

Anne sağlığının sosyal belirleyicileri üzerine kavramsal bir inceleme

Mail ÖZÇELİK^a

ÖZET

Anne sağlığında temel bir gösterge olan anne ölüm oranı özellikle gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde küresel bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu ülkelerde üreme çağındaki kadınlar genellikle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde görülen komplikasyonlar nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedir. Sağlık hizmetlerinin ötesinde yer alan ve sağlık sonuçlarını etkileyen bir takım sosyal belirleyiciler anne sağlığının iyileştirilmesinde, ölüm oranlarının azaltılmasında, sağlık maliyetlerinin düşürülmesinde, hizmete erişim ve bakım kalitesinin artırılmasında sağlık sistemlerini destekleyici bir rol üstlenmektedir. Literatürde anne sağlığını etkileyen bir dizi yapısal ve ara belirleyiciler açıklanmıştır. Anne sağlığı, içinde yaşanan toplumun ekonomik, politik, sosyal ve kültürel yapı, aile özellikleri ve sağlık hizmetleri gibi bir takım sosyal ve ekonomik faktörlerden geniş ölçüde etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü anne sağlığının sosyal belirleyicilerine dikkat çekerek, annelerin yeterli sağlık hizmetlerine erişimini sınırlayan engellerin belirlenmesi ve sağlık sisteminin tüm seviyelerindeki hakkaniyetsizliklerin ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetleri ile birlikte sağlıkta sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine dair politikalar anne sağlığını önemli ölçüde geliştirerek anne ölüm oranlarının azalmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anne sağlığı, anne ölümü, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık hizmetleri

A conceptual review on the social determinants of maternal health

ABSTRACT

Maternal mortality rate, a primary indicator in maternal health, continues to be a health problem, especially in developing and underdeveloped countries. In these countries, women of reproductive age generally die due to complications during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. A number of social determinants beyond health services that affect health outcomes play a supportive role in health systems in improving maternal health, reducing mortality rates, reducing health costs, increasing access to services and quality of care. Many structural and intermediate determinants affecting maternal health have been described in the literature. In addition, several social and economic factors significantly affect maternal health, such as the society's economic, political, social, and cultural structure, family characteristics, and health services. The World Health Organization highlighted the social determinant role of maternal health, emphasizing the need to identify barriers that limit mothers' access to adequate health services and address inequalities at all levels of the health system. Policies on improving social determinants along with accessible and quality health care contribute to improving maternal health and reducing maternal mortality.

Keywords: Maternal health, maternal mortality, social determinants of health, health services

Geliş Tarihi: 10.06.2022

Kabul Tarihi: 15.09.2022

^aSerbest yazar, İstanbul, Türkiye, e-posta: mailozcelik18@gmail.com ORCID: 0000-0003-0094-6050

Sorumlu Yazar/Correspondence: Mail Özçelik e-posta: mailozcelik18@gmail.com

Atf: Özçelik M. Anne sağlığının sosyal belirleyicileri üzerine kavramsal bir inceleme. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*. 2022;4(3):305-316.
Citation: Ozcelik M. A conceptual review on the social determinants of maternal health. *Journal of Health and Life Science*. 2022;4(3):305-316.

GİRİŞ

Anne sağlığı, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki kadınların genel sağlık durumunu ifade etmektedir.¹ Anne sağlığı açısından temel bir gösterge olan anne ölüm oranı sosyoekonomik kalkınmanın en temel ölçütlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 raporunda, küresel anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda ortalama 211 olarak tahmin edilmiştir. Aynı raporda 2017 yılında toplam 295 000 kadının gebelik sürecinde, doğum sırasında ve doğum sonrasında gelişen çeşitli komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiği, gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde anne ölümlerinin oldukça yüksek seyrettiği belirtilmektedir.² DSÖ 2014 Raporu'na göre, Sahra altı Afrika ve Güney Asya Ülkeleri, dünya çapındaki tüm anne ölümlerinin yaklaşık %86'sını oluşturmaktadır. Her gün, küresel olarak yaklaşık 800 kadın gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir.³ Gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında; DSÖ (2016) Avrupa ve Kuzey Amerika gibi gelişmiş ülkelerdeki anne ölüm oranını yüz bin canlı doğumda 13 olarak açıklamıştır⁴. İki bin on yedi verilerine göre Türkiye'de bu oran 17'dir.²

Anne sağlığı epidemiyolojisi ülkeler arasındaki farklılıkların büyük oranda toplumdaki yönetsel, yapısal ve sosyal dinamiklerden kaynaklandığını belirtmektedir. Anne sağlığı, annenin biyolojik durumu ile birlikte içinde bulunulan sosyal, ekonomik ve kültürel çevre tarafından şekillenmektedir. Annenin yaşadığı olumsuz çevre koşulları, ırk, düşük sosyoekonomik durum, anne yaşı, önceden var olan sağlık sorunları ve yetersiz sağlık bakımı gibi faktörler anne ölüm riskini artırmaktadır.¹

Son yıllarda anne ölümlerinde kayda değer düşüşler elde edilse de, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde önlenabilir anne ölümleri endişe verici olmaya devam etmektedir.⁵ Bu nedenle anne ölümlerinin nedenleri, önlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar küresel düzeyde hız kazanmıştır. Birleşmiş Milletler (BM), Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2016) çerçevesinde anne sağlığını iyileştirmeye odaklanarak, 1990- 2015 yılına kadar küresel olarak anne ölüm oranının %75 azaltılmasını hedeflemiştir. Bu süreç içerisinde anne ölüm oranı %44 azaltılarak yüz bin canlı doğumda tahmini 216 olmuştur. BM bu sonuçtan hareketle yeni bir hedef belirleyerek 2030 yılına kadar küresel anne ölüm oranını yüz bin canlı doğumda 70 ve altına düşürmeyi hedeflemektedir. Hedefler tutturulabilirse en az bir milyon kadının hayatının kurtulacağı belirtilmektedir. Anne sağlığı sonuçlarında eşitlik ve anne sağlığı müdahalelerine erişimde hakkaniyet gündeminin en üst konuları arasında yer almaktadır.⁶

Türkiye'de anne ölüm oranı dünya ortalamasının altında seyrete de, bu oran gelişmiş ülkelere kıyasla

yüksek düzeydedir. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı Kapsamında, anne ölümlerini yüz bin canlı doğumda 13'e indirmeyi hedeflemiş ve anne sağlığına yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine için stratejiler belirlemiştir. Bu plan dahilinde; sağlık çalışanlarının anne sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin yükseltilmesi, riskli gebeliklerin yakından takibi, gebelik ve lohusa sürecinde karşılaşılabilecek komplikasyonlara yönelik nitelikli insan kaynağının iyileştirilmesi, sezaryen oranlarının azaltılması, gebelik sonrası takip süreçlerine ilişkin iyileştirmeler yapılması amaçlanmıştır.⁷

