*

2025;13:45.

33. D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal ultrasound detection meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;42:509-517.
34. Philips J, et al. Sonographic markers prevalence. *Am J Perinatol.* 2019;36:733-780.
35. Cali G, et al. First trimester PAS detection. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;52:258-264.
36. Skupski DW, et al. Ultrasound signs of PAS. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59:465-473.
37. Berhan Y, Urgie T. PAS expectant management. *Ethiop J Health Sci.* 2020;30:277.
38. Yalınkaya A, Oğlak SC. Conservative PAS management. *J Pregnancy.* 2024;2024:9910316.
39. ACOG. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017;130:e168-e186.
40. Findik FM. Placenta previa study. *Med Sci Monit.* 2022;28:e938023.
41. Markfeld Erol F, et al. PAS review. *Medicina.* 2024;60:1180.

Diyarbakır İlinde Maternal Mortalite Oranları ve Çözüm Önerileri

Prof.Dr.Elif Ağaçayak, Dr.Ali Selçuk Gerger



Özet

Maternal mortalite, sağlık sistemlerinin etkinliğini ve toplumsal gelişmişlik düzeyini yansıtan temel bir halk sağlığı göstergesidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre maternal ölümlerin büyük bir bölümü önlenemez nedenlere bağlı olup, özellikle düşük ve orta gelirli bölgelerde yoğunlaşmaktadır. Türkiye'de maternal mortalite oranlarında son yıllarda belirgin bir azalma sağlanmış olmakla birlikte, bölgesel farklılıklar devam etmektedir (1). Diyarbakır ilinde maternal mortaliteyi Türkiye ve dünya verileri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilerek, mortaliteyi etkileyen belirleyici faktörleri ortaya koyarak çözüm önerileri sunmayı amaçlamaktayız. Literatür taramasına dayalı olarak ulusal ve uluslararası veri kaynaklarını kapsamlı bir biçimde inceledik.

Bu derlemede elde edilen bulgular, Diyarbakır'da maternal mortalite oranlarının Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiğini ortaya koymaktadır. Söz konusu durumun; sosyoekonomik yetersizlikler, düşük eğitim düzeyi, erken yaş gebelikler ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan kısıtlılıklar ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, postpartum hemoraji ve hipertansif hastalıklar maternal mortalitenin başlıca tıbbi nedenleri arasında yer almaktadır. Diyarbakır'da maternal mortalitenin azaltılabilmesi için sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi ve sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik bütüncül ve sürdürülebilir çözümlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

1. Giriş

Maternal mortalite, bir toplumun sağlık düzeyini ve sağlık sisteminin etkinliğini değerlendirmede en kritik göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) maternal ölümü, gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresi ve yeri ne olursa olsun, gebelikle ilişkili ya da gebeliğin yönetiminden kaynaklanan nedenlerle meydana gelen ölüm olarak tanımlamaktadır. Maternal mortalite oranı (MMR) ise, belirli bir zaman diliminde her 100.000 canlı doğum başına düşen anne ölüm sayısını ifade etmektedir. Bu tanım, maternal mortalitenin yalnızca biyomedikal bir sorun olmadığını, aynı zamanda sağlık sistemlerinin organizasyonu, erişilebilirliği ve kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (1).

Maternal mortalitenin başlıca nedenleri; postpartum hemoraji, hipertansif hastalıklar, enfeksiyonlar ve doğum komplikasyonları gibi direkt obstetrik nedenler ile anemi, kardiyovasküler hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları gibi indirekt nedenlerden oluşmaktadır. Bu nedenlerin büyük bir kısmı uygun sağlık hizmetleri, erken tanı ve etkili müdahaleler ile önlenabilir niteliktedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2020 yılı itibarıyla dünya genelinde maternal mortalite oranı yaklaşık 223/100.000 canlı doğum olarak bildirilmiştir (1). Ancak bu oran bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Sahra Altı Afrika'da bu oran yüzbinde 500'ün üzerinde seyrederken, yüksek gelirli ülkelerde yüzbinde 10'un altına kadar düşmektedir (4)(1). Türkiye'de maternal mortalite oranlarında son yıllarda önemli düşüşler kaydedilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2000'li yılların başında yaklaşık 64/100.000 canlı doğum olan maternal mortalite oranı, sağlıkta dönüşüm programı ve anne sağlığına yönelik iyileştirmeler sayesinde 2020 yılı itibarıyla yaklaşık 13-14/100.000 canlı doğum seviyelerine gerilemiştir (2). Bununla birlikte, ülke genelindeki bu olumlu gelişmelere rağmen, bölgesel farklılıklar devam etmektedir. Özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde maternal mortalite oranlarının ülke ortalamasının üzerinde olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda, Diyarbakır ili, yüksek doğurganlık oranları, genç nüfus yapısı nedeniyle maternal mortalite açısından dikkat çeken illerden biridir.

Diyarbakır ilinde maternal mortaliteyi etkileyen faktörler yalnızca bu sebepler ile sınırlı olmayıp; adolesan ve ileri yaş gebelikler, düşük eğitim düzeyi, kırsal yerleşimlerde sağlık hizmetlerine ulaşım güçlükleri ve sosyokültürel dinamikler gibi çok sayıda değişken ile ilişkilidir (2).

Diyarbakır ilinde maternal mortalite durumunu Türkiye ve dünya verileri ile karşılaştırmalı olarak inceleyecek olursak, bölgeye özgü risk faktörlerini ortaya koyarak bu doğrultuda uygulanabilir çözüm önerileri geliştirmeliyiz.

2.1. Maternal Mortalite Tanımı

Maternal mortalite, gebelik süresince veya gebeliğin sonlanmasını izleyen 42 gün içinde, gebelikle ilişkili veya gebeliğin ağırlaştırdığı nedenlere bağlı olarak meydana gelen anne ölümleri olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, kazalar veya tesadüfi nedenlere bağlı ölümleri kapsamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bu tanım, maternal ölümlerin izlenmesi ve uluslararası karşılaştırmaların yapılabilmesi açısından standart bir çerçeve sunmaktadır (4)(1).

Maternal ölümler, nedenlerine göre iki ana grupta sınıflandırılmaktadır:

- **Direkt obstetrik ölümler:** Gebelik, doğum veya lohusalık sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlara bağlı ölümler (örneğin kanama, eklampsi, enfeksiyonlar)
- **İndirekt obstetrik ölümler:** Gebelik öncesinde var olan veya gebelik sırasında gelişip gebelikle ağırlaşan hastalıklara bağlı ölümler (örneğin anemi, kalp hastalıkları) Bu sınıflandırma, maternal mortalitenin hem klinik hem de halk sağlığı boyutunun anlaşılması açısından önem taşımaktadır (1).

2.2. Maternal Mortalite Oranı (MMR)

Maternal mortalite oranı, belirli bir zaman diliminde gerçekleşen maternal ölümlerin, aynı dönemdeki canlı doğum sayısına oranlanması ile hesaplanır ve genellikle 100.000 canlı doğum başına düşen ölüm sayısı olarak ifade edilir. MMR, ülkeler ve bölgeler arasında karşılaştırma yapmada en yaygın kullanılan göstergedir (4)(1).

3.1. Dünya Genelinde Maternal Mortalite

Maternal mortalite, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılı itibarıyla dünya genelinde maternal mortalite oranı yaklaşık 223/100.000 canlı doğum olarak bildirilmiştir (1).

Maternal ölümlerin yaklaşık %95'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Özellikle Sahra Altı Afrika ve Güney Asya bölgeleri, en yüksek maternal mortalite oranlarına sahip bölgeler olarak öne çıkmaktadır. Sahra Altı Afrika'da maternal mortalite oranı bazı ülkelerde 500/100.000 canlı doğumun üzerine çıkabilmektedir. Buna karşın, yüksek gelirli ülkelerde bu oran genellikle 10/100.000'in altındadır (4)(1).

Küresel düzeyde maternal mortalitenin başlıca nedenleri arasında postpartum hemoraji, hipertansif hastalıklar ve enfeksiyonlar yer almaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, yetersiz doğum öncesi bakım ve eğitim düzeyinin düşüklüğü gibi sosyoekonomik faktörler maternal mortalite üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (1).

3.2. Türkiye'de Maternal Mortalite

Ulusal çalışmalar ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre maternal mortalite oranı son yıllarda 15-20/100.000 canlı doğum düzeyindedir (5)(2). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülen Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında maternal mortalite oranı yaklaşık 29/100.000 canlı doğum olarak bildirilmiş ve ölümlerin %59'unun direkt obstetrik nedenlere bağlı olduğu saptanmıştır (3). Türkiyede maternal mortalitenin Dünyaya göre daha az olmasının sebebi Türkiyede antenatal takibin iyi olması, doğumların daha çok hastanede gerçekleşmesi ve acil obstetrik bakımın gelişmiş olmasıdır.

3.3. Diyarbakır'da Maternal Mortalite

Diyarbakır iline yönelik çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, mevcut hastane temelli ve bölgesel araştırmalar maternal mortalitenin Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiğini göstermektedir(6). Diyarbakır ili, demografik yapısı, sosyoekonomik özellikleri ve sağlık hizmetlerine erişimdeki bölgesel farklılıklar nedeniyle maternal mortalite açısından dikkat çeken illerden biridir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Diyarbakır, yüksek doğurganlık oranı, genç nüfus yapısı ve kırsal yerleşimlerin yaygınlığı gibi özellikleri ile maternal sağlık açısından riskli bir profil

sergilemektedir (6).

