

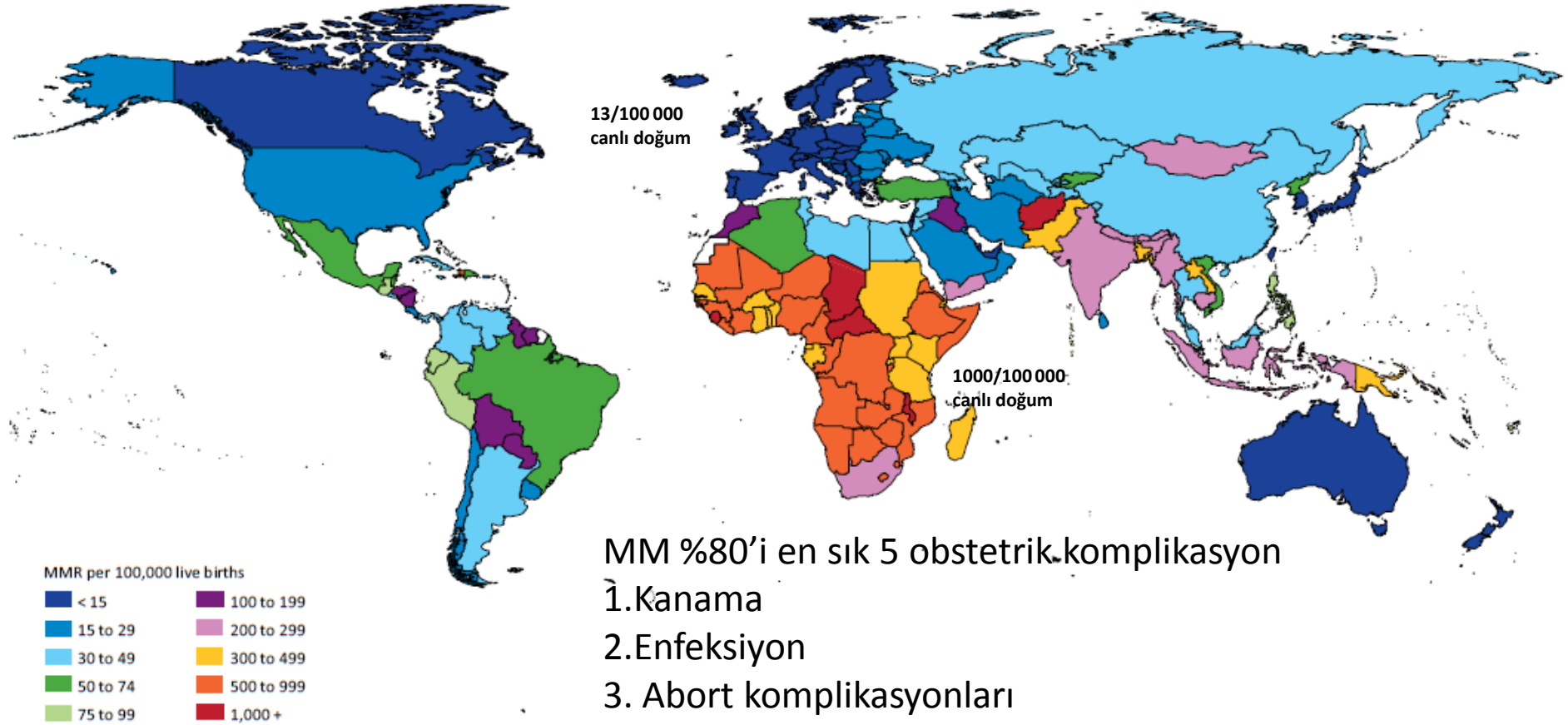
Türkiye MFTP Derneđi ve Sakarya Üniversitesi
Postpartum Kanamalar Sempozyumu
24 Nisan 2016

Maternal near miss morbidite kavramı ve Obstetrik Kanamaları Önleme Stratejileri

Doç. Dr. Halil Aslan

Figure 4:
Maternal mortality ratio by country (per 100,000 live births), 2008

MM: 529 000/yıl 1980; 358 000/yıl 2008



MM %80'i en sık 5 obstetrik komplikasyon

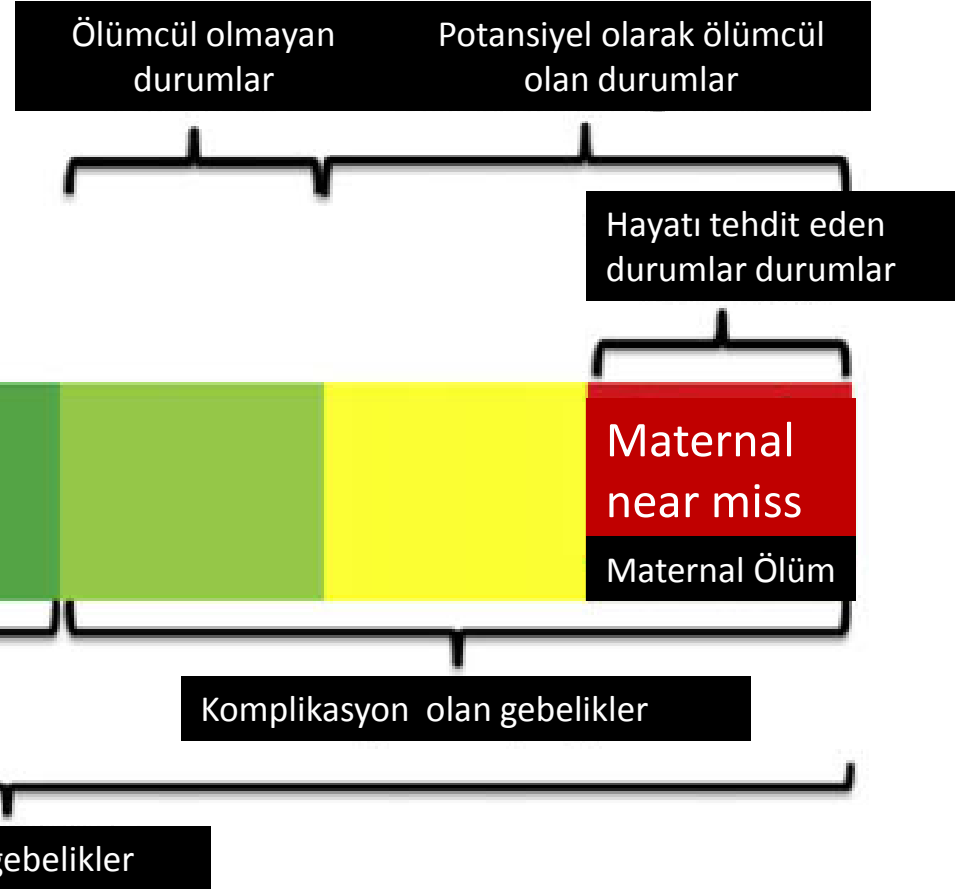
1. Kanama
2. Enfeksiyon
3. Abort komplikasyonları
4. Gebeliğin hipertansif hastalıkları
5. Uzamış eylem-zor doğum

The Millennium Development Goals Report 2012



Maternal near miss morbidite

Bir kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaştığı, tesadüfen yada bir sağlık kuruluşunda iyi bir bakım alarak kurtulduğu, ağır, hayatı tehdit eden obstetrik komplikasyonlardır



Maternal Mortalite & Maternal near miss

(+)

- Anne ölümlerinden daha sık ancak araştırmacıya yük olmayacak kadar az
- Riskleri ve hazırlayıcı faktörleri ayrıntılı inceleme olanağı
- Anne ölümlerindeki gibi bir suçlama söz konusu olmadığından daha rahat bilgi akışı
- Hasta/yakını görüşmesi sonucu onların anlattıkları, kaygıları ve karşılaştıkları durumlar da dikkate alınabilir

(-)

- Standart tanım eksikliği
- Olgu saptama kriterlerindeki farklılıklar
- Gelişmekte olan ülkelerde yerleştirme uygulama problemleri
- Mortalite ağır morbidite dönüşümü ?!

Hangi olgular maternal near miss kabul edilmeli?