Doğru gebelik yönetimi, eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından yapılan doğum öncesi izlem, doğumda yetkin personel desteği ve doğumdan sonraki süreçte profesyonel bakım ve destek olmak üzere bir takım anne sağlığı hizmetlerine yönelik eylemlerle anne ölümlerinin büyük oranda önlenebileceği belirtilmektedir.² Anne ölümlerinin azaltılmasında ve anne sağlığının iyileştirilmesinde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi oldukça önemlidir. Bununla birlikte sağlık hizmeti kullanımını ve kaliteli hizmete erişim sürecini etkileyen pek çok sosyal faktör tanımlanmaktadır. DSÖ "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu" 2008 yılı Raporunda insanların yaşı, doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı çevrenin küresel sağlık sorunları üzerindeki etkisine dikkat çekerek, anne ölümleri gibi sağlık sonuçları hakkında neler yapılabileceğine dair çeşitli değerlendirmelerde bulunmuştur.⁸ Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı anne sağlığının iyileştirilmesi, anne ölümlerinin azaltılması ve belirli bir sağlık sonucunda ilerlemeyi hızlandırmak için kalkınma sektörleri arasında nasıl sinerji oluşturabileceğinin çarpıcı bir örneğini sunmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin ve kalitesinin güçlendirilmesinin yanında, sağlığı ve hizmet kullanımını etkileyen bir dizi sosyal belirleyicinin iyileştirilmesinin anne sağlığına olumlu katkılar sağlayacağı belirtilmektedir.⁹⁻¹² Bu çalışmada amaç, anne sağlığı üzerinde etkisi gösterilen sosyal belirleyicileri tanımlamak ve önlenabilir anne ölümlerinin ortadan kaldırılmasında politika yapıcılara bilgiler sunmaktır.

Anne Sağlığının Sosyal Belirleyicileri Üzerine Yapılan Araştırmalar

Anne ölümlerinin nedenlerine ilişkin yapılan bilimsel araştırmalarda çoğunlukla klinik faktörlere odaklanılmıştır. Ancak, anne ölümleri sorunu bir bütün olarak ele alındığında araştırmalarda ekonomik, politik ve sosyal faktörlerin de dahil edildiği çok boyutlu bir yaklaşımın göz önünde bulundurulması gerektiği savunulmaktadır.¹³ Gil-Gonzales ve ark. (2006)¹³, 2000-2004 yılları arasında anne ölümlerinin 2000-2004 yılları arasında anne ölümlerinin makro yapısal belirleyicilerine ilişkin yayınlanan 27 makale üzerinde yaptığı sistematik incelemede, sosyoekonomik,

kültürel, politik ve sağlık hizmetlerine yönelik faktörlerin anne ölümlerinin temel belirleyicileri olarak bulunmuştur. Çalışmada, sosyoekonomik faktörler; kişi başı gelir, kadının çalışma durumu, eğitim düzeyi, kültürel faktörler; kültürel destek ve entegrasyon, politik faktörler; sağlık merkezlerinin erişilebilirliği (uzaklık, ulaşım, hizmetlere erişim), sağlık hizmetleri faktörleri ise; perinatal bakım kapsamı, doğum gözetimi, aile planlaması, eğitilmiş personele erişebilirlik ve geleneksel doğum görevlisi, varlığıdır. Zolala ve ark. (2012)⁹, İran’da sosyoekonomik gelişme ve tıp profesyonelleri sayısının anne ölümleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmada, tıp uzmanlarının oranı, kentsel nüfus, işsizlik ve okuryazarlık oranı, sosyoekonomik değişkenler olarak kullanılmıştır. Analiz, sonuçlarına göre, anne ölümleri ile erkek okuryazarlığı ve işsizlik değişkenleri arasında anlamlı ve ters yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Çalışmada, işsizlik oranının yüksek olduğu illerde anne ölümlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sayedi (2015)¹⁰, Afganistan’da 2001-2015 yılları arasında anne ölümlerinin sosyal belirleyicilerine ilişkin yayınlanan 79 makale üzerinde yaptığı sistematik incelemede, uzak belirleyicilerin (sosyoekonomik ve sağlık sektörü faktörleri) ve ara belirleyicilerin (kadınların sağlık durumu, üreme durumu, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetleri kullanımı) anne ölümlerinde açıklayıcı faktörler olarak kullanıldığını tespit etmiştir. Çalışmada, düşük hanehalkı geliri, güvensizlik, cinsiyete dayalı şiddet, cinsiyet ayrımcılığı ve geleneksel inançlar gibi bazı sosyokültürel normların anne ölümlerine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Azuh ve ark. (2017)¹⁴, Nijerya’da kırsal alanda yaşayan kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, kadının ilk evlilik yaşı, mesleki statüsü, eğitim durumu, sağlık tesisine uzaklık, sosyal sınıf, hastalık durumu, sağlık danışma yeri, çocuk sayısı, doğum yapılan kurum, tedavi masrafını ödeyen kişi, doğum öncesi bakım alınan yer, bakım maliyetleri ve gebelik komplikasyonları hakkında farkındalık, bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Analiz sonuçlarına göre, tedavi masraflarını ödeyen kişi, konsültasyon yeri, gebelik komplikasyonlarının farkındalığı ve doğum öncesi bakım yerinin, anne ölümleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

Shabani ve ark. (2018)¹⁵, Tanzanya’da 2012 verilerini kullanarak, kentsel ve kırsal bölgelerdeki anne ölümleri ve ilişkili faktörleri incelemiştir. Analiz sonuçlarına göre, “kentte ikamet etmek” ve “sağlık sistemi güç puanının düşük olduğu bir bölgede yaşamak” değişkenleri ile anne ölümleri arasında istatistiksel bir ilişkili bulunmuştur. Kentsel ve kırsal bölgeye göre farklılık göstermekle birlikte anne sağlığına ilişkin bakım ve tedavilerde gecikmeler yaşandığına dikkat çekilmiştir. Kırsal yerleşimlerde en önemli gecikmeler sağlık hizmetine ve bir sağlık kuruluşuna erişimde ulaşım zorluğu olduğu belirtilmiştir. Adgoy (2018)¹¹, 2000-2018 yılları arasında Afrika kıtasındaki anne ölümlerinin sosyal