Diyarbakır'da maternal mortaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden biri sosyoekonomik düzeydir. Bölgede kadınların eğitim düzeyinin görece düşük olması, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık okuryazarlığı açısından önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Eğitim düzeyinin düşük olması, gebelikte risk belirtilerinin fark edilmesini zorlaştırmakta ve sağlık hizmetlerine başvuruda gecikmelere neden olmaktadır. Ayrıca, bölgede erken ve ileri yaş gebelikler ve yüksek doğurganlık oranları yaygın olarak görülmektedir. Adölesan gebelikler, maternal mortalite açısından önemli bir risk faktörü olup, özellikle obstetrik komplikasyonların artmasına neden olmaktadır. Yüksek parite (çok sayıda doğum yapma) ise maternal sağlık üzerinde kümülatif risk oluşturmaktadır (6).

Yalınkaya ve arkadaşlarının 2008 yılında Dicle Üniversitesi Hastanesinde yaptıkları 2001 - 2005 tarihleri arasında maternal mortalite oranını belirlemek için yaptıkları bir çalışmada maternal mortalite oranı 1100/100.000 olarak görülmüştür(6). Elazığ ilinde Ocak 2015 - Haziran 2020 yılları arasında yapılan bir çalışmada maternal mortalite oranı 15 / 100.000 olduğu görülmüştür. Bu 9 ölümün 7 si doğrudan veya dolaylı, 2 si ise tesadüfi anne ölümü olarak görülmüştür(7). Türkyılmaz ve arkadaşlarının 2009 yılında 12 ay boyunca Türkiye geneli yaptıkları bir maternal mortalite oranı çalışmasında maternal mortalite oranı 38 / 100.000 olarak görülmüştür. Bu maternal mortalitelerin %59' unun doğrudan anne kaynaklı, %16' sının dolaylı olarak, %23' ünün ise tesadüfi maternal mortalite olduğu belirtilmiştir (8). Elazığ ilinde maternal mortalite oranının Diyarbakıra göre daha düşük olduğu görülmüştür. Diyarbakır ilinde Türkiye geneline göre maternal mortalite oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Dicle Üniversitesi Hastanesinde 2020-2025 yılları arasındaki doğumları değerlendirdiğimizde maternal mortalite oranı ve sebeplerine baktığımızda; sezeryan ve normal yolla vajinal doğum sayısına baktığımızda 7024 olduğunu gördük, beş yıl içinde maternal mortalite sayısı ise hemoraji sebepli 6, tromboemboli sebepli 4, annenin

kardiyak hastalıkları sebebiyle 3, annenin hematolojik hastalıklarına (GTP ve İTP gibi) bağlı olarak 2 maternal mortalite mevcut. Bu verilere göre maternal mortalite oranı ise 213/100.000 olarak hesaplanmıştır. Diyarbakır Dicle Üniversitesi Güneydoğu Anadolu bölgesine hizmet veren 3. basamak bir sağlık kuruluşu olduğu için maternal mortalite oranı Türkiye ve Diyarbakır ortalamasına göre daha yüksektir. Dünya ortalamasına daha yakın oranda bir maternal mortalite oranı mevcuttur. Bunun tıbbi sebepleri olarak ta ; direkt ve indirekt obstetrik maternal ölümlerin sebeplerinin dünya ile paralel seyrettiği görülmüştür. Başlıca en sık sebepler ise; postpartum hemoraji, hipertansif hastalıklar (preeklampsii/ eklampsii), enfeksiyonlar ve emboli olarak sıralanmaktadır (6).

Tablo.1: Dünya genelinde, Türkiye’de ve Diyarbakır ilinde maternal mortaliteyi etkileyen başlıca faktörler karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Faktörler	Dünya	Türkiye	Diyarbakır
Tıbbi Nedenler	Hemoraji, hipertansif hastalıklar, enfeksiyonlar, abortus komplikasyonları	Hemoraji, hipertansif hastalıklar, indirekt nedenler	Hemoraji, hipertansif hastalıklar, enfeksiyonlar, emboli
Sağlık Hizmetlerine Erişim	Düşük ve orta gelirli ülkelerde sınırlı	Genel olarak iyi, ancak bölgesel farklılıklar mevcut	Kırsal bölgelerde yetersiz, ulaşım ve altyapı sorunları
Eğitim Düzeyi	Düşük eğitim yüksek risk	Artış göstermiştir, ancak bölgesel farklar var	Düşük eğitim düzeyi yaygın
Sosyoekonomik Durum	Yoksulluk önemli belirleyici	Orta düzey, bölgeler arası farklılık var	Düşük sosyoekonomik düzey belirgin
Doğurganlık Oranı	Yüksek doğurganlık risk artırır	Azalma eğiliminde	Yüksek doğurganlık yaygın
Erken Yaş Gebelikler	Yaygın (özellikle gelişmekte olan ülkelere)	Azalma eğiliminde	Görece yaygın
Kırsal-Şehir Farkı	Belirgin	Orta düzeyde	Çok belirgin

Bu oranlara bakıldığında Diyarbakır ilinin Türkiye ortalamasına yakın olduğu gözlenirken Şanlıurfa'nın daha yüksek, Mardin ve Batmanın ise daha düşük oranlara sahip olduğu görülmüştür.

Dünya, Türkiye ve Diyarbakır karşılaştırıldığında maternal mortalitenin düzeyi ve belirleyicilerinin önemli farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Türkiye, küresel ortalamaya kıyasla daha düşük maternal mortalite oranlarına sahip olmakla birlikte, bölgesel eşitsizlikler devam etmektedir (5). Diyarbakır ise sosyoekonomik yetersizlikler, düşük eğitim düzeyi, erken ve ileri yaş gebelikler ve sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar nedeniyle daha yüksek risk profili sergilemektedir. Tıbbi nedenler büyük ölçüde benzerlik gösterirken, farklılıkların temelinde yapısal ve sosyal belirleyicilerin yer aldığı anlaşılmaktadır. Bu durum, maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik çözümlerin bölgesel ihtiyaçlara göre planlanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (6).

4. Çözüm Önerileri

Bu veriler ışığında Diyarbakır'da maternal mortalitenin yalnızca tıbbi nedenlerle sınırlı olmadığını; sosyoekonomik yetersizlikler, düşük eğitim düzeyi, erken yaş gebelikler ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan gecikmeler gibi çok boyutlu faktörlerin etkisi altında şekillendiğini göstermektedir. Bölgede maternal ölümlerin başlıca nedenleri arasında postpartum hemoraji, hipertansif hastalıklar ve enfeksiyonlar yer almakta olup, bu nedenlerin büyük ölçüde önlenabilir nitelikte olduğu dikkat çekmektedir. Ancak özellikle kırsal alanlarda karar verme gecikmesi, sağlık kuruluşuna ulaşma ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler (üç gecikme modeli) bağlı sorunlar, maternal mortalite riskini artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır. Türkiye genelinde sağlık sisteminde gerçekleştirilen iyileştirmeler maternal mortalite oranlarının düşürülmesinde etkili olmuştur.

Sonuç olarak, Diyarbakır'da maternal mortalitenin azaltılabilmesi için yalnızca sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yeterli olmayıp; kadınların eğitim düzeyinin artırılması, erken yaş gebeliklerin önlenmesi, sağlık hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi ve sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesine yönelik bütüncül ve sürdürülebilir çözümlerin uygulanması gerekmektedir.

Bu doğrultuda geliştirilecek bölgeye özgü stratejilerin, maternal mortalitenin azaltılmasında önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

5.Referanslar

- 1) World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality 2000–2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/ Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 2) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Raporu. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2021.
- 3) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2018.
- 4) World Health Organization. Maternal mortality: Key facts. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 5) Çim N, Elçi E, Sayan S, Elçi GG, Aksin Ş, Yıldızhan R. Trends and causes of maternal mortality in Eastern province of Turkey. Eastern Journal of Medicine. 2017;22(4):191–201.
- 6) Yalınkaya A, vd. Diyarbakır'da maternal mortalite. Perinatal Journal. 2008;16(1):9–13.
- 7) Batmaz İ, Kavak SB, Çelik Kavak E, Gül E, Fianlı C, Bulu G, Keser HB. The assessment of maternal deaths between 2015 and 2020 in Elazığ, Turkey. Perinatal Journal 2020;28(3):183–189. doi:10.2399/prn.20.0283008
- 8) Ahmet Sinan Türkyılmaz, İsmet Koç, Rudolf Schumacher & Oona Maeve Renee Campbell (2009) The Turkey National Maternal Mortality Study, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 14:1, 75–82, DOI: 10.1080/13625180802376127

Maternal Mortalitenin Belirleyicileri ve Azaltılmasına Yönelik Kanıta Dayalı Stratejiler: Küresel Perspektiften Malatya İli Örneğinde Bir Değerlendirme

Hülya Asena BALIKÇI¹, Ercan YILMAZ¹
¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı



ÖZET

Amaç: Maternal mortalite, sağlık sistemlerinin etkinliğini ve toplumsal eşitsizlikleri yansıtan önemli bir halk sağlığı göstergesidir. Bu çalışmanın amacı, maternal mortalitenin belirleyicilerini ve azaltılmasına yönelik kanıta dayalı stratejileri küresel perspektifte incelemek ve Malatya iline ait veriler üzerinden yerel düzeyde bir değerlendirme yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, güncel literatür ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda maternal mortalitenin nedenleri, risk faktörleri ve önlenmesine yönelik stratejilerin incelendiği bir derleme niteliğindedir. Ayrıca Malatya iline ait 2007-2025 yılları arasındaki maternal ölüm verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Yerel veriler, küresel eğilimlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Küresel düzeyde maternal mortalitede son yıllarda azalma eğilimi gözlenmesine rağmen, Malatya ilinde maternal ölüm sayılarının belirgin bir lineer azalma göstermediği ve yıllar içerisinde dalgalı bir seyir izlediği saptanmıştır. Özellikle 2018 yılında en düşük değer gözlenirken, 2021 ve 2023 yıllarında dikkat çekici artışlar kaydedilmiştir. Küresel eğilimlerle karşılaştırıldığında, yerel düzeyde maternal mortalitenin dönemsel faktörlere ve sağlık sistemi üzerindeki akut etkilenmelere daha duyarlı olduğu görülmüştür.