“Gebelik , doğum ya da gebelik sonlandıktan sonraki 42 gün boyunca ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle ölümden dönen kadın ”

WHO ICD 10

- **Klinik kriterlere göre:**

Eklampsi , kanama ,ağır preeklampsi gibi

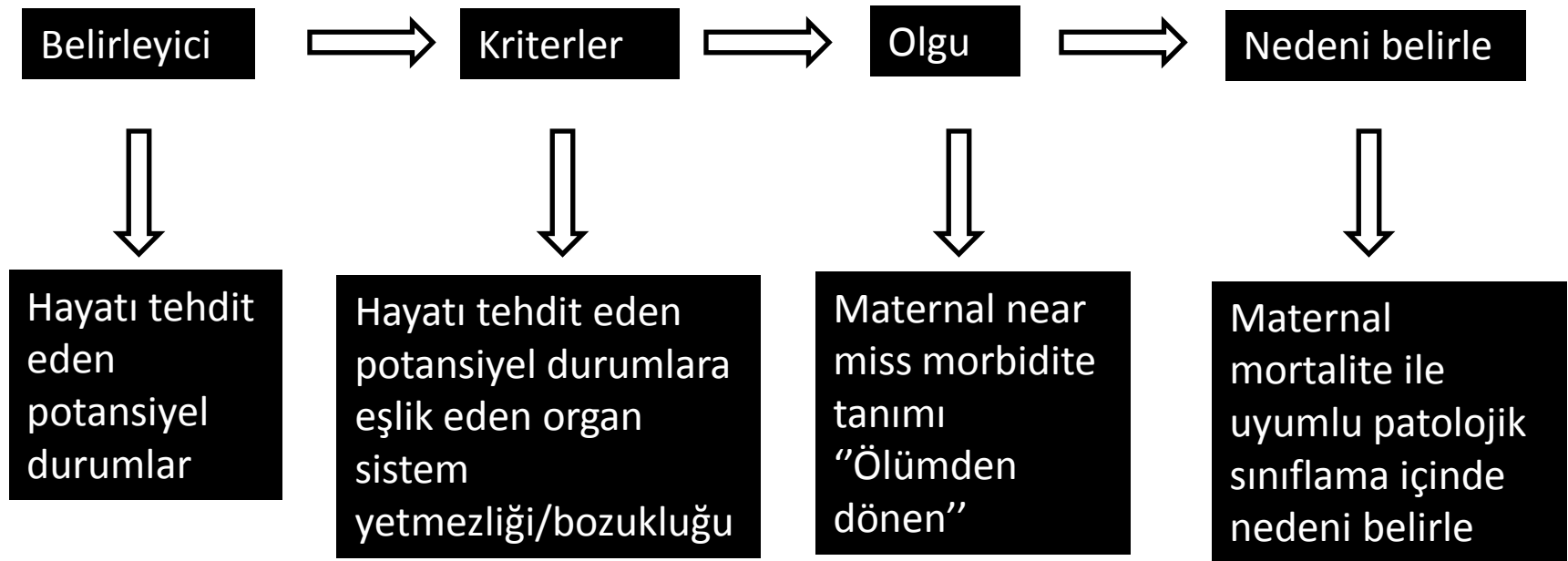
- **Spesifik girişime göre:**

Yoğun bakıma alınma, histerektomi gibi

- **Disfonksiyone organ sistemlerine göre**

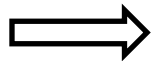
Şok , ARDS

Maternal near miss süreci

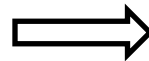


Maternal near miss süreci

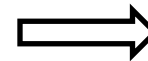
Belirleyici



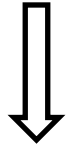
Kriterler



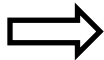
Olgu



Nedeni belirle



Hayatı tehdit eden potansiyel durumlar



Potentially life-threatening conditions.

Haemorrhagic disorders

Abruptio placentae
Accreta/increta/percreta placenta
Ectopic pregnancy
Postpartum Haemorrhage
Ruptured uterus

Other systemic disorders

Endometritis
Pulmonary oedema
Respiratory failure
Seizures
Sepsis
Shock
Thrombocytopenia <100.000
Thyroid crisis

Hypertensive disorders

Severe pre-eclampsia
Eclampsia
Severe hypertension
Hypertensive encephalopathy
HELLP syndrome

Severe Management Indicators

Blood transfusion
Central venous access
Hysterectomy
ICU admission
Prolonged hospital stay (>7 postpartum days)
Non anaesthetic Intubation
Return to operating room
Surgical intervention

Hangi olgular maternal near miss kabul edilmeli?

Clinical criteria related to a specific disease entity

Hastalık

Specific diseases are used as the starting points and then for each disease, morbidity is defined. For example pre-eclampsia is the disease entity, and complications such as renal failure, eclampsia and pulmonary oedema are used to define severe morbidity²¹

Intervention based criteria

Girişim

In this system an intervention such as admission to an Intensive Care Unit (ICU), the need for an emergency hysterectomy, the need for a blood transfusion, caesarean section are used as the marker of maternal near miss^{16,22,23}

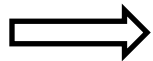
Organ system dysfunction based criteria

Yetmezlik

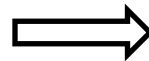
This system is based on the concept that there is a sequence of events leading from good health to death. The sequence is clinical insult, followed by a systemic inflammatory response syndrome, organ dysfunction, organ failure and finally death. Maternal near miss cases would be those women with organ dysfunction and organ failure who survive. The criteria for defining a maternal near miss are defined per organ system. Markers for organ system dysfunction or failure are specified¹³

Maternal near miss süreci

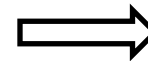
Belirleyici



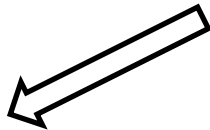
Kriterler



Olgu



Nedeni belirle



Hayatı tehdit eden potansiyel durumlara eşlik eden organ sistem yetmezliği/bozukluğu

Clinical criteria

Acute cyanosis
Gasping^a
Respiratory rate >40 or <6/min
Shock^b
Oliguria non responsive to fluids or diuretics^c
Clotting failure^d

Loss of consciousness lasting ≥ 12 hours^e
Loss of consciousness AND absence of pulse/heart beat
Stroke^f
Uncontrollable fit/total paralysis^g
Jaundice in the presence of pre-eclampsia^h

Laboratory-based criteria

Oxygen saturation <90% for ≥ 60 minutes
PaO₂/FiO₂ <200 mmHg
Creatinine ≥ 300 μ mol/l or $\geq 3,5$ mg/dl
Bilirubin >100 μ mol/l or > 6,0 mg/dl

pH <7.1
Lactate >5
Acute thrombocytopenia (<50 000 platelets)
Loss of consciousness AND the presence of glucose and ketoacids in urine

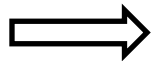
Management-based criteria

Use of continuous vasoactive drugsⁱ
Hysterectomy following infection or haemorrhage
Transfusion of ≥ 5 units red cell transfusion

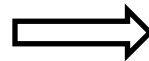
Intubation and ventilation for ≥ 60 minutes not related to anaesthesia
Dialysis for acute renal failure
Cardio-pulmonary resuscitation (CPR)

Maternal near miss süreci

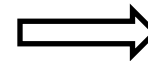
Belirleyici



Kriterler



Olgu



Nedeni belirle



Olgu seçimi:

- Yerel kullanıma uygun
- Tekrarlanabilir
- Şehir, bölge daha ideali ülkeler arası kıyaslamalara uygun kriterlerle seçilmiş olgular

Maternal near miss morbidite tanımı
"Ölümden dönen"

The prevalence of maternal near miss: a systematic review

Ö Tunçalp,^a MJ Hindin,^a JP Souza,^b D Chou,^b L Say^b

^a Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA and

^b Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Correspondence: Dr Ö Tunçalp, Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N Wolfe St MD 21205, Baltimore, USA. Email: otuncalp@jhsph.edu