belirleyicileri üzerine yayınlanan makale ve raporlar üzerinde yaptığı sistematik incelemede; bireysel özellikler (hizmet bilgisi ve eğitim), ailesel özellikler (ekonomik durum, kaynaklara erişim, aile desteği, evlilik ilişkisi), topluluk bağlamı (etnik köken, kentsel-kırsal yerleşim, sosyal konum ve sağlık tesislerine uzaklık), kültür ve toplumsal değerler (kadının statüsü, cinsiyet normları, dini ve sağlık inançları) ve sağlık hizmetlerinin (acil obstetrik bakım, vasıflı veya iyi eğitilmiş personel ve hizmetler için uygun ücret) anne ölümlerini açıklayıcı faktörler olarak kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Ndari (2019)¹⁶, gelişmiş ve gelişmekte olan 50 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, sosyokültürel ve ekonomik faktörlerin anne ölümleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmada, kadınların parlamentodaki koltuk payı, kadın eğitim düzeyi, gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), kamu sağlık harcaması ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi, açıklayıcı değişkenler olarak alınmıştır. Analiz sonuçlarına göre, cinsiyet eşitsizliği ve eğitimin anne ölümlerinde belirleyici bir faktör olduğu bulunmuştur. Araştırmada, yüksek gelir seviyesinin üreme sağlığı hizmetleri, gebelik, doğum ve doğum sonrası hizmetlere erişimi büyük ölçüde etkilediği vurgulanmıştır. Jeong ve ark. (2020)¹², Kore’de 2003-2018 yılları arasında yaklaşık üç milyon kadını kapsayan retrospektif bir kohort çalışmada, anne ölümleri ile sosyoekonomik faktörler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmada, doğumdan sonraki altı haftalık süre içinde gerçekleşen ölümler ve doğumdan itibaren bir yıl içinde gerçekleşen ölümler bağımlı değişken olarak alınırken, gelir düzeyi, anne yaşı, sağlık sigortası türü, yerleşim yeri, çalışma durumu, doğum şekli, erken doğum durumu, çoğul doğum durumu, prenatal bakım indeksi, hastane tipi ve doğum yılı, bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, daha düşük gelire sahip, kırsal kesimde yaşayan, sezaryen ile doğum yapan ve eşlik eden hastalıkları olan kadınlarda ölüm riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hamal ve ark. (2020)¹⁷, Hindistan’da anne ölümlerinin sosyal belirleyicileri üzerine yayınlanan 41 makale üzerinde yaptığı sistematik incelemede, yapısal belirleyicilerin (ekonomik durum, etnik köken, eğitim, cinsiyet, din ve kültür, anne sağlığı hizmeti kullanımı) ve ara belirleyicilerin (ikamet yeri, annenin doğum yaşı, kadınların kitle iletişim araçları kullanma durumu ve anne sağlığı hizmetleri) anne ölümlerini açıklayıcı faktörler olarak kullanıldığı tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yapısal faktörler anne sağlığı hizmetinin kullanımına katkıda bulunan veya anne ölümlerine neden olan aracı faktörleri etkilemektedir. İncelemede, sağlık sisteminin anne sağlığı üzerinde önemli etkileri olan bir aracı faktör olduğu belirtilmiştir. Sari ve ark. (2021)¹⁸, Endonezya’da anne ölümlerinin sosyal belirleyicileri üzerine yaptıkları kesitsel bir çalışmada, sosyoekonomik faktörler

(eğitim, meslek, gelir ve sosyal sınıf), çevre faktörleri (su kalitesi, temiz suya erişim, sağlıklı tuvalet davranışı, el yıkama, ev çöpi yönetimi, evsel sıvı atık yönetimi), annenin sağlık durumu (gıda bütçesi yeterliliği, gıda çeşitliliği, gebelikteki kilo artışı ve anemi durumu), sağlık hizmetlerine erişim (sağlık hizmetlerine olan uzaklık ve ulaşımına sahip olma), sağlık hizmetlerinden yararlanma (doğum öncesi bakım, doğum rehberi ve doğum tesisi) ve gebelik komplikasyonları, anne ölümlerini açıklayıcı değişkenler olarak kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, sosyoekonomik faktörler (meslek, gelir, sosyal statü), çevre sağlığı faktörler (su kalitesi ve sanitasyon), annenin sağlık durumu, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve gebelik komplikasyonlarının anne sağlığı üzerinde güçlü etkileri olduğu gösterilmiştir.

Mamkhezri ve ark. (2022)¹⁹, 46 Afrika ve Orta Asya ülkesinin 2011-2016 yılları arasındaki verilerini kullanarak yaptıkları bir ekonometrik analizde, anne ölümlerinin belirleyicilerinin bölgesel etkileri incelenmiştir. Çalışmada, kişi başı GSYİH, dış ticaret açığı, toplam doğal kaynak kiralari, kentsel nüfus oranı, savaş endeksi, sınır ötesi çatışma endeksi, dış baskılar endeksi, iç savaş endeksi, terörizm endeksi ve sivil çatışma endeksi, bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ülkelerdeki iç çatışmaların, anne sağlığına Orta Doğu ve Afrika'daki dış savaş olasılığından daha fazla zarar verdiği, komşu ülkelerdeki terörizm, dış baskı ve savaştan kaynaklanan siyasi risklerin anne ölüm oranını artırdığı belirtilmiştir.

ANNE SAĞLIĞI SONUÇLARINA ETKİ EDEN SOSYAL BELİRLEYİCİLER

Anne ölümü, gebelik sürecinde, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı olarak ya da bunların şiddetlendirdiği ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümü olarak tanımlanmaktadır.^{10,15,20} Anne ölüm oranı ise, belirli bir sürede belirli bir yerdeki yüz bin canlı doğumda meydana gelen anne ölüm sayısını ifade etmektedir.²¹ Bir ülkede bir kadının gebelik veya doğum sırasında ölmesi sadece bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda toplulukların ve hükümetlerin güvenli anneliği teşvik etmedeki başarısızlığını yansıtan bir sosyal adaletsizlik sorudur.²² Tıbbi açıdan bakıldığında anne ölümleri çoğunlukla hipertansif komplikasyonlar, kanamalar, enfeksiyonlar, güvenli olmayan kürtaj ve önceden var olan hastalıkların kötüleşmesi neticesinde meydana gelen biyomedikal sebeplerle oluşmaktadır.^{5,23,24} Doğrudan obstetrik nedenler dünya genelinde tüm anne ölümlerinin yaklaşık %73'ünden sorumludur.⁵ Diğer taraftan kadınlar toplumdaki sosyokültürel karmaşıklık, kültürel çatışmalar, sosyal statü ve yoksulluk nedeniyle obstetrik komplikasyonlarla daha fazla karşı karşıya kalmaktadırlar.^{4,25} Gebelik ve

sonrasında yaşanan komplikasyonların önlenmesi ve gelişen sağlık sorunlarına ilişkin etkili tedavi yöntemleri olsa bile, sağlık sistemi ve sosyal yapılarıdaki bir takım eşitsizlikler kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını sınırlandırarak anne ölümlerini artırmaktadır.²⁶ Gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek anne ölümleri çoğunlukla yoksulluk, okuma yazma bilmeme, erken yaşta evlenme, dini inançlar, yanlış yaşam tarzı, kötü beslenme, yetersiz sağlık hizmetleri gibi bir dizi sosyoekonomik ve kültürel faktörlerle ilişkilendirilmektedir.^{11,27}

Anne sağlığının iyileştirilmesi, DSÖ'nün öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. DSÖ, sağlığın sosyal belirleyicilerine vurgu yaparak, anne sağlığını iyileştirmek için kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişimi sınırlayan engellerin belirlenmesi ve sağlık sisteminin tüm seviyelerindeki hakkaniyetsizliklerin ele alınması gerektiğini duyurmuştur. Dünyanın bazı bölgelerinde görülen yüksek sayıdaki anne ölümleri, biyolojik sağlık sorunlarının ötesinde zengin ile yoksul gruplar arasında yaşanan sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımdaki hakkaniyetsizliklerin en önemli göstergesidir. DSÖ, üye devletlere kanıta dayalı klinik ve programatik rehberlikler sunarak ve küresel bazda standartlar oluşturarak anne ölümlerini azaltmaya çalışmaktadır.³ Şekil 1'de anne sağlığına etki eden sosyal belirleyicilerin genel bir çerçevesi sunulmuştur.^{28,29} Yapısal, aracı ve kişisel belirleyiciler olarak çizilen bu çerçeveler DSÖ'nün sağlıkta eşitliği ele alma çabalarının temel bir parçasını oluşturmaktadır.³⁰ Anne ölümlerinin engellenmesi ya da anne sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi için, öncelikli olarak sağlık sonuçlarında yaşanan eşitsizliklerin ve sağlık hakkaniyetsizliklerinin ele alınması ve sağlık sonuçları üzerinde etkisi olduğu gösterilen temel belirleyicilerin bu sürece dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.³¹

Yapısal Belirleyiciler

Bir ülkede sosyal, ekonomik ve kültürel yapıyı ilgilendiren her türlü politika, uygulama ve mekanizmalar bireylerin toplumdaki sosyoekonomik konumunu şekillendirmektedir. Bu mekanizmalar toplumdaki sağlık hakkaniyetsizliklerini önleyerek ya da azaltarak sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkilere sahiptir.