Sonuç: Maternal mortalite küresel ölçekte azalmakla birlikte, yerel düzeyde farklı dinamikler nedeniyle değişkenlik gösterebilmektedir. Malatya iline ait bulgular, maternal mortalitenin yalnızca uzun dönemli eğilimlerle değil, aynı zamanda pandemi ve afetler gibi kriz durumları ile de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik stratejilerin, küresel rehberlerin yanı sıra yerel ihtiyaçlar ve sağlık sistemi

kırılganlıkları dikkate alınarak planlanması gerekmektedir.

1. Giriş ve Maternal Mortalitenin Tanımı

Maternal mortalite, küresel sağlık göstergeleri içerisinde hem sağlık sistemlerinin etkinliğini hem de toplumsal eşitsizliklerin derinliğini yansıtan en kritik ölçütlerden biridir. Gebelik ve doğum süreci fizyolojik bir olay olmasına rağmen, uygun sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olduğu durumlarda ciddi morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilmektedir. Günümüzde maternal ölümlerin büyük bir kısmının önlenabilir nitelikte olması, bu konunun yalnızca klinik değil aynı zamanda etik, sosyal ve politik bir sorun olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır [1].

Dünya genelinde son yirmi yılda maternal mortalite oranlarında belirli bir azalma kaydedilmiş olsa da bu ilerleme istenilen düzeyde değildir. 2000-2023 yılları arasında küresel maternal mortalite oranında yaklaşık %40 oranında azalma sağlanmasına rağmen, 2023 yılı itibarıyla her yıl yaklaşık 260.000 kadının gebelik ve doğumla ilişkili nedenlerle yaşamını yitirdiği bildirilmektedir [2]. Bu durum, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin devam ettiğini ve mevcut müdahalelerin yetersiz kaldığını göstermektedir. Nitekim her iki dakikada bir kadının önlenbilir nedenlerle hayatını kaybetmesi, maternal mortalitenin halen ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır [2,9].

Maternal ölüm, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından itibaren 42 gün içinde, gebelik ile ilişkili veya gebeliğin yönetimine bağlı nedenlerden kaynaklanan, ancak kazara veya tesadüfi nedenlerle olmayan kadın ölümü" olarak tanımlanmaktadır [4,5]. Bu tanım, maternal ölümlerin doğru şekilde sınıflandırılması ve uluslararası karşılaştırmaların yapılabilmesi açısından kritik öneme sahiptir. ICD-MM sınıflandırma sistemi ise maternal ölümleri doğrudan ve dolaylı nedenler olarak ayırarak daha ayrıntılı bir analiz imkânı sunmaktadır [5].

Maternal mortalite yalnızca biyomedikal faktörlerle açıklanabilecek bir olgu değildir; aynı zamanda sağlık sistemlerinin organizasyonu, sosyoekonomik koşullar, eğitim düzeyi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile yakından ilişkilidir. Önlenbilir maternal ölümler, kadınların sağlık hizmetlerine zamanında ve kaliteli erişiminin sağlanamaması, yeterli obstetrik bakımın sunulmaması ve sağlık politikalarındaki eksikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır [1]. Bu bağlamda maternal mortalite, temel insan hakları kapsamında değerlendirilmekte olup, özellikle yaşam hakkı ve sağlık hakkı ile doğrudan ilişkilidir [1].

Küresel sağlık politikalarında maternal mortalitenin azaltılması önemli bir hedef olarak belirlenmiştir. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) kapsamında, 2030 yılına kadar küresel maternal mortalite oranının 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürülmesi hedeflenmektedir [4]. Ancak mevcut eğilimler, bu hedefe ulaşmada ciddi zorluklar bulunduğunu göstermektedir. Bu nedenle maternal mortalitenin nedenlerinin kapsamlı şekilde analiz edilmesi ve etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Küresel maternal mortalite eğilimleri, sorunun genel boyutunu ortaya koymakla birlikte, maternal ölümlerin ülke ve özellikle yerel düzeydeki dağılımının incelenmesi, sağlık sistemlerinin gerçek performansının değerlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Aynı ülke içerisinde dahi bölgesel farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişim, sosyoekonomik koşullar ve sağlık altyapısındaki değişiklikler nedeniyle maternal mortalite üzerinde belirleyici olabilmektedir.

Bu bağlamda, yerel düzeyde elde edilen verilerin analizi, maternal mortalitenin dinamiklerini daha iyi anlamaya ve hedefe yönelik müdahaleler geliştirmeye olanak sağlamaktadır. Özellikle belirli bölgelere ait zaman serisi verileri, sağlık sisteminin dönemsel değişimlere ve krizlere karşı duyarlılığını ortaya koymasından değer taşımaktadır. Bu çalışmada, küresel literatür ışığında maternal mortalitenin belirleyicileri ve önlenmesine yönelik stratejiler ele alınırken, Malatya iline ait maternal ölüm verileri üzerinden yerel düzeyde bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

2. Maternal Mortalitenin Epidemiyolojisi ve Küresel Eğilimler

Maternal mortalite, küresel sağlık göstergeleri arasında zaman içerisindeki değişimleri ve sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek açısından temel bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda elde edilen veriler, maternal ölümlerde belirli bir azalma eğilimi olduğunu göstermekle birlikte, bu azalmanın bölgesel olarak heterojen dağılım gösterdiği ve birçok ülkede yetersiz düzeyde kaldığı dikkat çekmektedir [2].

Dünya Sağlık Örgütü ve ilgili uluslararası kuruluşların ortak analizine göre, 2000-2023 yılları arasında küresel maternal mortalite oranında yaklaşık %40 oranında bir düşüş sağlanmıştır. Ancak bu ilerlemeye rağmen, 2023 yılı itibarıyla yaklaşık 260.000 kadın gebelik ve doğumla ilişkili nedenlerle hayatını kaybetmektedir [2]. Bu durum, maternal mortalitenin küresel ölçekte halen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve mevcut müdahalelerin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için yeterli olmadığını göstermektedir.

Maternal mortalite oranı (MMR), 100.000 canlı doğum başına düşen maternal ölüm sayısı olarak tanımlanmakta olup, ülkeler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir [4]. Yüksek gelirli ülkelerde maternal mortalite oranları genellikle düşük seviyelerde seyrederken, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranlar

belirgin şekilde yüksektir. Özellikle Sahra altı Afrika ve Güney Asya bölgeleri, maternal ölümlerin büyük bir kısmının gerçekleştiği bölgeler olarak öne çıkmaktadır [2].



Şekil 1. Küresel maternal mortalite oranlarının bölgesel dağılımı (WHO verilerine göre) [2].

Küresel düzeyde maternal ölümlerin coğrafi dağılımı incelendiğinde, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin belirleyici rol oynadığı görülmektedir. Düşük kaynaklı ülkelerde antenatal bakım hizmetlerinin yetersizliği, nitelikli doğum hizmetlerine erişimin sınırlı olması ve acil obstetrik bakım olanaklarının eksikliği maternal mortalite oranlarını artıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır [8]. Buna karşın, sağlık sistemlerinin güçlü olduğu ülkelerde maternal mortalite oranlarının oldukça düşük seviyelere indiği ve bu ölümlerin büyük ölçüde önlenabilir olduğu gösterilmiştir.

Zaman içerisindeki eğilimler değerlendirildiğinde, maternal mortalitedeki azalma hızının özellikle 2016 yılından sonra yavaşladığı dikkat çekmektedir. Bu durum, sağlık sistemlerinde yapısal sorunların devam ettiğini ve mevcut stratejilerin yeterince etkili olmadığını düşündürmektedir [2]. Ayrıca COVID-19 pandemisinin maternal sağlık hizmetleri üzerindeki olumsuz etkileri de bu yavaşlamada rol oynamıştır.

Maternal mortalitenin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, özellikle ergen gebelikler ve ileri yaş gebeliklerin daha yüksek risk taşıdığı görülmektedir. 10-14 yaş grubundaki adolesanlar ile 35 yaş üzerindeki kadınlarda maternal mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir [11]. Bu durum, biyolojik risklerin yanı sıra sosyoekonomik ve sağlık hizmetlerine erişimle ilgili faktörlerin de maternal mortalite üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Maternal mortalite yalnızca ölüm oranları ile değil, aynı zamanda morbidite ve uzun dönem sağlık sonuçları

ile birlikte değerlendirilmelidir. Her bir maternal ölüm vakasına karşılık çok daha fazla sayıda kadının ciddi komplikasyonlar yaşadığı bilinmektedir [8]. Bu nedenle maternal sağlık, yalnızca mortaliteyi azaltmaya yönelik değil, aynı zamanda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Sonuç olarak, maternal mortalite oranlarında küresel ölçekte belirli bir iyileşme sağlanmış olsa da, bu iyileşme sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için yeterli değildir. Bölgesel eşitsizliklerin devam etmesi, sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıklar ve yapısal sorunlar maternal mortalitenin azaltılmasında önemli engeller oluşturmaktadır. Bu nedenle, maternal mortalitenin epidemiyolojik özelliklerinin doğru şekilde analiz edilmesi ve bu doğrultuda hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

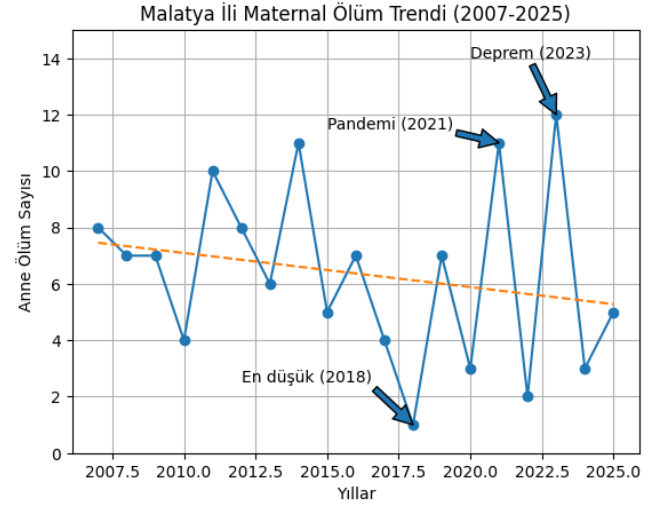
2.1. Türkiye ve Malatya İli Perspektifinde Maternal Mortalitenin Değerlendirilmesi

Küresel maternal mortalite eğilimleri genel bir çerçeve sunmakla birlikte, bu durumun ülke ve yerel düzeydeki yansımalarının incelenmesi, sağlık sistemlerinin performansının daha kapsamlı değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Türkiye’de maternal mortalite oranlarında son yıllarda genel olarak azalma eğilimi gözlenmekle birlikte, bölgesel farklılıklar varlığını sürdürmektedir.