Table 1. Near-miss rates by identification criteria and region

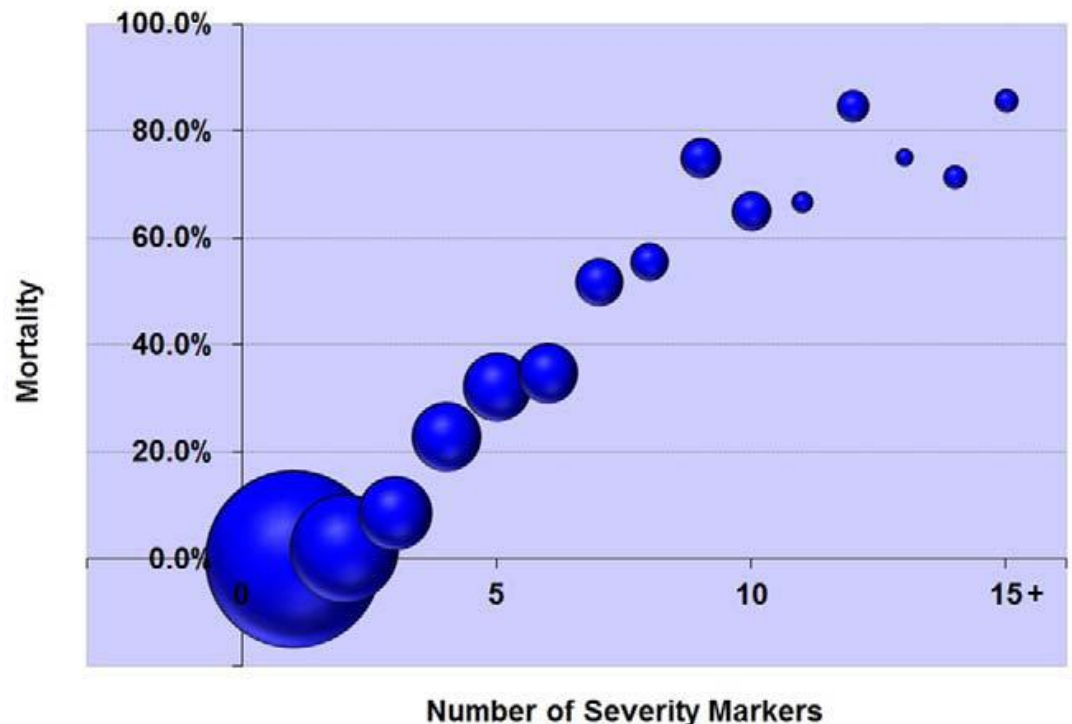
Identification criteria	Range of near misses (%)	No. of studies (<i>n</i> = 81)
Disease-specific	0.6–14.98	7
Management-specific		
Emergency hysterectomy	0.04–0.26	34
ICU admission	0.04–4.54 (15.8)*	18
Organ dysfunction	0.14–2.3	
Mantel or Modified Mantel criteria	0.14–0.92 (17.8)**	8
Other	2.3	1
Mixed criteria		
Disease/Organ/Management	0.04–4.43	7
Disease/Management	0.09–3.42	7

The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index Model (MSI): Tools for Assessing the Management of Severe Maternal Morbidity

Joao Paulo Souza^{1*}, Jose Guilherme Cecatti², Samira M. Haddad², Mary Angela Parpinelli², Maria Laura Costa², Leila Katz³, Lale Say¹, on behalf of the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Group[¶]

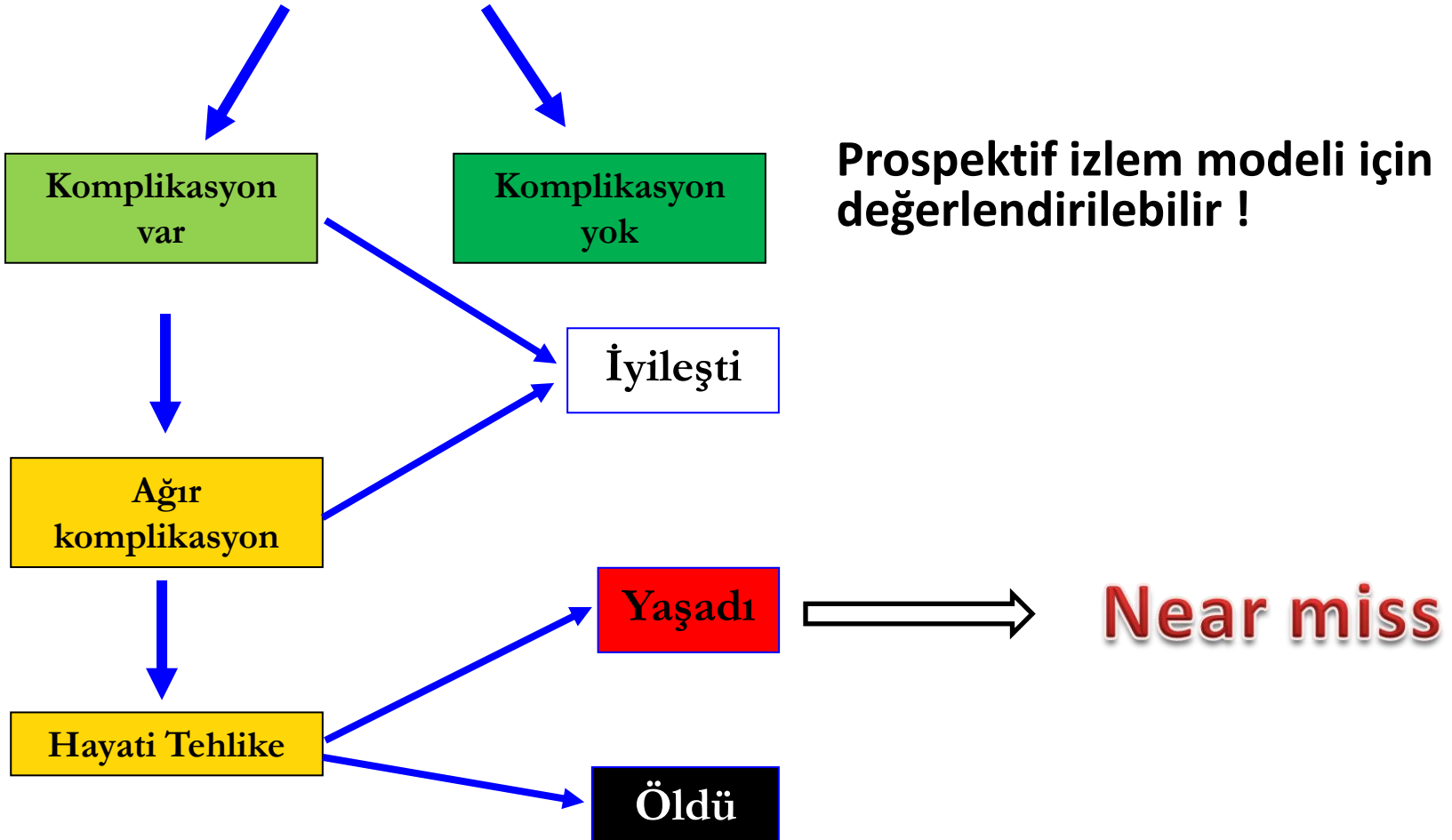
¹ UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland, ² Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil, ³ Department of Obstetrics, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Pernambuco, Brazil

- **APACHE** (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)
- **SAPS** (Simplified Acute Physiology Score)
- **SOFA** (Sequential Organ Failure Assessment)



Tüm kadınlar

(Gebelik, doğum ve gebelik
sonlandırılmasından sonraki 42. güne kadar)





Neredeyse kaybedilecek (*near-miss*) obstetrik hasta profili, tedavi sonuçları ve maternal mortalite değerlendirmesi: Üçüncü basamak merkez deneyimi

Ömer Yavuz Şimşek¹, Ercan Yılmaz¹, Ebru Çelik¹, Abdullah Karaer¹, Ilgın Türkçüoğlu¹,
Önder Çelik¹, Türkan Toğal²

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Malatya

Çalışma periyodu olan 15 aylık sürede kliniğimizde 2,156 doğum gerçekleşti. Bunlardan 84 hasta neredeyse kaybedilecek düzeyde morbiditesi olan hastalardı (%3.8). En sık altta yatan neden ağır preeklampsi ve HELLP sendromu (%79.8) idi. Daha sonra ise postpartum kanamalı olgular (%16.7) yer aldı. Neredeyse

kullanıldı:^[9] (1) Şok, acil histerektomi, koagulopati ya da 2 lt'den fazla transfüzyona neden olan şiddetli hemoraji; (2) Şiddetli preeklampsi, eklampsi ve HELLP (hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri ve trombosit düşüklüğü) sendromu tanısı; (3) Sepsis ve şok eşlik eden hastalar (vücut sıcaklığının <36°C ya da >38°C olduğu ya da sistolik kan basıncının <90 mmHg ve kalp atım hızının >120 atım/dk olduğu hastalar; (4) Uterin rüptür ya da dehisens ile ilişkili distosi tanısı; (5) Şiddetli hemoraji bulguları olmaksızın ağır anemi bulguları (hemoglobün <6 g/dl).