Yönetişim ve Politikalar

Dünya Bankası yönetişimi, bir ülkede otoritenin uyguladığı kurallar, yaptırım mekanizmaları ve organizasyonlar olarak tanımlamıştır. Sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi ve sağlık hakkaniyetsizliklerinin azaltılması amacıyla Dünya Bankası ülkelere altı yönetim göstergesi önermiştir. Bunlar; hükümet etkinliği, düzenleyici kalite, hukukun üstünlüğü, yolsuzluğun kontrolü, hesap verebilirlik,

siyasi istikrar ve şiddetin önlenmesidir.³² BM, barışın ve adaletin desteklenmesi, güçlü kamusal kurumlar tesis edilmesi, kamusal yolsuzlukların önlenmesi, hükümetin hesap verebilirliğinin ve hukukun

üstünlüğünün iyileştirilmesine yönelik yönetim bileşenlerini küresel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2016) kapsamına almıştır.³³



Şekil 1. Anne sağlığının sosyal belirleyicileri

Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda toplumdaki ölüm oranlarının azaltılması gibi sağlık sonuçları ile yönetişimin belirli boyutları arasında doğrusal bir ilişki tanımlanmıştır.³⁴ Araştırmalara göre anne ölümleri ve sağlık hakkaniyetsizlikleri sağlık sistemi dışındaki politik, yasal ve yönetim gibi pek çok faktörden etkilenmektedir.³⁵ Ruiz-Cantero ve ark. (2019)³³, 174 ülke üzerinde yaptığı bir çalışmada, bir ülkede yönetim mekanizması ne kadar iyi çalışırsa, o ülkenin zenginlik düzeyinden bağımsız olarak anne ölümlerinin o nispette düşük olduğu belirtilmiştir. Bir ülkedeki demokrasi düzeyi ve hukukun üstünlüğü, nüfusun sağlık düzeyini³⁶ ve anne ölümlerini³⁷ önemli ölçüde azaltmaktadır. Hindistan'da hesap verebilirlik sorunlarının anne ölümleri ve sağlık eşitsizlikleri üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, anne ölümlerinde ve sağlık eşitsizliklerinde rol oynayan anne sağlığı hizmetlerinin varlığı, erişilebilirliği ve kalitesi gibi faktörlerin anne ölümlerinde belirleyici bir olduğu ancak sağlık sisteminin tüm seviyelerinde hesap verebilirlik açısından büyük boşluklar (eksiklikler) bulunduğu belirtilmiştir. Bu boşlukların sağlık hizmetleri, sağlık politikaları ve sağlık çalışanlarının performansı açısından mevcut standartların uygulanmasındaki eksikler ve yetersizliklerle ilişkili olduğu ifade edilmiştir.³⁵ Sağlık sistemlerinde hesap verebilirliğin iyileştirilmesine yönelik çabalar, hizmetlerin bulunabilirliğini, erişilebilirliğini ve hizmet kalitesini

artırarak sağlık sonuçlarını (anne sağlığı dahil) iyileştirdiği gözlemlenmiştir.³⁸ Ancak hesap verebilirliğin eksik olduğu, özellikle düşük gelirli ülkelerde kamu sağlık sektörünün vatandaşlarına yeterli ve kaliteli hizmet sağlayamadığı vurgulanmıştır.³⁹ Anne sağlığı ile ilgili araştırmalarda, sağlık hizmeti sunumunda hesap verebilirliğe ilişkin mekanizmaların (şikayet mekanizmalarının olmaması, hizmet sağlayıcının doğum sırasındaki ihmali, gereksiz sevkler) yetersizliği sağlık müdahalelerinde gecikmelere ve önlenebilir ölümler açısından kötü sağlık sonuçlarına neden olabileceği belirtilmektedir.⁴⁰ Diğer yandan iyi yönetişimi destekleyen ve toplumun geniş bir alanını kapsayan kamu politikaları kadın sağlığı üzerinde oldukça etkili olmaktadır. Özellikle dezavantajlı nüfusları hedefleyen finansman düzeyinde sosyal koruma mekanizmaları ve ulusal sağlık sigortası gibi kamu politikaları bireylerin zamanında ve yeterli sağlık bakımı almasına yardımcı olmaktadır. Kadın haklarının artırılması ve korunmasına yönelik oluşturulan kamu politikalarının; erken ve zoraki yapılan evliliklerin yasaklanması, kadının evlilik içi tecavüz, cinsel ve fiziksel şiddete karşı korunması, kadının bedensel bütünlük ve güvenlik hakkının yasalar ile güvence altına alınmasına yönelik temel düzenlemeleri içermesi beklenir. Ancak üreme sağlığı üzerinde dezavantaj yaratacak bazı kamu politikaları kadınların mümkün olan en iyi üreme ve anne sağlığı hizmetlerine erişim şansını engellemektedir. Örneğin

aile planlaması veya güvenli kürtaj uygulamalarını yasal politikalarla desteklemeyen ya da kültürel baskının fazla olduğu ülkelerde anne sağlığı büyük risk altındadır.^{3,5,28}

Sosyoekonomik Durum

Genel olarak bir toplumdaki düşük sosyoekonomik düzey, kalitesiz sağlık hizmeti sunumu, hizmetlere erişimde eşitsizlik ve yetersiz sağlık sigorta kapsamı gibi bir dizi faktör sağlık sorunu yaşayan bireylerin daha erken ölmesine neden olmakta ya da kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalık gibi bir takım kronik hastalıkların ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır.⁴¹ Benzer biçimde anne sağlığı sonuçları da toplumdaki sosyoekonomik yapıdan önemli ölçüde etkilenmektedir.⁹

Anne sağlığı için en belirleyici sosyoekonomik faktörlerden biri olan eğitim, kadınlarda özgüven ve özdeğer duygusunu artırarak, modern sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik doğru davranış ve tutumları teşvik etmektedir. Eğitim, kaliteli sağlık bakımına önem verme ve bunu arzulama olasılığının yanı sıra, kadınların bu talep doğrultusunda hareket etme becerilerini de güçlendirmektedir.⁴² Namibya, Kenya, Bangladeş ve Tacikistan gibi ülkelerde yapılan araştırmalarda eğitilmiş kadınlar ile doğumda nitelikli personel bulundurma arayışı arasında doğrusal bir ilişki tanımlanmıştır.⁴³ Namibya'da, orta öğretimden sonra bir üst eğitime devam etmiş kadınların, eğitimi olmayanlara kıyasla nitelikli bir personel ile doğum yapma olasılığı iki kat ve bu kadınların sezaryen ile doğum yapma olasılığı ise yedi kat daha fazla bulunmuştur.⁴⁴ Afrika ülkelerinde yapılan araştırmalarda, örgün eğitim ve sağlık eğitimi anne sağlığının önemli belirleyicileri olduğu bildirilmiştir. Annelerin sağlık arama davranışı bireysel ve toplumsal düzeyde kazandığı sağlık eğitimine bağlıdır.^{45,46}