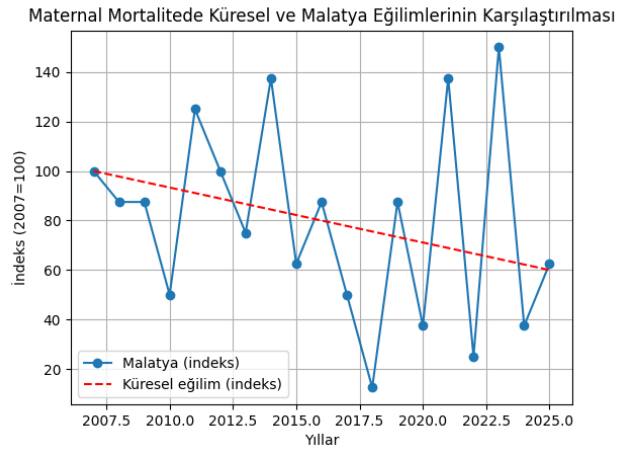
Bu bağlamda, Malatya iline ait 2007–2025 yılları arasındaki maternal ölüm verileri incelendiğinde, belirgin bir lineer azalma eğiliminden ziyade dalgalı bir seyir dikkat çekmektedir. 2007 yılında 8 olan maternal ölüm sayısının 2010 yılında 4’e kadar gerilediği, ancak takip eden yıllarda yeniden artış göstererek 2011 ve 2014 yıllarında sırasıyla 10 ve 11’e ulaştığı görülmektedir. 2015–2018 döneminde belirgin bir azalma eğilimi izlenmiş ve 2018 yılında maternal ölüm sayısı 1’e kadar düşmüştür. Ancak sonraki yıllarda tekrar artış gözlenmiş, özellikle 2021 yılında 11 ve 2023 yılında 12 ile dikkat çekici zirve değerler kaydedilmiştir. [13]

Gözlenen bu dalgalı seyir, maternal mortalitenin yalnızca sağlık hizmetlerinin genel düzeyi ile değil, aynı zamanda dönemsel ve bölgesel faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle 2020 sonrası dönemde görülen artışlar, COVID-19 pandemisinin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki olumsuz etkileri ile ilişkili olabilir. Ayrıca 2023 yılında gözlenen belirgin artış, bölgede yaşanan büyük ölçekli afetlerin (örneğin deprem) sağlık sistemleri üzerindeki yükü ve hizmet sunumundaki aksaklıkları yansıtır olabilir.

Küresel düzeyde bildirilen genel azalma eğilimi ile karşılaştırıldığında, Malatya iline ait veriler, yerel düzeyde maternal mortalitenin daha değişken bir yapıya sahip olduğunu ve bölgesel sağlık politikalarının önemini ortaya koymaktadır. Bu durum, maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik stratejilerin yalnızca küresel rehberler doğrultusunda değil, aynı zamanda yerel ihtiyaçlara ve risk faktörlerine göre şekillendirilmesi gerektiğini göstermektedir.



Şekil 2. Malatya ilinde 2007–2025 yılları arasında maternal ölüm sayılarının yıllara göre dağılımı ve doğrusal trend analizi. Genel eğilimde hafif bir azalma izlenmekle birlikte, maternal ölümlerin yıllar içerisinde dalgalı bir seyir gösterdiği dikkat çekmektedir. Özellikle 2021 yılında COVID-19 pandemisinin ve 2023 yılında meydana gelen depremin sağlık hizmetlerine erişim ve bakım sürekliliği üzerindeki olası etkileri grafikte vurgulanmıştır. [13]



Şekil 3. Malatya ilinde 2007–2025 yılları arasında maternal ölüm sayılarının indeksenmiş değerleri ile küresel maternal mortalite eğiliminin karşılaştırılması. 2007 yılı referans (100) olarak kabul edilmiştir. Kırmızı kesikli çizgi küresel maternal mortalitedeki azalma eğilimini, mavi çizgi ise Malatya iline ait değişken seyri göstermektedir.

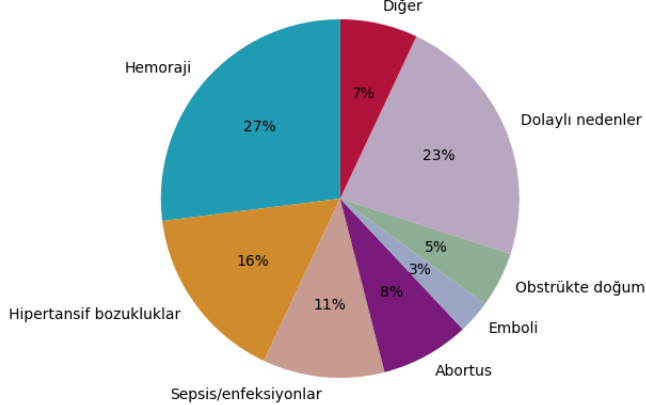
Küresel düzeyde istikrarlı bir azalma izlenirken, Malatya ilinde belirgin dalgalanmalar dikkat çekmektedir. [2-13]

3. Küresel Perspektiften Maternal Ölüm Nedenleri

Maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik etkili stratejiler geliştirebilmek için, öncelikle bu ölümlerin hangi nedenlerle ortaya çıktığının doğru biçimde sınıflandırılması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-MM sınıflamasına göre maternal ölüm nedenleri; doğrudan obstetrik nedenler, dolaylı obstetrik nedenler, nedeni bilinmeyen/belirlenemeyen ölümler ve gebelik dönemine rastlayan ancak tesadüfi nedenlere bağlı ölümler biçiminde gruplandırılmaktadır [5]. Doğrudan obstetrik ölümler; gebelik, doğum ve puerperium sürecinde gelişen obstetrik komplikasyonlardan veya bu komplikasyonların yönetimindeki gecikme, yetersizlik ya da yanlış uygulamalardan kaynaklanmaktadır. Dolaylı obstetrik ölümler ise gebelik öncesinde mevcut olan ya da gebelik sırasında gelişen, ancak doğrudan obstetrik kökenli olmayan hastalıkların gebeliğin fizyolojik yüküyle ağırlaşması sonucunda meydana gelmektedir [2,5]. Bu sınıflandırma, yalnızca epidemiyolojik izlem açısından değil, önleyici müdahalelerin hedeflenmesi bakımından da temel önemdedir.

Güncel WHO sistematik analizine göre 2009-2020 döneminde küresel düzeyde maternal ölümlerin en sık nedeni hemorajidir ve tüm maternal ölümlerin yaklaşık %27'sini oluşturmaktadır [3]. Bunu %23 ile dolaylı obstetrik nedenler ve %16 ile hipertansif bozukluklar izlemektedir [3]. Önceki WHO sistematik derlemesinde de hemorajinin özellikle Afrika ve Asya'da başlıca maternal ölüm nedeni olduğu, Latin Amerika ve Karayipler'de ise hipertansif bozuklukların daha belirgin bir paya sahip olduğu bildirilmiştir [12]. Bu bulgular, maternal ölüm profilinin dünya genelinde homojen olmadığını; aksine sağlık sistemlerinin kapasitesi, sosyoekonomik yapı, doğum öncesi bakımın niteliği ve acil obstetrik hizmetlere erişim gibi değişkenlere bağlı olarak bölgesel farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Maternal Mortalitenin Nedenlerine Göre Dağılımı (WHO verilerine dayalı)



Şekil 4. Maternal ölüm nedenlerinin küresel dağılımı (WHO ve Lancet verilerine dayalı) [3,4,12].

3.1. Obstetrik hemoraji

Obstetrik hemoraji, günümüzde de maternal mortalitenin en önemli doğrudan nedeni olmaya devam etmektedir [3,11,12]. Hemoraji; antepartum kanama, intrapartum kanama ve özellikle postpartum hemoraji biçiminde ortaya çıkabilmektedir. Güncel analizler, hemorajiye bağlı ölümlerin önemli bölümünün postpartum dönemde gerçekleştiğini göstermektedir [3]. Bu durum, doğum eylemi sırasında uygulanan müdahalelerin tek başına yeterli olmadığını; doğumdan sonraki ilk saatler ile erken postpartum izlemin de en az intrapartum bakım kadar yaşamsal olduğunu göstermektedir [3]. Özellikle uterin atoni, plasenta retansiyonu, doğum travmaları ve koagülasyon bozuklukları, postpartum hemorajinin başlıca klinik alt nedenleri arasında yer almaktadır [5].