Tablo 1. Neredeyse kaybedilecek obstetrik hastaların tanılan.

Tanı	n (%)
Ağır preeklampsi	52 (61.9)
HELLP* sendromu	15 (17.9)
Postpartum kanama	14 (16.7)
Sepsis	1(1.2)
Primer akut hepatik yetmezlik	1 (1.2)
Pulmoner tromboemboli	1 (1.2)
Toplam	84 (100)

*HELLP: Hemoliz, yükselmiş karaciğer enzimleri, azalmış trombositler.

Tablo 4. Maternal mortalite ile sonuçlanan olguların obstetrik özellikleri.

Parametre	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4
Yaş	26	28	32	35
Tanı	Postpartum atoni	Eklampsi+HELLP sendromu	Sepsis	Pulmoner tromboemboli
Gravida	4	1	2	1
Parite	2	0	1	0
Gebeliğin sonlanma şekli	Sezaryen	Sezaryen	Abortus	Vajinal doğum
Doğum haftası	38	34	16	39
Doğum kilosu	3400	1900	150	3400
Yoğun bakımda kalış süresi	2	2	3	1
Yapılan ek cerrahi girişim	BlAL*+Total histerektomi	yok	yok	Yok
Transfüzyon miktarı (ünite)	17	5	3	Yok

Kurtarılmış anne KSS EAH Deneyimi

- **Kanuni Sultan Süleyman EAH'de Maternal Mortalite ve Kurtarılmış Anne olgularının saptanması ve değerlendirilmesi**
- Çalışmamız **1 Ocak 2012-31 Ağustos 2013** tarihleri arasında Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesine gebelik sırasında doğum veya doğumdan sonraki 42 gün içinde hastanemizin Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine başvuran tüm hastaların arasından Dünya Sağlık Örgütü'nün kurtarılmış (nearmiss) anne olgularının kriterlerine uyan hastalar saptanarak ve bu hastaların kayıtları taburculuklarında retrospektif değerlendirilerek yapılmıştır.
- Bu **20 aylık süre** içinde hastanemizde **26,700 canlı doğum** meydana gelmiştir. Çalışmamız sırasında hayatı tehdit eden durumu olan (kurtarılmış+ölen anneler) 149 olgu ile karşılaştık. Bunların **5'i anne ölümü** ve **144'ü DSÖ kriterlerine uygun NM** olgusuydu.

Klinik kriterler Akutsiyanoz İç çeker tarzda soluma (gaspıng)^a Solunum hızı>40 veya <6/dakika Şok^b Oligüri (sıvı replasmanına veya diüretiklere cevapsız)^c Pıhtılaşma yetersizliği^d	Bilinç kaybı(≥ 12 saat devam eden) Bilinç kaybı VE nabız/kalp atışı yokluğu İnme^f Kontrol edilemeyen nöbet/total felç^g Sarılık (preeklampsi varlığında)^h
Laboratuvar bazlı kriterler Oksijen saturasyonu<%90,≥60 dakika süren PaO₂/FiO₂<200 mmHg Kreatinin ≥300 µmol/l veya ≥3.5 mg/dl Bilirubin> 100 µmol/l veya> 6.0 mg/dl	pH<7.1 laktat>5 mmol/L Akut trombositopeni (<50 000 platelet) Bilinç kaybı VE idrarda glukoz ve ketoasidler varlığı
Yönetim bazlı kriterler Devamlı (aralıksız) vazoaktif ilaçlar kullanımıⁱ Histerektomi (enfeksiyon veya kanama sonrası) Transfüzyon (≥5 ünite eritrosit süspansiyonu)	Entubasyon ve ventilasyon (≥60 dakika süren ve anesteziye bağlı olmayan) Diyaliz (akut böbrek yetmezliği için) Kardiyo-pulmoner resusitasyon (CPR)

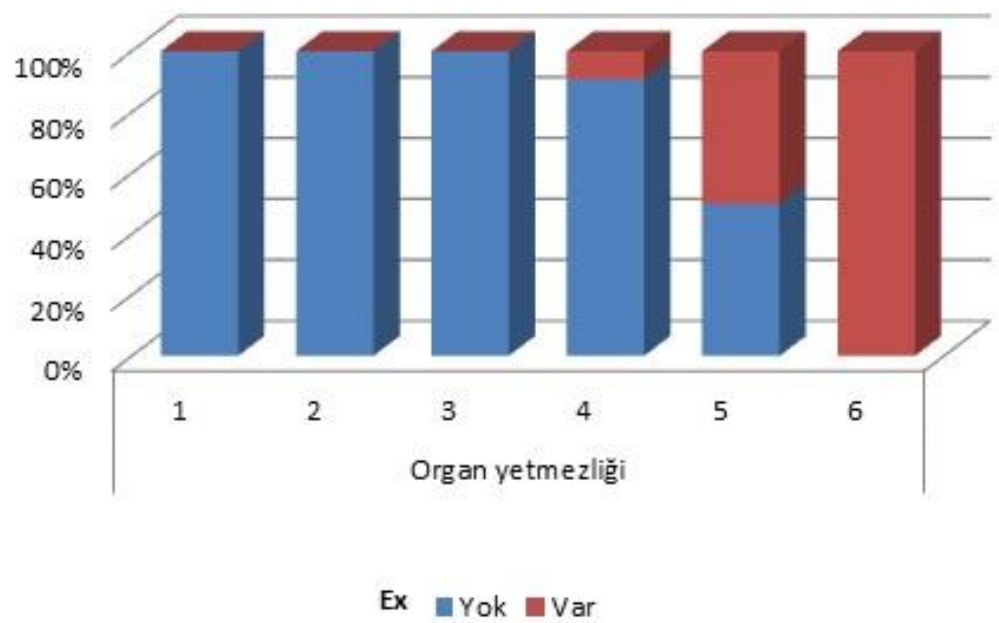
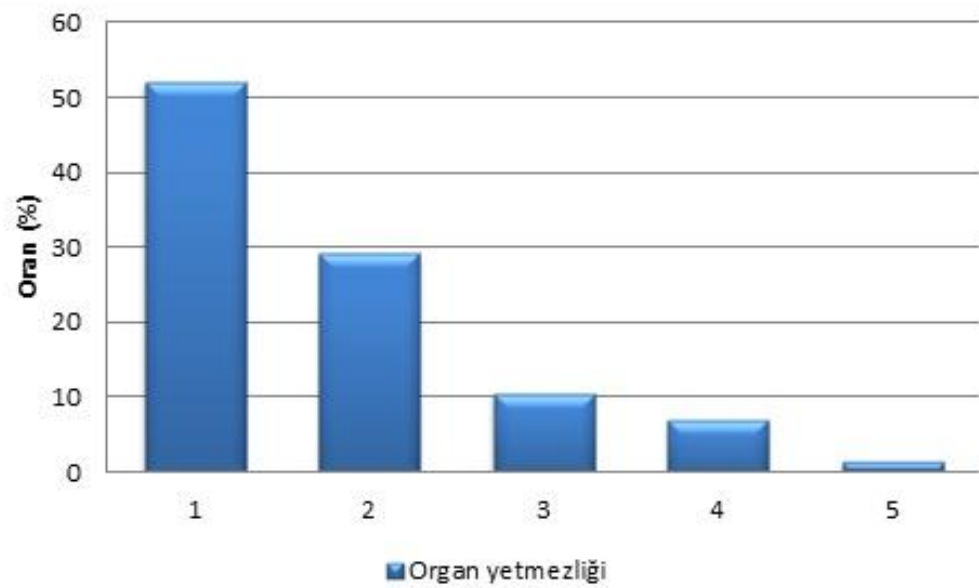
Ağır maternal sonuçlar ve kurtarılmış anne olgusu göstergeleri