Ekonomik veya finansal zenginlik, sağlık hizmetinin ne zaman, nerede ve kimden alınacağı konusunda önemli bir etkidir.⁴⁶ Gelir düzeyinin tüm nedenlere bağlı anne ölümleri ile yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁴⁷ Bugün dünyada birçok kadın yoksulluk, uzak mesafeler, eğitimsizlik, kültürel ve dini tabular nedeniyle üreme sağlığı hizmetlerine yeterince erişememektedir.⁴⁸ Düşük gelirli ülkelerdeki kadınların yalnızca %46'sı doğum sırasında kaliteli sağlık bakımından yararlanmaktadır. Bu, milyonlarca doğumun bir ebe, doktor veya eğitilmiş bir hemşire tarafından desteklenmediği anlamına gelmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, hemen hemen tüm kadınlar en az dört doğum öncesi bakım ziyareti, doğumda nitelikli personel yardımı ve doğum sonrası kaliteli sağlık bakımı alma şansına sahip iken, düşük gelirli ülkelerde, tüm gebe kadınların üçte birinden fazlası önerilen dört doğum öncesi bakım ziyareti alabilmektedir.³ Çoğu ülkede anne sağlığı hizmetlerine erişimin belirli bir mali harcama gerektirmesi, birçok kadının bu hizmetlere cepten harcama yaparak

ulaşmasını zorunlu kılmakta ya da birçoğunun sağlık hizmetlerine erişimde büyük engeller yaşamasına neden olmaktadır.⁴²

Kadın sağlığını belirleyen bir diğer sosyoekonomik boyut, kadının toplumdaki sosyal konumudur. Sosyal statü genel olarak bir kadının eğitilmiş olmasını, bir iş kolunda istihdam edilmesini ve toplumdaki erkeklere kıyasla gücünü ifade eder. Kadının her konuda karar verebilme ve seçim yapabilme gücü toplumdaki konumu ile yakından ilişkilidir.⁴⁹ Bir toplumda belirli bir sosyal konuma sahip kadınların daha yüksek karar verme yetkisi ve daha girişken olmaları mümkün olduğundan bu kadınların ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları çok daha olasıdır.⁵⁰ Kadının toplumdaki statüsü, onların ne zaman ve kiminle cinsel birliktelik yaşayacakları, hangi doğum kontrol yöntemlerini kullanacakları, gebelik ve doğum sırasında hizmetlere kolay erişimi, sosyal haklar ve sağlıklı seçimler yapma becerilerini önemli ölçüde etkilemektedir. Mali bağımsızlık ve statü kadınlara önemli bir sosyal koruma sağlarken, kadının belirli bir gelire ya da maddi kaynağa sahip olması gerek aile içinde gerekse topluluk içerisinde sosyal gücünü artırmaktadır.²⁸

Kültür ve Sosyal Değerler

Kültür ve sosyal değerler bireylerin etnik köken, cinsiyet, sosyal bölünmeler, meslek, sınıf, din, cinsel yönelim veya engelliliğe dayalı sosyal hiyerarşiler içindeki konumunu belirlemektedir.⁵¹ Bir toplumda hakim olan sosyal normlar veya dini inançlar, bazen ülke içinde yaşayan azınlık grupların geleneklerine aykırı olabilir ve durum toplumdaki gruplar arasında gerginlikler ve sosyal dışlanmalar yaratabilir.⁵² Toplumdaki bazı kültürel ve dini değerler genellikle insanlara maddi ve psikososyal destek sağlarken, bazı inanç ve uygulamalar kadın aleyhine sonuçlar doğurabilmektedir. Sosyal normlar kadın cinselliğini kısıtlayarak, kadınları cinsel eylemler ve doğum kontrolü açısından pasif kalmaya zorlamaktadır. Örneğin kız çocukları, okulu erken bırakma, genç yaşta evlenme, evlilikten hemen sonra çocuk doğurma, erkek vâris sağlamak adına çok sayıda ve birbirine yakın gebelikler yaşamaları yönünde çeşitli baskılarla karşılaşabilmektedirler.²⁸

Toplumsal cinsiyet eşitliği, anne sağlığı hizmetlerine erişim ve hizmet kullanımını etkileyen önemli bir faktördür. Toplumdaki cinsiyet eşitliğinin güçlendirilmesi, kadınların aile planlaması hizmetlerinin kullanımını teşvik ederek, doğum öncesi bakım ve güvenli doğum hizmetleri alma talebini artırmaktadır.⁵³ Toplumdaki cinsiyet normları genellikle erkekleri kendi cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili konularda sağlık hizmeti almaktan caydırmakta ve bu durum erkeğin sağlığı ile birlikte eşin ya da partnerin sağlığına da zarar vermektedir. Örneğin erkeğin HIV gibi cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyonu

taşıması ve tedavi konusunda isteksiz olması ya da tedaviyi reddetmesi kadın partnerinin sağlığını olumsuz etkilemektedir.⁵⁴

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir başka bileşeni kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik şiddet fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet biçiminde görülebileceği gibi silahlı saldırı, tecavüz, cinsel kölelik, gebeliğe zorlama, kadınların siyasal yaşama katılımını önleme, töre cinayetleri, kızlık zarı kontrolü, zorlama evlilik, kadın intiharları, kız bebek gebeliklerin sonlandırılması ve kız çocukların ihmal edilmesi biçiminde de görülebilir. Gebelikte uygulanan şiddet, ruhsal bir takım sıkıntılarla birlikte düşük, erken doğum, plasentanın erken ayrılması ve kanamalar gibi pek çok sağlık sorununa yol açabilmektedir.⁵⁵

Ara Belirleyiciler

Anne sağlığı sonuçları üzerinde etkili olan; sağlık hizmetleri, çevresel koşullar, yerleşim yeri, sosyal destek, aile ve akran etkileri, ara belirleyiciler olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık Hizmetleri

Anne ölümleri uzun zamandır uluslararası alanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin birincil göstergesi olarak kabul edilmektedir.⁵⁶ Doğum öncesi sağlık bakımı anne ve bebek sağlığının temel bileşenidir.⁵⁷ Bir toplumda tüm doğumların zamanında, kaliteli bir hizmet ortamında ve nitelikli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi önlenebilir anne ölümlerini büyük ölçüde azaltmaktadır.³ Ancak gelişmekte olan ülkelerde yapılan analizlerde, doğuma yetkin personel katılımı açısından en yoksul ve en az yoksul beşte birlik dilimler arasında önemli sorunlar olduğu gösterilmiştir.⁵⁸ BM, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2016) arasında yer alan “nitelikli sağlık personeli katılımıyla yapılan doğum oranı” sağlık sistemi performans göstergesi olarak kabul edilmiştir.⁶ İyi çalışan bir sağlık sisteminde temel obstetrik bakımın varlığı, erişilebilirliği, kullanımı ve kalitesi anne ölüm oranını düşürmektedir. Çin, Sri Lanka ve Malezya gibi bazı gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kalitesi iyileştirildikten sonra anne ölümlerinin büyük ölçüde azaldığı görülmüştür.⁵⁹ Etkili sağlık hizmetleri bir süreklilik içinde üreme ve anne sağlığını ele alarak; istenmeyen gebelikleri önleyebilmeli, zamanında ve etkin bir doğum öncesi izlem yapabilmeli, doğum sürecine ilişkin gelişen sorunları tedavi edebilmeli, sağlık kurumuna dayalı ya da evde yapılan doğumlara nitelikli sağlık personeli tahsis edebilmeli, ciddi komplikasyonlarda hastayı acil bakıma yönlendirebilmeli ve doğum sonrası tüm anneleri belirli standartlar çerçevesinde takip edebilmelidir. En önemlisi istenmeyen gebelik vakaları için güvenli kürtaj hizmeti verebilmelidir. Bir yerleşim yerinde anne sağlığı hizmetlerinin mevcut olmaması