Obstetrik hemorajinin yüksek mortalite ile ilişkili olmasının temel nedenleri arasında, kanamanın çok kısa sürede hemodinamik çöküşe yol açabilmesi, erken tanınım gecikmesi, yeterli uterotonik tedaviye ve kan ürünlerine erişimin sınırlı olması ve acil cerrahi müdahale olanaklarının yetersizliği bulunmaktadır [7,11]. Özellikle düşük kaynaklı ülkelerde sevk zincirinin zayıf olması, kan bankası altyapısının yetersizliği ve nitelikli doğum ekibinin her merkezde bulunmaması, hemorajiye bağlı ölümleri artırmaktadır [7,10]. Nitekim 2025 tarihli küresel yük analizinde maternal hemorajiye bağlı mortalite yükünün düşük sosyodemografik indeksli bölgelerde çok daha yüksek olduğu, bazı düşük-SDI bölgelerinde yükün yüksek gelirli bölgelere göre onlarca kat fazla seyrettiği bildirilmiştir [11]. Bu nedenle hemoraji, yalnızca klinik bir komplikasyon değil, aynı zamanda sağlık sisteminin hazırlıklılık düzeyini doğrudan yansıtan bir gösterge olarak değerlendirilmelidir.

3.2. Hipertansif bozukluklar

Maternal ölümlerin ikinci önemli doğrudan nedeni hipertansif bozukluklardır. Preeklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu gibi tablolar; serebral kanama, çoklu organ yetmezliği, karaciğer rüptürü, pulmoner ödem ve yaygın damar içi pıhtılaşma gibi ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir [5]. WHO'nun güncel analizinde hipertansif bozuklukların küresel maternal ölümlerin yaklaşık %16'sından sorumlu olduğu; Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde ise bu oranın daha yüksek olduğu gösterilmiştir [3]. Önceki sistematik derlemeler de bu bölgede hipertansif bozuklukların önde gelen maternal ölüm nedeni olduğunu doğrulamaktadır [12].

Hipertansif bozukluklara bağlı mortalitenin sürmesinin temel nedenlerinden biri, antenatal bakım kapsamının artmasına rağmen riskli gebelerin her zaman zamanında tanınmaması ve etkin korunma/televi protokollerinin uygulamada yeterince karşılık bulmamasıdır [3]. Özellikle kan basıncı izleminin düzensiz olması, proteinürinin gecikmeli değerlendirilmesi, magnezyum sülfat kullanımındaki eksiklikler ve uygun zamanda doğum kararının alınmaması ölüm riskini artırmaktadır [7,12]. Bu nedenle hipertansif maternal ölümler, sadece gebelik komplikasyonlarının varlığını değil, aynı zamanda doğum öncesi bakım kalitesini ve klinik karar süreçlerinin etkinliğini de yansıtmaktadır.

3.3. Gebelikle ilişkili enfeksiyonlar ve sepsis

Sepsis ve diğer gebelikle ilişkili enfeksiyonlar maternal mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. WHO gösterge dokümanında hemoraji, hipertansif bozukluklar ve sepsis, başlıca doğrudan maternal ölüm nedenleri arasında tanımlanmaktadır [4]. Enfeksiyonlar; doğum sonrası uterin enfeksiyonlar, septik abortus, cerrahi girişim sonrası enfeksiyonlar ve sistemik sepsis tabloları şeklinde görülebilmektedir [5]. Güncel sistematik analizler, sepsise bağlı ölümlerin büyük bölümünün postpartum dönemde meydana geldiğini göstermektedir [3]. Bu bulgu, postpartum izlemin tarihsel olarak ihmal edilen bir alan olmasının maternal mortalite üzerindeki etkisini açık biçimde ortaya koymaktadır [3].

Sepsise bağlı maternal ölüm özellikle geç tanı, uygun antibiyotik tedavisinin gecikmesi, hijyenik doğum koşullarının yetersizliği ve taburculuk sonrası izlemin yetersizliği ile ilişkilidir [3,12]. Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerde enfeksiyon kontrol önlemlerinin yetersiz olması, güvenli abortus ve postabortif bakım hizmetlerine erişimdeki sorunlar ile sezaryen sonrası enfeksiyonların yeterince izlenmemesi sepsis riskini artırmaktadır [5,12]. Bu nedenle sepsis, yalnızca klinik tedavi başarısızlığıyla değil; sağlık kurumlarında enfeksiyon kontrol kültürü, güvenli cerrahi uygulamalar ve doğum sonrası bakım sürekliliğiyle de doğrudan bağlantılıdır.

3.4. Abortif nedenler ve güvensiz abortus

Abortif nedenler, maternal ölüm nedenleri arasında halen önemini koruyan bir başlıktır. ICD-MM sınıflamasında abortif sonuçlanan gebelikler ayrı bir doğrudan maternal ölüm grubu olarak ele alınmaktadır [5]. Bu grupta spontan abortus komplikasyonları, dış gebelik, mol gebeliği ve özellikle güvensiz abortusa bağlı komplikasyonlar yer almaktadır [5]. Önceki WHO sistematik derlemesinde abortusa bağlı ölümlerin Latin Amerika ve Karayipler'de daha yüksek oranda görüldüğü, bazı ülkelerde toplam maternal ölümlerin %30'una kadar çıkabildiği belirtilmiştir [12]. Bu bölgesel farklılık, yasal düzenlemeler, güvenli hizmetlere erişim, kontrasepsiyon olanakları ve postabortif bakım kalitesi ile yakından ilişkilidir [12].

Abortif nedenlere bağlı maternal ölümler çoğunlukla ağır kanama, sepsis, uterin perforasyon ve geç başvuru ile ilişkilidir [5,12]. Dolayısıyla bu neden grubu, yalnızca obstetrik bakımın değil; üreme sağlığı hizmetlerinin bütüncül olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Aile planlaması hizmetlerinin sınırlı olması, istenmeyen gebeliklerin artması ve güvenli abortus hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar, önlenemez ölümlerin sürmesine neden olmaktadır [1,12]. Bu nedenle abortif nedenler, maternal mortaliteyi sosyal politika, kadın sağlığı ve insan hakları bağlamında değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır [1].

3.5. Dolaylı obstetrik nedenler

Dolaylı obstetrik nedenler, günümüzde maternal ölümlerin en büyük ikinci grubunu oluşturmaktadır [3]. Bu grup; gebelikten önce var olan veya gebelik sırasında gelişen, ancak doğrudan obstetrik kökenli olmayan hastalıkların gebeliğin fizyolojik etkileriyle ağırlaşması sonucu ortaya çıkan ölümleri kapsamaktadır [2,5]. Kardiyovasküler hastalıklar, renal hastalıklar, diyabet, epilepsi, tüberküloz, sıtma, hepatit, HIV ile ilişkili durumlar ve bazı psikiyatrik bozukluklar bu gruba örnek olarak verilebilir [2,5]. Özellikle HIV ilişkili dolaylı maternal ölümlerin ayrı kodlarla tanımlanmış olması, bu alandaki epidemiyolojik görünürlüğü artırmıştır [2].

Dolaylı nedenlerin önem kazanması, maternal mortalite geçişinin karakteristik bir özelliğidir. Maternal mortalite oranı azaldıkça, birçok ülkede doğrudan obstetrik nedenlerin göreceli payı azalmakta; buna karşılık kronik hastalıklar ve komorbid durumların etkisi daha görünür hale gelmektedir [3]. Bu durum, maternal sağlığın yalnızca doğum salonunda verilen hizmetlerle korunamayacağını; kadınların gebelik öncesinden başlayarak iç hastalıkları, kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları, psikiyatri ve birinci basamak hizmetleri ile entegre bir biçimde izlenmesi gerektiğini göstermektedir [3,7]. Başka bir ifadeyle, dolaylı maternal ölümler sağlık sisteminin parçalı yapısına karşı en güçlü uyarılardan biridir.

3.6. Diğer doğrudan nedenler: emboli, obstetrik travma, obstrükte doğum ve yönetim komplikasyonları

Maternal ölümler yalnızca başlıca büyük kategorilerle sınırlı değildir. Emboli, obstrükte doğum, obstetrik travma, anestezi komplikasyonları ve tıbbi/cerrahi yönetimin beklenmeyen komplikasyonları da daha düşük sıklıkta olmakla birlikte klinik açıdan önem taşımaktadır [3,5]. Güncel WHO analizinde emboliye bağlı ölümlerin bazı yüksek gelirli bölgelerde görece daha yüksek oransal paya sahip olduğu, obstrükte doğum ve obstetrik travmanın ise küresel toplam içinde daha düşük oranlarda seyrettiği

bildirilmiştir [3]. Bununla birlikte, bu nedenlerin düşük görünmesi, klinik önemlerinin düşük olduğu anlamına gelmemektedir; aksine çoğu durumda ileri düzey acil obstetrik bakım, anestezi güvenliği, cerrahi kalite ve yoğun bakım altyapısı ile doğrudan ilişkilidir [5,7].

Özellikle sağlık kuruluşunda doğum oranlarının artması, tek başına maternal ölümü azaltmaya yetmemektedir. WHO Çok Ükeli Araştırması, temel müdahalelerin kapsayıcılığının yüksek olmasının her zaman düşük maternal mortalite ile sonuçlanmadığını; kaliteli acil obstetrik bakım, zamanında müdahale ve bakımın genel performansının belirleyici olduğunu göstermiştir [7]. Bu nedenle "kurumda doğum" göstergesinin tek başına başarı ölçütü olarak kullanılması yanıltıcı olabilir; asıl belirleyici olan, komplikasyon geliştiğinde sistemin ne kadar hızlı ve etkili yanıt verebildiğidir [7].