Sonuçlar	Kurtarılmış anne olgusu göstergeleri
1. İncelenen toplumdaki tüm canlı doğumlar	26 700
2. Ağır maternal sonucu olan olgular	149
Anne ölümleri	5 (18.7 / 100000 canlı doğum)
Kurtarılmış anne	144
3. Toplam kurtarılmış anne olgusu göstergeleri	
Ağır maternal sonuç oranı (1000 canlı doğumda)	5.58
Kurtarılmış anne oranı (1000 canlı doğumda)	5.39
Kurtarılmış anne : maternal mortalite oranı	28.8
Mortalite indeksi	3.35

Ağır komplikasyonu olan hastalar	5 MM+144 NM = 149
Ağır obstetrik kanama	69 PP totalis insersiyon anomalisi 43 Postpartum kanama (atoni laserasyon) 8
Hipertansif hastalık	78 (HELLP 57 ,eklampsi 15 , ağır PE 6)
Eklampsi	15
Sepsis veya ağır sistemik enfeksiyon	9
Uterus rüptürü	6
Diğer	19

Kritik müdahale yapılan hastalar	
Kan ürünü kullanımı	Herhangi bir kan ürünü 125 > 5 ünite ES kullanımı 54
Girişimsel radyoloji	-
Laparotomi	18
Yoğun bakıma alınma	86

Kurtarılmış anne (organ yetmezliği)	144 NM
Kardiovasküler disfonksiyon	37
Solunum disfonksiyonu	23
Böbrek disfonksiyonu	15
Koagulasyon/hematolojik disfonksiyon	114 (plt↓, fibrinojen↓, ddimer↑, ≥5ü es)
Karaciğer disfonksiyonu	11
Nörolojik disfonksiyon	3
Uterin disfonksiyon /histerektomi	46
Çoklu organ yetmezliği	69
Anne Ölümleri (organ yetmezliği)	5 MM
Kardiovasküler disfonksiyon	4
Solunum disfonksiyonu	4
Böbrek disfonksiyonu	2
Koagulasyon/hematolojik disfonksiyon	3
Karaciğer disfonksiyonu	2
Nörolojik disfonksiyon	2
Uterin disfonksiyon /histerektomi	1
Çoklu organ yetmezliği	5

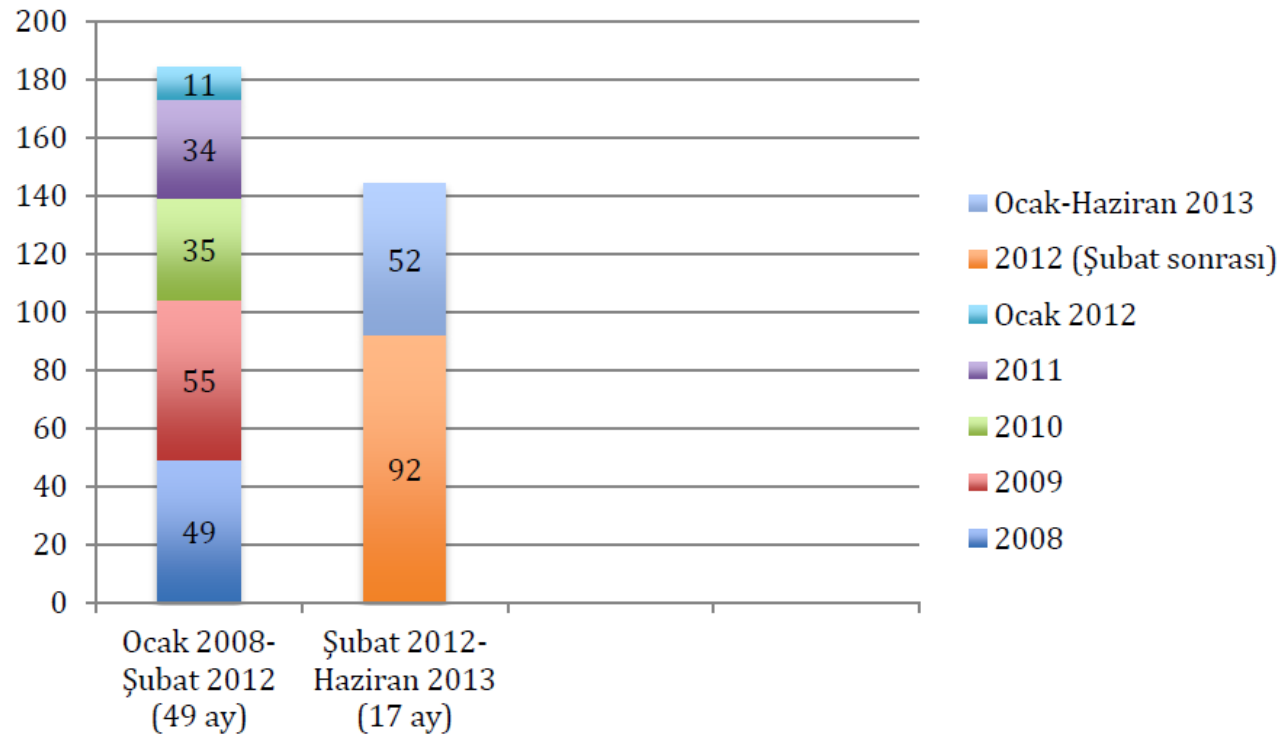


Plasenta Previa Totalis olgularında genel obstetrik ve perinatoloji kliniği uygulamaları arasında farkların araştırılması

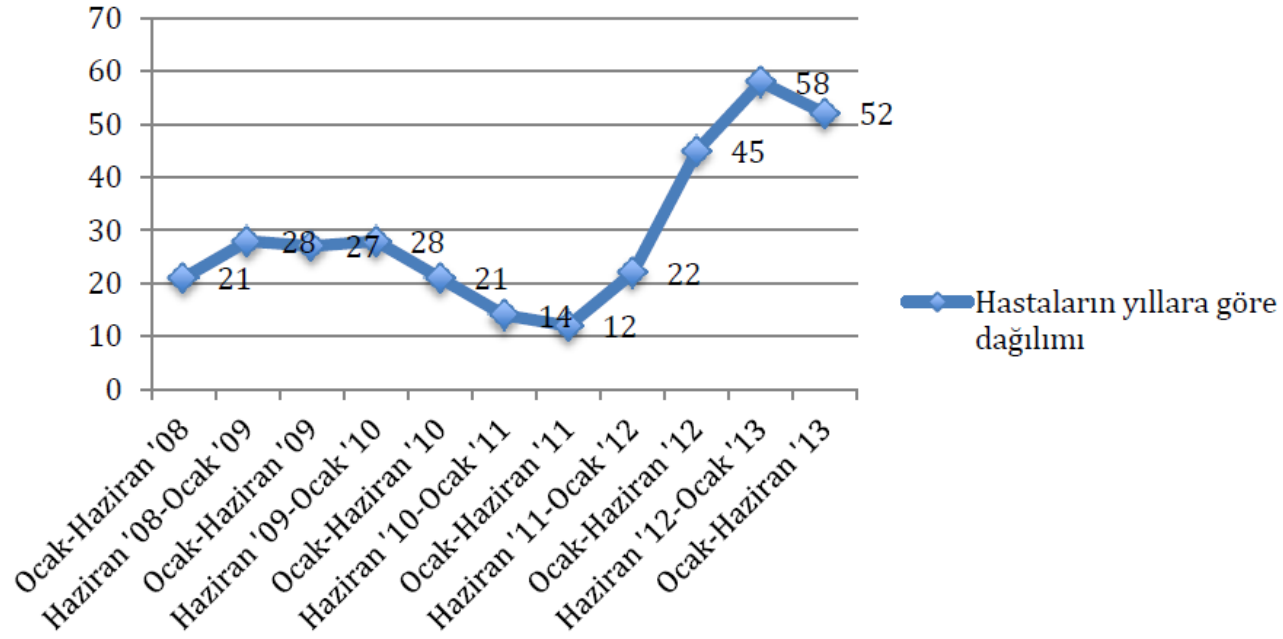
- Ocak 2008-Şubat 2012
 - Genel Obstetrik **(184 olgu)**
- Şubat 2012- Haziran 2013
 - Perinatoloji **(144 olgu)**
 - 742 hasta taranmış
 - 310 hastanemizde doğurmadı
 - 46 hasta normal doğum yaptı
 - 26 hasta viabilite sınırı altında abort ya da gebelik terminasyonu
 - 10 hasta çoğul gebelik
- Toplam 328 plasenta Previa totalis

(Tablo-1)





Tablo-2: Çalışmaya alınan hastaların Şubat 2012 öncesi ve sonrası olmak üzere iki alt gruba ayrılmasını göstermektedir. Her iki grubun kapsadığı süre ve içerdiği toplam hasta sayısı görülmektedir.