veya uygun bir hizmet diliminden yeterince fayda elde edilememesi ya da sosyal ve ekonomik koşullar nedeniyle hizmete erişimde belirli sınırlamalar yaşanması hem anne hem de çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir.⁶⁰ Bununla birlikte anne ölümlerini önlemeye yönelik sağlık tesisi⁴², personel ve hizmetlerin kalitesi de kritik öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinde teknik kalite, yeterli personel, ekipman ve klinik protokollerin doğru kullanımına bağlıdır. Diğer yandan birçok toplumda sağlık hizmeti arama davranışı üzerinde, etnik köken, din, sosyoekonomik konum, ikamet ve ulaşım gibi faktörler önemli derecede belirleyici olmaktadır.⁶¹ Dünya çapında özellikle gelişmekte olan ülkelerde güvenli kürtaj hizmetlerine erişim engelleri evrensel üreme sağlığı açısından ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir.

Anne sağlığı hizmetlerinin dışında gebe kadınların özellikle ikinci ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kullanma sebeplerinden biri sezaryen doğumlardır. Sezaryen doğumlarda, anne ölümü ve morbiditesi vajinal doğumlara göre yaklaşık beş kat daha fazladır. Ayrıca daha sonraki sezaryenlere bağlı olarak sonraki gebeliklerde anne ölüm ve ciddi anne hastalık riski kümülatif olarak artmaktadır. Kore’de 2003-2018 yıllarını kapsayan retrospektif bir kohort çalışmasında, sezaryen ile doğum yapan kadınların anne ölümü riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹²

Topluluk Bağlamı

Anne ölümlerini belirleyen önemli sosyal faktörlerden biri kentleşmedir. Kentsel haneler, anne sağlığı hizmetlerini kırsal topluluklardan önemli ölçüde fazla kullanmaktadır.^{45,46} Özellikle kırsal bölgelerdeki kadınların bir sağlık sunucusuna uzak olması, hizmete ulaşımın mümkün olmaması, ulaşım ücretlerinin yüksek olması ve hizmet verecek nitelikli doğum personelinin bulunmaması anne ölüm oranını artıran önemli sorunlar olarak görülmektedir.²⁸ Tanzanya’da yapılan bir çalışmada kırsal bölgelere göre kentlerdeki hastanelerin, nitelikli doğum görevlisi, genel teşhis doğruluğu, temel altyapının kullanılabilirliği ve doğum öncesi bakım hizmetleri bakımından daha iyi organize (ilaç ve malzeme) olduğu belirtilmiştir.¹⁵ Diğer yandan kadının etnik ve dini farklılıkları sağlık hizmetine erişim ve kaliteli hizmet almada bazı dezavantajlar yaratabilmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları etnik köken, sosyal statü veya sosyal dışlanmalar nedeniyle dezavantajlı gruplara karşı ayrımcılık yapabilmektedir.⁶² Örneğin Afrika ülkelerindeki kadınlar eşit olmayan eğitim fırsatlarına ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmada bazı adaletsiz uygulamalara maruz kalmaktadırlar.¹¹ Benzer biçimde Afrika kökenli Amerikalı, Amerikan Kızılderili ve Alaska’daki yerli kadınların, beyaz kadınlara göre gebelik ile ilgili nedenlerden ölme olasılığının iki ila üç kat daha fazla olduğu bildirilmiştir¹.

Aile ve Akran Etkileri

Bir aile yapısı içerisinde kadının erkek partner ya da eş ile olan ilişkisi kadın ve üreme sağlığı üzerinde önemli bir faktördür. HIV alanında yapılan araştırmalarda, sağlık kuruluşu temelli doğumlar da dahil olmak üzere çocukta ve annede ortaya çıkabilecek komplikasyonlara yönelik profesyonel bir yardım ve destek almada eşler arasındaki olumlu iletişimin önemli olduğu vurgulanmıştır.⁶³ Erkek eş ya da partnerlerle iyi iletişimin, modern kontrasepsiyon kullanımı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁶⁴ Angola'da partner desteğinin aile planlaması ve modern kontraseptif kullanımı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, kocanın ya da partnerin onayı, kadınların modern kontraseptif kullanma olasılığını üç kat artırdığı tespit edilmiştir.⁶⁵ Kadının fiziksel şiddet korkusu, bir kadının eşiyle iyi iletişim kurma, cinsel ve üremeyle ilgili kararları müzakere etme olasılığını azaltmaktadır. Bu durum özellikle Afrika gibi kadın özgürlüğünün sınırlı olduğu ülkelerde istenmeyen gebeliklere, HIV dahil cinsel yolla bulaşan çeşitli enfeksiyonlara ve üreme sağlığı açısından istenmeyen sağlık sonuçlarına neden olmaktadır.²⁸ Bununla birlikte kadının gebelik veya doğum sonrasında bu süreci deneyimlemiş arkadaş veya yakın çevresinde bulunan kişilerden sosyal destek alması anneliğe geçişi kolaylaştırmaktadır. Özellikle belirli sosyal gruplar içinde olan kadınların anne ya da anne adayları ile sosyal etkileşim içinde olması ve karşılıklı bir takım tecrübelerin paylaşılması güvenli annelik davranışlarını artırmaktadır.⁶⁶

Kişisel Özellikler

Bir kadının yaşı, önceki doğum deneyimleri, gebelik ve doğum sayısı, sahip olduğu çocuk sayısı, anne hizmetlerine ilişkin genel bilgi düzeyi gebelik ve doğum sonrası temel bakımın kalitesini etkilemektedir.⁶¹ Özellikle annenin yaşı ve çocuk sayısı anne sağlığı üzerinde güçlü etkilere sahiptir.⁶⁷ İlerleyen yaş, sadece gebeliğin fizyolojik sürecinin getirdiği sıkıntıların dışında kadının diğer sağlık sorunlarıyla da uğraşmasına neden olmaktadır. Çocuk doğurmayı erteleyen kadınların, anne ölüm riskinin artmasına neden olan çeşitli tıbbi komplikasyonlar veya sağlık sorunlarıyla karşılaşma olasılıkları artmaktadır.⁶⁸ İlk bebeğine gebe kalan genç kadınların, yeni deneyim endişeleri nedeniyle tıbbi bakım arama olasılıkları daha yüksek olmaktadır. Birden fazla çocuğu olan kadınlar, doğum deneyimini müdahale gerektirmeyen doğal ve sağlıklı bir deneyim olarak görmeleri ve seyahat etmelerini zorlaştıran ev içi sorumlulukları nedeniyle evde doğum yapmayı seçebilmektedirler. Kadının daha önce bir sağlık kurumunda doğum yapmış olması veya doğumda bir komplikasyon yaşaması profesyonel bir sağlık yardımı alma olasılığını artırmaktadır.²⁸

ANNE SAĞLIĞININ İYİLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR

Anne sağlığının iyileştirilmesine yönelik temel yaklaşım, anne sağlığına yönelik var olan sorunlar göz önünde bulundurularak, üreme sağlığı, gebelik, doğum ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinin zamanında, etkili ve kaliteli bir bakım çerçevesi sunmaktır.⁶⁹ Uluslararası Kalkınma Kuruluşu (DFID) ve BM Binyıllık Kalkınma Hedefleri kapsamında ülkelerin ekonomik kalkınmada daha adil bir ilerleme kaydedebilmek için kadın haklarının iyileştirilmesine dikkat çekilerek, anne ölümlerinin azaltılmasına ilişkin yaklaşımlarda her ülkenin kendi mevcut durum ve eğilimleri bağlamında aşağıdaki boyutların gözden geçirilmesinin önemine vurgu yapılmıştır.