3.7. Zamanlama açısından nedenlerin önemi

Maternal ölüm nedenlerinin yalnızca türü değil, ölümün gebelik sürecinin hangi döneminde meydana geldiği de önleyici stratejiler açısından belirleyicidir. Güncel WHO analizleri, hemoraji ve sepsise bağlı ölümlerin çoğunun postpartum dönemde gerçekleştiğini ortaya koymaktadır [3]. Bu durum, birçok sağlık sisteminde en zayıf halka olan doğum sonrası izlemin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Antenatal bakımın genişletilmesi önemli olmakla birlikte, ölümcül komplikasyonların önemli bölümünün doğumdan sonraki saatler ve günlerde ortaya çıkması nedeniyle postpartum bakımın niceliği kadar niteliği de ön plana çıkmaktadır [3]. Ayrıca 42 günden sonra, 1 yıla kadar ortaya çıkan geç maternal ölümlerde dolaylı nedenlerin daha belirgin hale geldiği bildirilmektedir [3]. Bu nedenle klasik 42 günlük izlem çerçevesinin ötesine geçen kapsamlı maternal ölüm yaklaşımı, güncel izlem sistemleri açısından önemli görünmektedir.

Sonuç olarak maternal ölüm nedenleri çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve yalnızca tek bir klinik komplikasyona indirgenemez. Hemoraji, hipertansif bozukluklar ve sepsis gibi doğrudan nedenler önlenebilir maternal ölümlerin büyük kısmını oluştururken; dolaylı obstetrik nedenler modern maternal sağlık gündeminde giderek daha fazla yer tutmaktadır [3,4,12]. Bölgesel farklılıklar, aynı biyolojik olayın farklı sağlık sistemi koşullarında ne ölçüde ölümcül hale gelebildiğini göstermektedir. Bu nedenle maternal ölüm nedenlerinin ayrıntılı olarak anlaşılması, bir sonraki aşamada ele alınacak risk faktörleri, eşitsizlikler ve çözüm stratejileri için kuramsal ve pratik temel oluşturmaktadır.

4. Maternal Mortalitede Risk Faktörleri ve Eşitsizlikler

Maternal mortalite, yalnızca obstetrik komplikasyonların sonucu olmayıp, bireysel, sosyoekonomik ve sağlık sistemiyle ilişkili çok boyutlu belirleyicilerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan kompleks bir halk sağlığı sorunudur. Maternal ölümlerin büyük ölçüde önlenebilir olması, bu risk faktörlerinin sistematik biçimde ele alınmasını ve hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır [1].

4.1. Sosyoekonomik belirleyiciler

Maternal mortalite ile sosyoekonomik düzey arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Düşük gelir, yetersiz eğitim ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, maternal ölüm riskini anlamlı ölçüde artırmaktadır. Küresel veriler, maternal ölümlerin büyük çoğunluğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde yoğunlaştığını göstermektedir [2]. Kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar, ulaşım güçlükleri ve sağlık hizmetlerine erişimdeki kısıtlılıklar nedeniyle daha yüksek risk altındadır. Ayrıca düşük eğitim düzeyi, gebelik izlemelerine katılımın azalmasına ve komplikasyonların geç tanınmasına yol açmaktadır [8]. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri de önemli bir belirleyicidir [1].

4.2. Sağlık sistemi ile ilişkili faktörler

Maternal mortalitenin belirlenmesinde sağlık sisteminin erişilebilirliği ve kalitesi temel rol oynamaktadır. Üç gecikme modeli maternal ölümleri açıklamada önemli bir yaklaşımdır [7]. Bununla birlikte, yalnızca erişim değil, bakımın kalitesi de belirleyicidir. Sağlık personeli yetersizliği, sevk sistemindeki aksaklıklar ve kritik kaynaklara erişim sorunları mortaliteyi artırmaktadır [10].

4.3. Bireysel ve biyolojik risk faktörleri

Yaş, parite ve eşlik eden hastalıklar maternal mortalite açısından önemlidir. Adolesan ve ileri yaş gebelikler yüksek risklidir [11]. Multiparite, kısa doğum aralıkları ve kronik hastalıklar da riski artırmaktadır [2]. Bu durum maternal sağlığın yaşam boyu ele alınması gerektiğini göstermektedir [3].

4.4. Küresel ve bölgesel eşitsizlikler

Maternal mortalite dünya genelinde eşitsiz dağılmaktadır. Sahra altı Afrika ve Güney Asya en yüksek riskli bölgelerdir [2]. Düşük sosyodemografik indeksli bölgelerde mortalite yükü daha yüksektir [11].

4.5. Bakım sürekliliği ve hizmet kullanımı

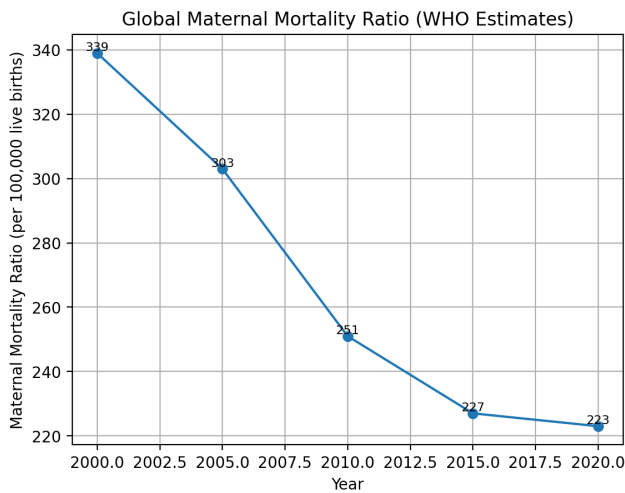
Antenatal, intrapartum ve postpartum bakımın sürekliliği esastır. Özellikle postpartum dönemin ihmal edilmesi önemli bir sorundur [3]. Sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliği de hizmet kullanımını etkilemektedir [1].

5. Maternal Mortalitenin Azaltılmasına Yönelik Kanıtı Dayalı Stratejiler: Çok Düzeyli Bir Yaklaşım

Maternal mortalitenin azaltılması, tekil klinik müdahalelerle sınırlı olmayan; sağlık sistemleri,

sosyoekonomik yapı ve politik çerçeveleri kapsayan çok düzeyli bir yaklaşım gerektirmektedir. Mevcut kanıtlar, maternal ölümlerin büyük çoğunluğunun zamanında, uygun ve kaliteli sağlık hizmetleri ile önlenabilir olduğunu ortaya koymaktadır [1,3]. Bununla birlikte, maternal mortalitedeki azalmanın son yıllarda yavaşlaması, yalnızca teknik bilgi eksikliğinden değil, bu bilgilerin sahaya etkin şekilde yansıtılmamasından kaynaklanan sistemsel sorunlara işaret etmektedir [2].

Bu bağlamda maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik stratejiler; mikro (klinik), mezo (sağlık sistemi) ve makro (politik ve toplumsal) düzeylerde bütüncül olarak ele alınmalıdır.



Şekil 5. Küresel maternal mortalite oranının yıllara göre değişimi (WHO verileri)

Küresel maternal mortalite oranı 2000-2020 yılları arasında belirgin bir azalma göstermiştir. Veriler Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tahminlerinden uyarlanmıştır.

5.1. Klinik düzeyde hedefe yönelik müdahaleler

Maternal ölümlerin önemli bir kısmı, belirli obstetrik komplikasyonlara yönelik etkili klinik müdahalelerin uygulanmasıyla önlenabilir. Küresel veriler, maternal ölümlerin başlıca nedenlerinin hemoraji, hipertansif bozukluklar ve sepsis olduğunu göstermektedir [3]. Bu nedenle müdahaleler, bu üç ana nedene odaklanmalıdır. Postpartum hemorajinin önlenmesinde ve yönetiminde uterotonik ajanların (özellikle oksitosin) rutin kullanımı, aktif üçüncü evre yönetimi ve gerektiğinde traneksamik asit uygulanması mortaliteyi anlamlı ölçüde azaltmaktadır [3,11]. Bununla birlikte, bu müdahalelerin etkili olabilmesi için erken tanı, hızlı müdahale ve yeterli kan ürünlerine erişim gereklidir. Düşük kaynaklı ortamlarda bu unsurların eksikliği, hemorajinin ölümcül sonuçlar doğurmasına neden olmaktadır [11].

Hipertansif hastalıkların yönetiminde antenatal dönemde düzenli kan basıncı takibi, riskli gebeliklerin erken tanınması ve eklampsi profilaksisinde magnezyum sülfat kullanımı temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır [3]. Ancak birçok ülkede bu müdahalelerin uygulanmasında

gecikmeler yaşanmakta ve bu durum önlenbilir ölümlere yol açmaktadır.

Sepsis ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin azaltılmasında erken tanı, geniş spektrumlu antibiyotiklerin zamanında uygulanması ve aseptik doğum koşullarının sağlanması kritik öneme sahiptir [4]. Özellikle postpartum dönemde enfeksiyonların erken saptanması, maternal mortalitenin azaltılmasında belirleyici rol oynamaktadır.

Bu bulgular, maternal mortalitenin azaltılmasında "kanıta dayalı müdahalelerin varlığının" yeterli olmadığını; bu müdahalelerin doğru zamanda, doğru hastada ve uygun koşullarda uygulanmasının esas olduğunu göstermektedir.

5.2. Sağlık sistemi düzeyinde yapısal güçlendirme

Maternal mortalitenin azaltılmasında en kritik belirleyicilerden biri sağlık sisteminin organizasyonu ve işleyişidir. Üç gecikme modeli, maternal ölümlerin büyük bir kısmının sağlık sistemindeki aksaklıklardan kaynaklandığını göstermektedir [7]. Bu bağlamda, sağlık sistemlerinin yalnızca hizmet sunum kapasitesinin değil, aynı zamanda koordinasyon ve yanıt verme hızının da güçlendirilmesi gerekmektedir.