Tablo 3: Çalışmaya alınan, Ocak 2008-Haziran 2013 döneminde plasenta previa olgularının 6 aylık dilimlere bölünmüş şekilde yıllara göre dağılımı izlenmektedir. Buna göre, 2012 sonrasında plasenta previa olgularının sayısı belirgin yükselişe geçmiş ve devamında da öncesinin yaklaşık iki katı düzeyinde seyretmiştir.

		<2012 Öncesi		>2012 Sonrası		p
Yaş		29,9±5,41		31,1±4,92		0,04
Gravida		3,18±1,58		3,36±1,59		0,319
Parite		1,52±1,22		1,69±1,24		0,192
Abortus		0,46±0,75		0,5±0,73		0,597
C		0,21±0,66		0,16±0,54		0,440
Yaşayan		1,44±1,19		1,53±1,13		0,466
Patoloji	Previa Totalis	109	59,24%	98	68,06%	0,063
	Previa Parsiyalis	34	18,48%	12	8,33%	
	Previa Marginalis	33	17,93%	29	20,14%	
	Low Lying Placenta	8	4,35%	5	3,47%	
Geçirilmiş C/S	Yok	93	50,54%	58	40,28%	0,01
	Eski C/S	56	30,43%	41	28,47%	
	Mükerrer C/S	31	16,85%	31	21,53%	
	Grand Mükerrer C/S	4	2,17%	14	9,72%	
Geçirilmiş Uterin Cerrahi	Yok	179	97,28%	138	95,83%	0,469
	Var	5	2,72%	6	4,17%	
Prenatal Tanı	Yok	55	29,89%	12	8,33%	0,0001
	Var	129	70,11%	132	91,67%	
İnversiyon Anomalisi	Yok	147	79,89%	102	70,83%	0,301
	Fokal İnvazyon	10	5,43%	9	6,25%	
	Accreata	14	7,61%	15	10,42%	
	İncreata	2	1,09%	5	3,47%	
	Percreata	11	5,98%	13	9,03%	

Yoğun Bakım İhtiyacı	Yok	184	100,00%	126	87,50%	
	Var	0	0,00%	18	12,50%	0,0001
Cilt İnsizyon Tipi	Pfannenstiel	184	100,00%	115	79,86%	
	Göbek Altı Median	0	0,00%	29	20,14%	0,0001
Uterus İnsizyon Tipi	KERR	172	93,48%	98	68,06%	
	Klasik	8	4,35%	30	20,83%	
	Üst Segment Transvers	4	2,17%	16	11,11%	0,0001
Doğum Haftası		35,04±3,2		35,71±2,7		0,045
Hastanede Kalış Süresi (Gün)		3,21±2,56		3,49±2,63		0,330
Op. Süre (Dk)		48,42±24,34		61,22±40,64		0,0001

		<2012 Öncesi		>2012 Sonrası		p
Postop	Yok	179	97,28%	141	97,92%	
Enfeksiyon	Var	5	2,72%	3	2,08%	0,712
Mesane	Yok	175	95,11%	139	96,53%	
Perforasyonu	Var	9	4,89%	5	3,47%	0,528
Relaparotomi	Yok	181	98,37%	143	99,31%	
	Var	3	1,63%	1	0,69%	0,443
Krater Sütürü	Yok	122	66,30%	115	79,86%	
	Var	62	33,70%	29	20,14%	0,007
Balon Tamponaj	Yok	160	86,96%	133	92,36%	
	Var	24	13,04%	11	7,64%	0,116
Kompresyon	Yok	182	98,91%	143	99,31%	
Sütürü	Var	2	1,09%	1	0,69%	0,711
Bual	Yok	177	96,20%	141	97,92%	
	Var	7	3,80%	3	2,08%	0,368
Bhal	Yok	184	100,00%	142	98,61%	
	Var	0	0,00%	2	1,39%	0,109
Histerektomi	Yok	166	90,22%	113	78,47%	
	Var	18	9,78%	31	21,53%	0,003
Dren	Yok	146	79,35%	91	63,19%	
	Var	38	20,65%	53	36,81%	0,001
Ekip	Perinatal	23	12,50%	107	74,31%	
	Dış Ekip	161	87,50%	37	25,69%	0,0001

Severe maternal complications

- Severe postpartum haemorrhage
- Severe pre-eclampsia
- Eclampsia
- Sepsis or severe systemic infection
- Ruptured uterus
- Severe complications of abortion

Critical interventions or intensive care unit use

- Admission to intensive care unit
- Interventional radiology
- Laparotomy
(includes hysterectomy, excludes caesarean section)
- Use of blood products

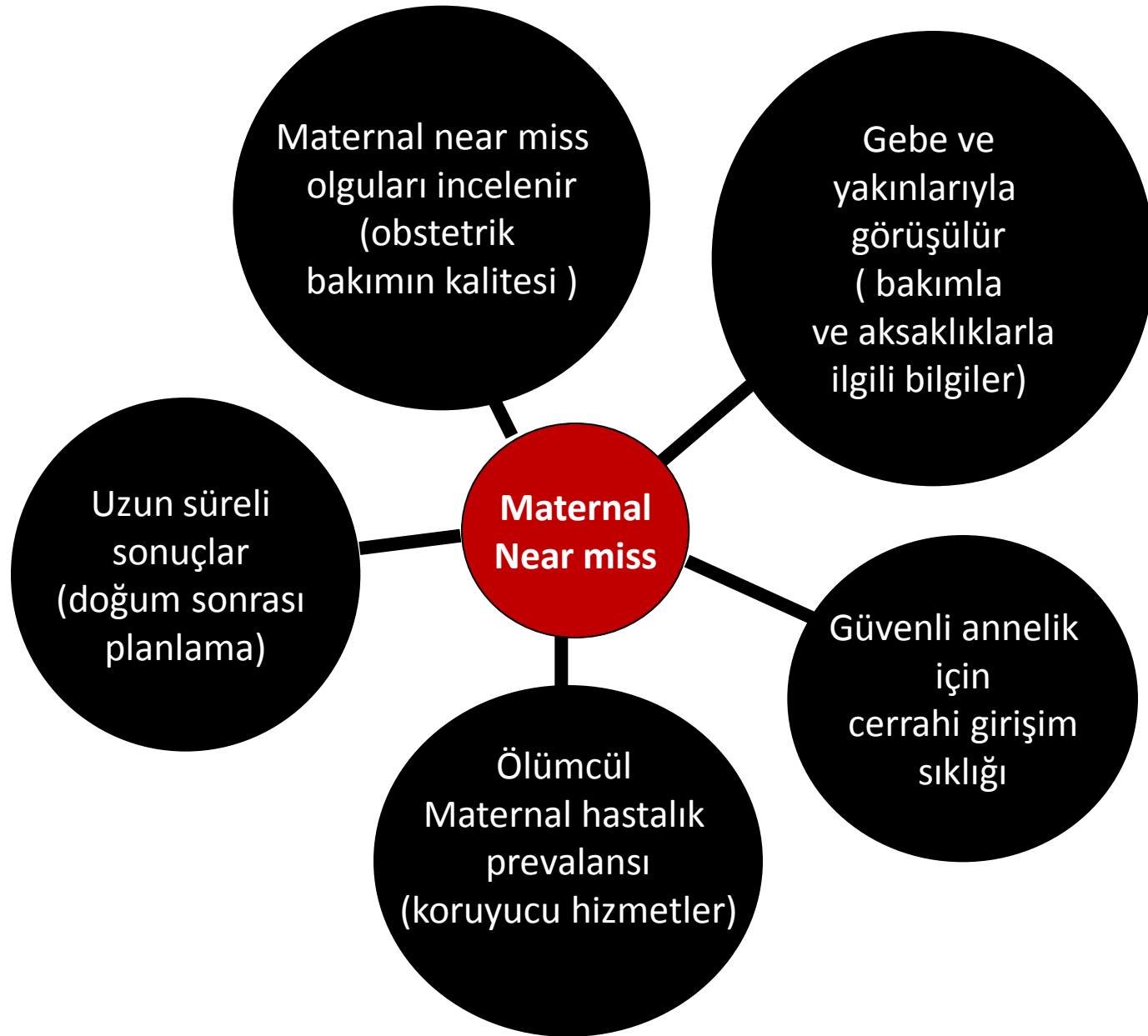
Life-threatening conditions (near-miss criteria)