- Anne ölümlerinin ölçeği, sosyal ve coğrafi dağılımı ve nedenleri
- Kadınların ve kız çocuklarının sosyal statüsü ve güçlendirmeye yönelik eylemler
- Anne sağlığı ile ilgili hakların yasal durumu ve yapılan anlaşmalarla olan çelişkileri
- Anne sağlığı ile ilgili çeşitli haklar ve bunlar arasındaki bağlantılar
- Obstetrik bakıma erişimin sosyal ve kültürel bağlamı ve ayrımcılık kalıpları
- Mevcut sağlık sistemlerinin kapasitesi ve kısıtlamaları
- Devlet ve vatandaşları arasındaki ilişkinin doğası ve hesap verebilirlik mekanizmalarının gücüdür.⁷⁰

Anne ölümlerinin nedenleri ve önlenmesine yönelik girişimler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklı yaklaşımlar gerektirmektedir. Düşük anne ölüm oranına sahip gelişmiş ülkelerde, sezaryen doğumun aşırı kullanımı, ilk doğumda ileri yaş, obezite ve önceden var olan hastalıklar gibi risk faktörleri yer alırken, yüksek ölüm oranlarına sahip nispeten daha az gelişmiş ülkelerdeki ölüm nedenleri aile planlaması ve temel eğitimin yanı sıra sosyal ve sağlık bakım sistemlerinin iyileştirilmesine odaklanmak önemlidir. Anne sağlığının iyileştirilmesi için, başarılı anne sağlığı stratejileri, kaliteli anne sağlığı hizmetleri, sürdürülebilir ve etkili bir sosyal belirleyiciler yaklaşımının birlikte ele alındığı bir bakış açısı ile aşağıdaki temel noktalar üzerinde durulmalıdır.

1. Küresel olarak anne ölümlerinin yüksek olduğu ülkelerde, kadın ve üreme sağlığına ilişkin yasal düzenlemeler ve siyasi destek güçlendirilmeli, toplum temelli koruyucu sağlık finansman sistemleri oluşturulmalı, özellikle uzak ve kırsal alanlarda anne sağlığı hizmetlerinin kullanımını kolaylaştırmaya yönelik girişimler artırılmalıdır.⁷¹
2. Kadının sosyal statüsüne ilişkin politikalar, toplumdaki cinsiyet eşitliği düzenlemeleri, yoksulluğun azaltılmasına yönelik girişimler,

anne ve üreme sağlığını iyileştirmeye ilişkin çabalar ulusal düzeyde desteklenmelidir. Anne ölümlerinin azaltılması yaklaşımı, sağlık sisteminin güçlendirilmesi ile birlikte toplumsal ekonomik ve sosyal iyileştirmeyi de hızlandıracak diğer sektörler arası girişim ve stratejilerin bir araya getirilmesini zorunlu kılmaktadır.^{48,70,72}

3. Aile planlaması, doğum kontrolü, bulaşıcı hastalıklar, güvenli kürtaj ve kürtaj sonrası sağlık bakımına erişimi artırıcı sağlık politikaları geliştirilmelidir. Kadınların erken yaşta veya zorla evlendirilmesini önleyen yasal düzenlemeler, cinsiyete dayalı şiddet faillerine karşı yasal caydırıcılık, temel insan ve sağlık haklarının korunması, üreme ve cinsel kararlar üzerinde kadına daha fazla kontrol sahibi olmasına ilişkin düzenleme ve girişimler kadınların toplumdaki konumuna ve üreme sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır.^{3,73,74}
4. Bir ülkede sürdürülebilir kalkınmayı teşvik etmek için tüm toplumda özellikle kadınların temel ve yüksek eğitime erişimi artırılmalıdır. Eğitim düzeyinin artırılması, yoksulluğun azaltılmasından toplumsal cinsiyet eşitliğinin artırılmasına kadar pek çok konuda sağlık sonuçlarına önemli faydalar sağlamaktadır.⁷⁵ Tüm vatandaşlar için ücretsiz öğrenim hakkı ile birlikte kadınların toplumsal statüsünü artırıcı politikalar yasalarla güvence altına alınmalı ve korunmalıdır.⁵⁵
5. Anne ölümlerinin yüksek olduğu ülkelerde sağlık harcamalarının doğru mekanizmalar aracılığı ile en çok ihmal edilen dezavantajlı nüfuslara ulaşacak biçimde ve ihtiyaç duyulan sağlık programlarına yönlendirilerek kaynakların adil dağıtılması anne sağlığına ilişkin sağlık hakkıniyetsizliklerini azaltacaktır.^{70,76} Bu ülkelerde anne sağlığının iyileştirilmesine yönelik girişimlere ve anne ölümlerini açıklayan modellere, sağlığın sosyal belirleyicileri ile açıklanan sağlık eşitsizlikleri ve bunları azaltmaya yönelik müdahaleler de dahil edilmelidir.³⁰
6. Kaliteli, erişilebilir ve entegre bir sağlık sistemi önlenebilir anne ölümlerinin önüne geçilmesinde hayati bir ön koşul olarak görülmektedir. İyi bir sağlık sistemi, kadınların sağlık merkezlerine, hastanelere erişimini mümkün kılmalı, gebe sağlığına yönelik yapılan rutin taramalar her kadının alabileceği düzeye getirilerek, tüm anne ve çocukların sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanması sağlanmalıdır.^{21,77}

7. Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerin anne sağlığı üzerindeki etkileri hükümet düzeyinde araştırılmalı, rasyonel kayıt araçları, rutin veri toplama sistemleri ve şeffaf veri yönetimi ile anne sağlığına ilişkin objektif analizler yapılmalıdır. Kanıta dayalı programlamalar ve sağlık istatistikleri güncel, karşılaştırılabilir ve doğru verilerin kullanımını gerektirmektedir. Ülkeler bazında anne sağlığına ilişkin sağlık istatistikleri zamanında ve doğru tutulmalı, kamunun paylaşımına açık olmalıdır.^{28,70,78}