Acil obstetrik bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, maternal mortalitenin azaltılmasında temel bir stratejidir. Ancak WHO Çok Ülkeli Araştırması, yalnızca temel müdahalelerin sağlanmasının yeterli olmadığını; bakım kalitesinin ve sistem performansının belirleyici olduğunu ortaya koymuştur [7]. Bu durum, "erişim" kadar "kalite" kavramının da ön plana çıkarılması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi kapsamında aşağıdaki unsurlar kritik öneme sahiptir:

- Nitelikli sağlık personelinin (ebe, obstetrisyen) artırılması
- Etkin sevk ve referans sistemlerinin kurulması
- Kan bankası ve yoğun bakım altyapısının geliştirilmesi
- Temel ilaç ve ekipmanlara sürekli erişimin sağlanması

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sistemlerinin parçalı yapısı, maternal mortalitenin azaltılmasında önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar arasında entegre şekilde sunulması gerekmektedir [10].

5.3. Bakım sürekliliği ve yaşam döngüsü yaklaşımı

Maternal mortalitenin azaltılmasında antenatal, intrapartum ve postpartum bakımın sürekliliği esastır. Ancak mevcut veriler, maternal ölümlerin önemli bir kısmının postpartum dönemde gerçekleştiğini ve bu dönemin sıklıkla ihmal edildiğini göstermektedir [3]. Bu durum, sağlık sistemlerinde doğum sonrası bakımın yeniden yapılandırılması gerektiğine işaret etmektedir.

Ayrıca dolaylı obstetrik nedenlerin artan önemi, maternal sağlığın yalnızca gebelik süreciyle sınırlı ele alınamayacağını göstermektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve enfeksiyon hastalıkları gibi durumların gebelik öncesi dönemde yönetilmesi, maternal sonuçlar üzerinde belirleyici etkiye sahiptir [3]. Bu nedenle maternal sağlık hizmetlerinin yaşam boyu sağlık yaklaşımı ile entegre edilmesi gerekmektedir.

5.4. Sosyal belirleyiciler ve eşitsizliklerin azaltılması

Maternal mortalite, yalnızca sağlık hizmetlerinin yetersizliği ile değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle de yakından ilişkilidir. Düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve sağlık hizmetlerine erişimdeki engeller, maternal mortaliteyi artıran temel faktörlerdir [1].

Bu nedenle maternal mortalitenin azaltılmasına yönelik stratejiler, sağlık sektörü ile sınırlı kalmamalı; eğitim, sosyal politika ve kadın hakları alanlarını da kapsamalıdır. Kadınların eğitim düzeyinin artırılması, karar alma süreçlerine katılımının güçlendirilmesi ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, maternal sağlık sonuçlarını doğrudan iyileştirmektedir [1].

Ayrıca aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve güvenli abortus hizmetlerine erişimin sağlanması, istenmeyen gebeliklerin ve abortusa bağlı ölümlerin azaltılmasında kritik rol oynamaktadır [12].

5.5. Veri sistemleri, izleme ve hesap verebilirlik

Maternal mortalitenin azaltılmasında etkili politikaların geliştirilmesi, güvenilir veri sistemlerinin varlığına bağlıdır. Maternal ölüm nedenlerinin doğru şekilde belirlenmesi, müdahalelerin hedeflenmesi açısından kritik öneme sahiptir [4]. Bu bağlamda ICD-MM sınıflandırmasının kullanımı ve maternal ölüm inceleme sistemlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir [5].

Maternal ölüm incelemeleri ve "near miss" analizleri, yalnızca ölüm nedenlerini belirlemekle kalmayıp, sağlık sistemindeki aksaklıkların ortaya konmasına ve kalite iyileştirme süreçlerine katkı sağlamaktadır [7]. Bu tür mekanizmalar, sağlık sistemlerinde hesap verebilirliğin artırılmasına da katkıda bulunmaktadır.

5.6. Küresel politikalar ve sürdürülebilir hedefler

Maternal mortalitenin azaltılması, küresel sağlık gündeminin öncelikli hedeflerinden biridir. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları kapsamında belirlenen hedeflere ulaşabilmek için ülkelerin ulusal stratejilerini bu doğrultuda yapılandırması gerekmektedir [4]. WHO tarafından geliştirilen "Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM)" stratejisi, bu süreçte kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır [8,10].

EPMM yaklaşımı; sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, eşitsizliklerin azaltılması, kaliteli bakımın yaygınlaştırılması ve hesap verebilirlik mekanizmalarının geliştirilmesini temel bileşenler olarak tanımlamaktadır [10]. Bu stratejilerin etkin şekilde uygulanması, maternal mortalitenin sürdürülebilir biçimde azaltılmasında kritik öneme sahiptir.

Maternal mortalitenin azaltılması, çok düzeyli ve disiplinler arası bir yaklaşım gerektirmektedir. Klinik müdahalelerin etkin uygulanması, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve sosyal eşitsizliklerin azaltılması bir bütün olarak ele alınmalıdır. Mevcut kanıtlar, uygun stratejilerin hayata geçirilmesi durumunda maternal ölümlerin büyük ölçüde önlenebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sürdürülebilir ve kanıta dayalı politikaların geliştirilmesi, maternal sağlığın iyileştirilmesinde temel öncelik olmalıdır.

7. Sonuç

Maternal mortalite, günümüzde önemli ölçüde azalmış olmasına rağmen, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde varlığını sürdüren temel bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Mevcut veriler, maternal ölümlerin büyük bir kısmının önlenbilir olduğunu açıkça ortaya koymakta; buna karşın, sağlık sistemlerindeki yapısal yetersizlikler, sosyoekonomik eşitsizlikler ve hizmet kalitesine ilişkin sorunlar bu ölümlerin devam etmesine neden olmaktadır [1,2].

Maternal mortalitenin başlıca nedenleri arasında yer alan hemoraji, hipertansif hastalıklar ve enfeksiyonlar için etkili ve kanıta dayalı müdahaleler mevcut olmasına rağmen, bu müdahalelerin tüm sağlık sistemlerinde eşit ve etkin biçimde uygulanamaması önemli bir sorun teşkil etmektedir [3,4]. Bu durum, maternal mortalitenin yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda sistemsel ve politik bir problem olduğunu göstermektedir.

Bu derlemede ele alınan bulgular, maternal mortalitenin azaltılmasının çok düzeyli bir yaklaşım gerektirdiğini ortaya koymaktadır. Klinik düzeyde kanıta dayalı müdahalelerin etkin uygulanması, sağlık sistemlerinin erişilebilirlik ve kalite açısından güçlendirilmesi, bakım sürekliliğinin sağlanması ve veri sistemlerinin geliştirilmesi temel öncelikler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması, kadınların eğitim düzeyinin artırılması ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması da maternal sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde belirleyici rol oynamaktadır [1].

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları kapsamında belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi için, ülkelerin maternal sağlık politikalarını bütüncül ve kanıta dayalı bir çerçevede yeniden yapılandırmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda, uluslararası rehberler ve stratejik yaklaşımlar yol gösterici olmakla birlikte, yerel ihtiyaçlara uygun, sürdürülebilir ve entegre müdahalelerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır [8,10].

Bu derleme kapsamında Malatya iline ait verilerin değerlendirilmesi, maternal mortalitenin yerel düzeyde küresel eğilimlerden farklı olarak dalgalı bir seyir izleyebileceğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, maternal mortalitenin yalnızca uzun dönemli iyileşme trendleri ile değil, aynı zamanda sağlık sistemi kapasitesi, dönemsel krizler ve bölgesel koşullar ile de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, maternal mortalitenin azaltılması mümkündür; ancak bu, yalnızca sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesiyle değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve politik düzeyde kapsamlı ve kararlı bir yaklaşımın benimsenmesi ile sağlanabilir. Bu nedenle maternal sağlık, küresel sağlık politikalarının merkezinde yer almaya devam etmeli ve çok sektörlü iş birlikleri ile desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. Geneva: United Nations; 2010.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023. Geneva: WHO; 2025.
3. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2025;13:e626–34.
4. World Health Organization. Indicator sheet: maternal cause of death. Geneva: WHO; 2017.
5. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM. Geneva: WHO; 2012.
6. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Geneva: WHO; 2023
7. Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality: a cross-sectional study. Lancet. 2013;381:1747–55.
8. World Health Organization. Ending preventable maternal mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and wellbeing. Geneva: WHO; 2015.
9. United Nations Population Fund. Costing the three transformative results. New York: UNFPA; 2019.
10. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: WHO; 2015.
11. Wei J, Yi Y, Li X, Xu Y, Fan LS, Huang H. Global, regional, and national burden of maternal hemorrhage: a systematic analysis from the global burden of disease 2021 and projections to 2030. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:1164.
12. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;367:1066–74.
13. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü. Malatya ili maternal mortalite verileri (2007–2025). Yayınlanmamış veri, 2025.

Formun Altı

Genç Bir Uzman Gözünden

Op. Dr. Mehmet YOLACAN

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Saygıdeğer hocalarım değerli meslektaşlarım,

Ülkemizde kaba doğum hızı en yüksek olan sehirimiz Şanlıurfa'dan

herkese selamlar. Öncelikle bu bültende siz sevgili melektaşlarıma ulaşmanın benim için büyük bir onur ve mutluluk olduğunu belirtmek isterim. Kısaca kendimden bahsedecek olursam Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2014 yılında mezun oldum. Bir süre acil serviste pratisyen hekim olarak çalıştım. Cerrahi bölümlere olan ilgim ve özellikle kadın hastalıkları ve doğum bölümünü istediğim için uzmanlık tercihlerimi yaparken tüm seçeneklerim bu yönde oldu. Asistanlık eğitimimi Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında 2025 yılında tamamladıktan sonra Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olarak meslek hayatıma başladım.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmak, tıp alanında hem zorlu hem de ödüllendirici bir kariyerdur. Mesleki açıdan bir çok zorluk beraberinde unvanı kazandığımız gün başlar. Yoğun eğitim süreci, uzun ve belirsiz çalışma saatleri, fiziksel yorgunluk, duygusal yükünün fazla olması, hasta ve yakınları ile iletişim ve sürekli bir eğitim süreci gerektiren bir alandır.