- Cardiovascular dysfunction
 - Shock, cardiac arrest (absence of pulse/heart beat and loss of consciousness), use of continuous vasoactive drugs, cardiopulmonary resuscitation, severe hypoperfusion (lactate >5 mmol/l or >45 mg/dl), severe acidosis (pH <7.1)
- Respiratory dysfunction
 - Acute cyanosis, gasping, severe tachypnea (respiratory rate >40 breaths per minute), severe bradypnea (respiratory rate <6 breaths per minute), intubation and ventilation not related to anaesthesia, severe hypoxemia (O₂ saturation $<90\%$ for ≥ 60 minutes or PAO₂/FiO₂ <200)

- Renal dysfunction
 - Oliguria non-responsive to fluids or diuretics, dialysis for acute renal failure, severe acute azotemia (creatinine ≥ 300 $\mu\text{mol/ml}$ or ≥ 3.5 mg/dl)
- Coagulation/haematological dysfunction
 - Failure to form clots, massive transfusion of blood or red cells (≥ 5 units), severe acute thrombocytopenia ($<50\,000$ platelets/ml)
- Hepatic dysfunction
 - Jaundice in the presence of pre-eclampsia, severe acute hyperbilirubinemia (bilirubin >100 $\mu\text{mol/l}$ or >6.0 mg/dl)
- Neurological dysfunction
 - Prolonged unconsciousness (lasting ≥ 12 hours)/coma (including metabolic coma), stroke, uncontrollable fits/status epilepticus, total paralysis
- Uterine dysfunction
 - Uterine haemorrhage or infection leading to hysterectomy

Maternal vital status

- Maternal death



Obstetrik Kanamada Neredeyiz?

- Veri toplama, araştırma, analiz:
 - Ölçmeden iyileştiremezsin
- Eylem:
 - Değiştirmeyeceksen neden ölçüyorsun?

Ülke çapında temel kanama izlem çalışması

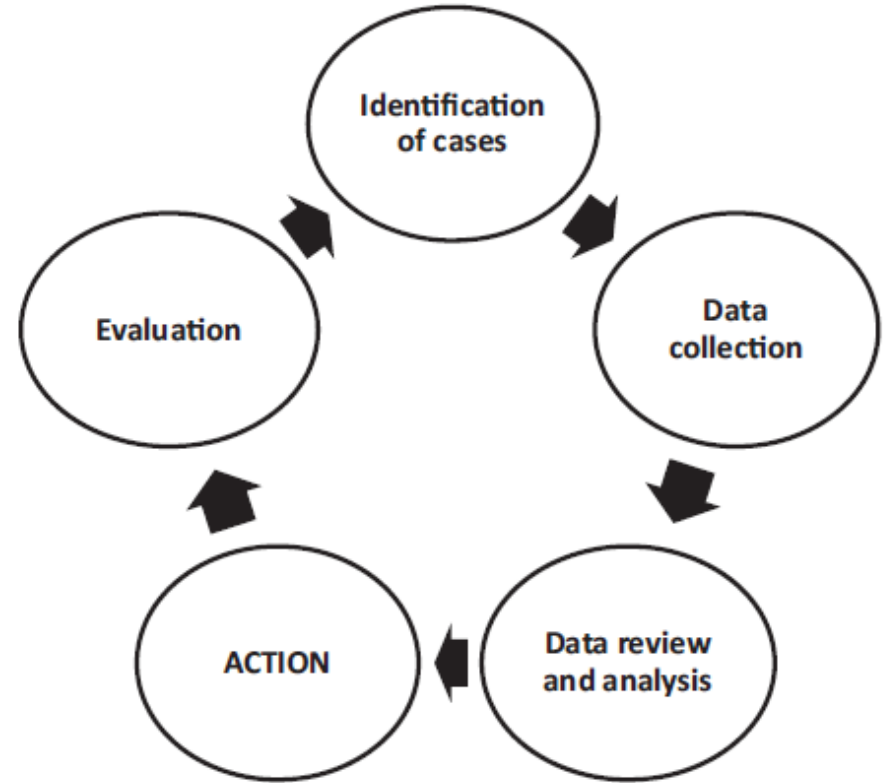
- Standart kanama protokolleri
- Standart tanımlar ve terminoloji
- Uterotoniklere erişim, hangileri ?
- Alternatif yöntemlere ait bilgi malzeme eksikliği
- Hukuki altyapı
- Palyatif önlem ??

Obstetrik kanama kalite iyileştirme noktaları

- Kanama riskini azaltmak
- Başvuruda riski değerlendirmek
- İhmal gecikmeyi azaltmak
- Kan kaybı miktarını objektif belirlemek
- Non-farmakolojik tedavi yöntemlerini kullanımı
- Kan ürünü kullanımında yenilikler
- Takım çalışması iletişim

Maternal mortaliteyi azaltmaya yönelik stratejiler

- Sorunun önemine ve büyüklüğüne dikkat çekmek
Politikacı, sağlık çalışanı ve toplum tarafından görülmesini sağlamak
- Sağlık sistemine yatırım.
Üreme ve özellikle ana çocuk sağlığı merkezlerine başvuruyu artırmak
- Anne sağlığında iyileşmeyi engelleyen sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlere odaklanmak
Kadın hakları
- Yeni bilgi üretmek



Öncelik ve Politik kararlılık

Maternal mortaliteyi azaltmaya yönelik stratejiler

- **Bireylere yönelik yardımlar**
 - Etkin sağlık hizmetleri
 - Başarılı programları uygulamak
 - İyi sağlık hizmetini engelleyen faktörleri kaldırmak
 - Ölçme ve değerlendirme
 - Uluslararası çabalar
1. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi
 2. İstenmeyen gebeliklerin yönetimi
 3. Gebelik ve doğum komplikasyonlarından ölümü azaltma (3 gecikme modeli)
 - Hizmet alama kararında gecikme
 - Hizmet alma noktasına ulaşmada gecikme
 - Uygun ve yeterli bakım vermede gecikme