Zorunlu hizmet adı altında il merkezine atanarak şanslı olduğumu düşünsem de, çalıştığım hastanenin ülkemizde yıllık kaba doğum hızının en yüksek olduğu

ildeki hastane oluşu tabii işimizi daha da zorlaştırıyor. Ortalama günlük 60-70 doğumun gerçekleştiği bir klinikte çalışmak herşeyi takip edip, çok dikkatli davranıp bunun yanında herşeye hakim olmayı gerektiriyor. Bulduğumuz hastanede iki onkolog, üç Perinatolog ve yaklaşık 25 uzman ile birlikte çalışmaktayız. Bölgede kaba doğum hızının yüksek olması, asistanlık eğitimimizde de çok çeşitli ve riskli vakaları deneyimlememize olanak sağladı. Hastaların sezaryen sayılarının fazla olması nedeni ile bölgemizde daha da fazla görülen PAS(Plasenta Akreata Spektrumu) bozuklukları gibi obstetrik problemlerle sık karşılaşmamıza neden olmaktadır. Bu konuda saygıdeğer hocalarımız sayesinde kazandığımız tecrübelerle bu şekilde olan vakalar ile mücadele edebiliyoruz.

Asistanlık eğitimimiz süresince cerrahi ve akademik gelişimde her türlü desteği sağlayan tecrübe ve deneyimleriyle yol gösteren hocalarımız sayesinde komplike vakaların üstesinden gelebiliyoruz. Zorunlu hizmet sürem boyunca çalıştığımız merkezde amacımız kendimizi geliştirmek ve zorlukların üstesinden gelerek elimizden gelenden daha fazlasını yapıp hastalarımızı yönetebilmektir. Yine aynı klinikten ihtisas alarak uzman olduğumuz arkadaşlarla birlikte çalışmak hastanenin yoğunluğunu çekilebilir hale getirmektedir.

Bana bu şekilde çalışma becerisi kazandıran Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalındaki tüm hocalarıma teşekkürü borç bilirim. Bu bültende bana da yer veren ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Muhammet Erdal Sak'a ayrıca teşekkür ediyorum.

Kutsal meslegimizin ülkemizde bir gün hak ettiği değeri bulacağını umut ediyorum. Severek ve çok isteyerek yaptığım mesleğimi her zaman ilk günkü gibi sahipleneceğim. Her vaka alışımında, her gebenin doğumunu gerçekleştirdiğimde gözlerimin ışıldayacağına inanıyorum. Sağlıkta şiddetin bir gün



önüne geçileceğine inanmak istiyorum. Büyük emekler vererek bugünlere geldiğim mesleğimde özenle ve özverili çalışmaktan her ne koşulda olursa olsun vazgeçmeyeceğim.

Saygılarımla...

Prof. Dr. Bülent Berker



Sevgili meslektaşlarım ve kıymetli gençler,
Bir mesleğin insanın hayatına nasıl nüfuz ettiğini, zamanla onun kimliğinin ayrılmaz bir parçasına nasıl dönüştüğünü ancak o yolu yürütenler bilir. Benim için tıp, 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Bölümünden mezun olduğum gün başlayan bir serüven değil; aksine, o gün görünür hale gelen uzun bir iç yolculuğun adıdır. Bu yolculuğun yönünü ise kadın hastalıkları ve doğum belirledi. Çünkü bu alan, yalnızca bir bilim dalı değil; hayatın en kırılgan, en mucizevi ve en derin anlarına eşlik etme sorumluluğunu taşır.

Ankara Üniversitesinde uzmanlık eğitimi tamamlarken, bilginin yalnızca öğrenilen değil, aynı zamanda üretilen ve paylaşılan bir değer olduğunu fark ettim. Akademik hayatın kapıları bu farkındalıkla aralandı. Zaman ilerledikçe, mesleğin yalnızca klinik uygulamalardan ibaret olmadığını; aynı zamanda bir düşünce disiplini, bir etik duruş ve bir aktarım zinciri olduğunu daha iyi kavradım.

2004 yılında yolum, beni dünyanın başka bir köşesine, Amerika Birleşik Devletleri'ne ve Stanford Üniversitesi'ne götürdü. Orada geçirdiğim süre, yalnızca teknik bilgi edinme süreci değil; aynı zamanda ufkun genişlediği, mesleki hayallerin yeniden şekillendiği bir dönemdi. Üreme endokrinolojisi, infertilite ve endoskopik cerrahi alanlarında çalışırken, henüz geniş kitlelerce benimsenmemiş olan endoskopik yaklaşımların geleceğin dili olacağını hissetmek zor değildi. Bu süreçte birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli hocalarımın rehberliği, mesleki yolculuğumda iz bırakan dönüm noktalarından biri oldu.

O yıllarda endoskopik cerrahi, bugünkü kadar yaygın

değildi; hatta birçok merkezde temkinle yaklaşılacak bir yenilikti. Ancak bilimin doğası gereği ilerleme, çoğu zaman bilinmeyene doğru atılan cesur adımlarla mümkündür. Bu bilinçle, gördüklerimi öğrenmekle yetinmeyip anlamaya, sorgulamaya ve geliştirmeye çalıştım. Aynı zamanda bilimsel üretimin, yani yazmanın ve paylaşmanın, mesleki gelişimin vazgeçilmez bir parçası olduğunu deneyimledim.

Yurda döndüğümde, taşıdığım bilgi yalnızca bana ait değildi. O bilgi, paylaşıldıkça anlam kazanan; aktarıldıkça büyüyen bir emanetti. Laparoskopik cerrahinin ülkemizde henüz yaygın olmadığı bir dönemde, bu alanda atılan her adımın aslında geleceğe bırakılan bir iz olduğunu bilerek çalıştım. Kongreler, kurslar ve sempozyumlar aracılığıyla yalnızca bilgi aktarmayı değil; aynı zamanda bir bakış açısını, bir yaklaşım biçimini yaygınlaştırmayı hedefledim.

Sevgili genç meslektaşlarım,

Tıp, geniş ve sınırları sürekli genişleyen bir evrendir. Bu evrende yol alabilmek için, insanın kendine ait bir odak noktası belirlemesi gerekir. Her şeyi bilmeye çalışmak yerine, bir alanı derinlemesine anlamayı seçmek; yüzeyde kalmaktansa derine inmeyi tercih etmek, mesleki olgunluğun en önemli adımlarından biridir. Bu nedenle sizlere, ilgi duyduğunuz bir alana yönelmenizi ve o alanda hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kendinizi geliştirmenizi öneririm.

Ancak unutulmaması gereken bir şey vardır: Bilgi, ait olduğu yere geri döndüğünde değer kazanır. Edindiğiniz her deneyim, bu toprakların tıbbına katkı sağladığı ölçüde anlamlıdır. Bizden önceki kuşakların taşıdığı sorumluluğu devralmak ve onu daha ileriye taşımak, mesleğimizin sessiz ama en güçlü geleneğidir.

Meslek hayatı, tıpkı canlı organizmalar gibi inişli çıkışlıdır.



Büyür, gelişir, zaman zaman zorlanır ve hatta yara alır. Ancak onu ayakta tutan şey, ona duyulan inançtır. Eğer mesleğinizi bir zorunluluk olarak değil, bir değer olarak görüyorsanız; etik ilkelerden sapmadan ilerliyorsanız, karşılaştığınız güçlükler sizi durdurmaz, aksine şekillendirir. Önemli olan, bu zorlukları birer engel değil, birer öğrenme alanı olarak görebilmektir.

Günümüzde bilgiye ulaşmak hiç olmadığı kadar kolaydır. Ancak bu kolaylık, beraberinde bir karmaşa da getirir. Çok sayıda yayın, farklı görüşler ve hızla değişen eğilimler arasında yolunuzu kaybetmemek için bir rehber ihtiyacı duyarsınız. İşte bu noktada mentörlük, yalnızca bir yönlendirme değil; aynı zamanda bir denge unsurudur. Güvendiğiniz, sizi tanıyan ve gelişiminize katkı sağlayan bir mentör, meslek hayatınızın en kıymetli kazanımlarından biri olacaktır.

Aynı zamanda, temel kaynaklara bağlı kalmanın önemini de göz ardı etmemek gerekir. Dijital dünyanın hızına kapılmadan, bilginin temelini oluşturan klasik kaynaklarla bağınızı korumak; sizi geçici akımlardan ve yüzeysel bilgilerden uzak tutacaktır.

Uzun yıllar boyunca akademik hayatın içinde yer alan bir hekim olarak şunu rahatlıkla söyleyebilirim: Bu meslek zor, hatta zaman zaman yıpratıcıdır; ancak bir o kadar da derin bir tatmin duygusu taşır. Bilimsel hedeflerin peşinden koşarken, insanın kendini ihmal etmemesi gerekir. Çünkü iyi bir hekim olmanın yolu, yalnızca bilgiden değil; dengeden, farkındalıktan ve yaşamla kurulan sağlıklı ilişkiden geçer. Bu nedenle, mesleğiniz kadar kendinize de yatırım yapmayı unutmayın.

Bugün, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hekimlik giderek daha zorlu bir hal almaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum ise bu zorlukları en yoğun hisseden alanlardan biridir. Buna rağmen bu yolu seçmiş olmanız, yalnızca bir kariyer tercihi değil; aynı zamanda bir cesaret ve adanmışlık göstergesidir.

Yolunuz uzun, sorumluluğunuz büyük; ancak unutmayın ki bu yol aynı zamanda anlamlıdır.

Hepinize sağlık, huzur ve mesleki tatminle dolu bir yaşam diliyorum.



23. ULUSAL JINEKOLOJİ ve OBSTETRİK KONGRESİ

13-17 MAYIS 2026

LIMAK CYPRUS DELUXE HOTEL
KIBRIS



www.tjodkongre.org

TJOD 2026