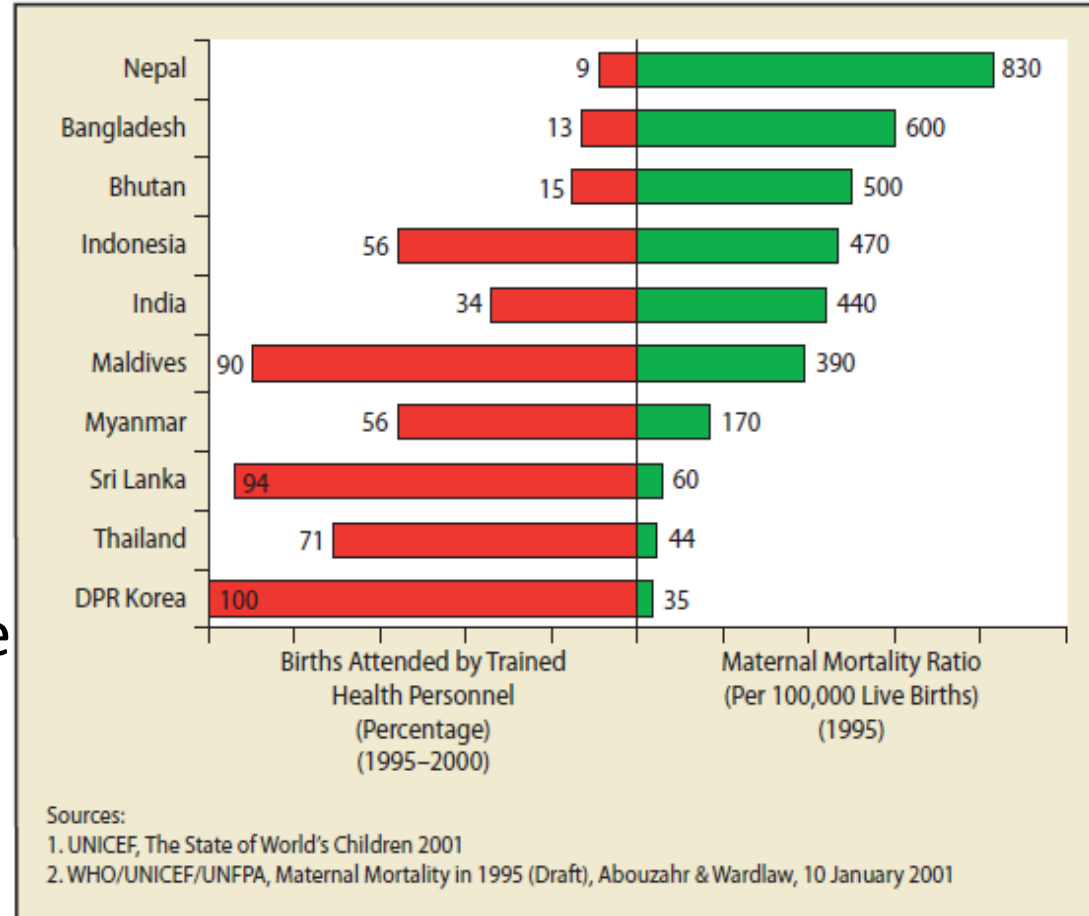
Maternal mortaliteyi azaltmaya yönelik stratejiler

- Bireylere yönelik yardımlar
 - **Etkin sağlık hizmetleri**
 - Başarılı programları uygulamak
 - İyi sağlık hizmetini engelleyen faktörleri kaldırmak
 - Ölçme ve değerlendirme
 - Uluslararası çabalar
1. Altyapı güncellemesi ve acil obstetrik bakım hizmet ağının kurulması
 2. Etkin sevk ve iletişim (primer tersiyer bağlantısının kurulması)
 3. Sağlık profesyonellerinin ve devlet memurlarının hesap verebilirliğinin sağlanması
 4. Tıbbi malzeme lojistik ve destek sistemi
 5. Bilgi akış sisteminin geliştirilmesi
 6. Özel ve devlet sağlık hizmetini teşvik
 7. Yoksula finansman sağlama
 8. Aile planlaması ve güvenli abort hizmetleri

Maternal mortaliteyi azaltmaya yönelik stratejiler

- Bireylere yönelik yardımlar
- Etkin sağlık hizmetleri
- **Başarılı programları uygulamak**
- İyi sağlık hizmetini engelleyen faktörleri kaldırmak
- Ölçme ve değerlendirme
- Uluslararası çabalar

1. Malezya, Sri Lanka, Nepal, Mısır örnekleri

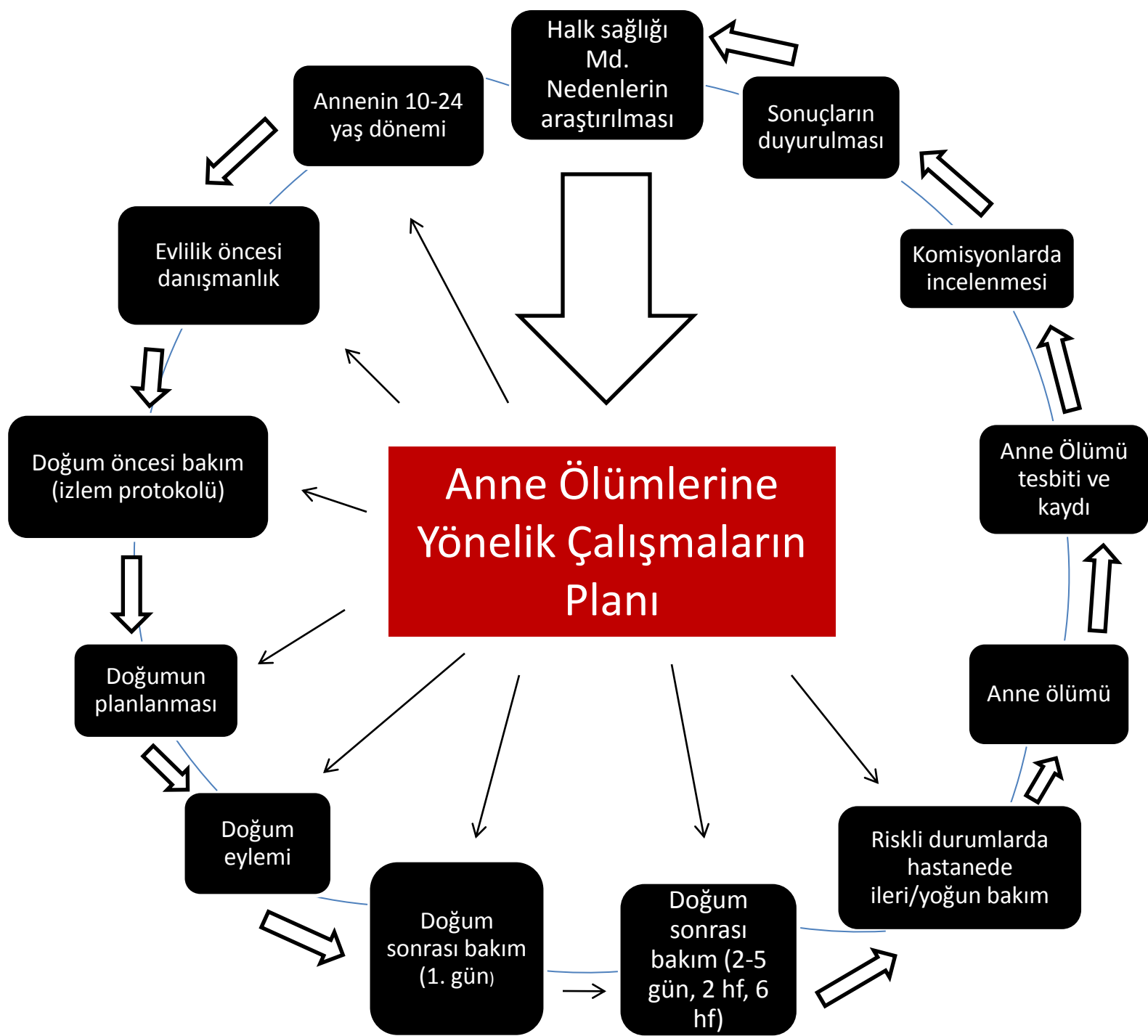


Maternal mortaliteyi azaltmaya yönelik stratejiler

- Bireylere yönelik yardımlar
 - Etkin sağlık hizmetleri
 - Başarılı programları uygulamak
 - İyi sağlık hizmetini engelleyen faktörleri kaldırmak
 - Ölçme ve değerlendirme
 - Uluslararası çabalar
1. Sosyokültürel ekonomik ve insan hakları bakışı

Maternal mortaliteyi azaltmaya yönelik stratejiler

- Bireylere yönelik yardımlar
 - Etkin sağlık hizmetleri
 - Başarılı programları uygulamak
 - İyi sağlık hizmetini engelleyen faktörleri kaldırmak
 - Ölçme ve değerlendirme
 - Uluslararası çabalar
1. DSÖ, BM, UNICEF, Dünya Bankası



Bir ülkenin sağlık sisteminin nasıl
çalıştığını tek başına ve en iyi
gösteren parametre anne ölüm
oranıdır !

TEŞEKKÜRLER