SONUÇ

Anne ölümleri bir ülkede sosyoekonomik kalkınmadaki farklılıkları ortaya koyan temel göstergelerden biridir. Literatüre göre, gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında anne ölümleri açısından büyük farklılıklar söz konusudur. Bu ülkelerdeki yüksek anne ölümlerinin nedenleri arasında anne sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması, hizmete erişim engelleri ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanması gösterilmiştir. Diğer yandan kadınların eğitim seviyesi, gelir düzeyi, mesleği, sosyal statüsü, yaşam tarzı alışkanlıkları, politik faktörler ve toplumsal normlar sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Anne ölümleri BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Binyıl Kalkınma Hedeflerinde ekonomik ilerlemeyi hızlandırmak için öncelikli bir konu olarak yerini almıştır. DSÖ (2014), her yıl meydana gelen önlenebilir anne ölümleri çoğunlukla yoksul ve dezavantajlı nüfuslarda yoğunlaştığını ifade etmiştir. Bu kapsamda DSÖ, sosyal konumun, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşulları nasıl belirlediğine ve bu koşulların ülkeler arasındaki farklılıklarla birlikte nasıl sağlık eşitsizliklerine yol açtığına dikkat çekmiştir. Anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik eylemler; istenmeyen gebeliklerin engellenmesi, gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonların önlenmesi ve komplikasyonlar ortaya çıktığında gerekli sağlık müdahalelerinin yapılmasını içermektedir. Bununla birlikte birbiriyle ilişkili ve kadın üreme sağlığı üzerinde önemli etkileri olan bir dizi sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası kaliteli bakıma erişimde önemli etkilere sahiptir. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, zararlı cinsiyet ve kültürel normlar, yaygın yoksulluk, sağlık tesisine olan uzaklık, yetersiz altyapı ve ulaşım eksikliği, kadınların sağlık hizmeti ihtiyacını engellemekte ya da ertelemektedir. Hesap verebilir ve iyi yönetim politikalarının olmadığı toplumlarda bu sorunlar daha da ağırlaşmaktadır. Anne sağlığının sosyal belirleyicilerini ele almak için acil, orta ve yapısal düzeylerde eylemler gereklidir. Nüfuslar arasında yaşanan sağlık eşitsizliklerinin önlenmesi veya en aza indirilmesi için özellikle dezavantajlı grupların bu sürece dahil edilmesi ve korunması

önemlidir. Gelişmiş anne sağlığı hizmetleri ile birlikte, sosyal faktörlerin etkilerine dair kanıt temeli bir yaklaşım anne sağlığının iyileştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

Yazar Katkıları: Çalışma fikri/tasarımı: MÖ

Veri toplama: MÖ

Veri analizi ve yorumlama: MÖ

Literatür tarama: MÖ

Makalenin yazımı: MÖ

Eleştirel inceleme: MÖ

Son onay ve sorumluluk: MÖ

Teknik ve malzeme desteği: MÖ

Teşekkür

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Desteek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Akinrinsola O. The Influence of Socioeconomic Status on Maternal Health Amongst African American Women in an Urban Setting. 2021. PCOM Capstone Projects. 49. https://digitalcommons.pcom.edu/capstone_project_s/49
2. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics, Monitoring Health For The ADG's*.2020.
3. World Health Organization (WHO). *Maternal mortality*; 2014. https://www.pop.org/sites/pop.org/files/pub/doc/Maternal_Mortality_revised.pdf. Erişim tarihi Haziran 6, 2022.
4. World Health Organization (WHO). *Survive , Thrive , Transform Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. C 15.2018.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2014;2(6):323-33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
6. United Nations (UN). *The Sustainable Development Goals Report,2016*. 2016. doi:10.1177/000331979004100307
7. T.C.Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 *Stratejik Planı*. <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf>.Erişim tarihi Ağustos 6,2022.
8. Marmot M, Bell R. The Sustainable Development Goals and Health Equity. *Epidemiology*. 2018;29(1):5-7. doi:10.1097/EDE.0000000000000773.
9. Zolala F, Heidari F, Afshar N, Haghdooost AA. Exploring maternal mortality in relation to socioeconomic factors in Iran. *Singapore Med J*. 2012;53(10):684-89.
10. Sayedi SN. Factors influencing maternal mortality in Afghanistan. 2015. https://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/iYoLecynCL_20161103123001674.pdf. Erişim tarihi Haziran 15, 2022.
11. Adgoy ET. Key social determinants of maternal health among African countries: a documentary review. *MOJ Public Heal*. 2018;7(3):140-4. doi:10.15406/mojph.2018.07.00219.
12. Jeong W, Jang SI, Park EC, Nam JY. The effect of socioeconomic status on all-cause maternal mortality: A nationwide population-based cohort study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4606):1-13. doi:10.3390/ijerph17124606.
13. Gil-Gonzalez D, Carraco-Portino M, Ruiz MT. Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2006;84(11):903-9.
14. Azuh DE, Azuh AE, Iweala EJ, Adeloye D, Akanbi M, Mordi RC. Factors influencing maternal mortality among rural communities in southwestern Nigeria. *Int J Womens Health*. 2017;9:179-88. doi:10.2147/IJWH.S120184.
15. Shabani J, Todd G, Nswilla A, Mbaruku G. Maternal mortality in urban and rural Tanzania: Social determinants and health system efficiency. *Int Growth Cent*. 2018:1-8.
16. Ndari G. Analysis of Determinants of Maternal Mortality in 50 Selected Countries Worldwide. *Arch Reprod Med Sex Heal*. 2019;2(2):22-8.
17. Hamal M, Dieleman M, Brouwere VD, Buning T de C. Social determinants of maternal health: A scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. *Public Health Rev*. 2020;41(13):1-24. doi:10.1186/s40985-020-00125-6
18. Sari RDP, Sutyarso, Sumekar DW, Bakri S, Mahdiansari T. Study on the effect of maternal death determinant in Lampung Province using Structural Equation Modeling. *Nat Volatiles Essent Oils*. 2021;8(4):1152-62.
19. Mamkhezri J, Razzaghi S, Khezri M, Heshmati A. Regional effects of maternal mortality determinants in Africa and the Middle East : How about political risks of conflicts. *Front inPublic Heal*. 2022;10:1-13. doi:10.3389/fpubh.2022.865903.
20. World Health Organization (WHO). *Time to respond: a report on the global implementation of maternal death surveillance and response (MDSR)*. 2016. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2016081714%5C>.Erişim tarihi Haziran 15, 2022.
21. Aygar H, Metintaş S. Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. *Estüdam Halk Sağlığı Derg*. 2018;3(3):1-11.
22. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74. doi:10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
23. Mairiga AG, Kawuwa MB, Kullima A. Community perception of maternal mortality in northeastern Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 2008;12(3):27-34.
24. Souza JP, Bellissimo-Rodrigues F, Santos LL Dos. Maternal mortality: An eco-social phenomenon that calls for systemic action. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2020;42(4):169-73. doi:10.1055/s-0040-1710041.
25. Suarayasa K, Hermiyanty, Wandira BA, Ashari MR, Pitriani. Social determinants effect on maternal mortality in Central Sulawesi Province. *Cent African J Public Heal*. 2020;6(2):62-5. doi:10.11648/j.cajph.20200602.12.

26. Sanneving L, Kulane A, Iyer A, Ahgren B. Health system capacity: Maternal health policy implementation in the state of Gujarat, India. *Glob Health Action*. 2013;6(1):1-8. doi:10.3402/gha.v6i0.19629.
27. Chukuezi C. Socio-cultural factors associated with maternal mortality in Nigeria. *Soc Sci*. 2010;1(5):22-26.
28. United Nations Development Programme (UNPD). *A Social Determinants Approach to Maternal Health*; 2011. file:///e:/maternal mortality/makaleler/WHO,2011.pdf. Erişim tarihi Haziran 15,2022.
29. World Health Organization (WHO). *Social Determinants of Health. Report of a Regional Consultation Colombo, Srilanka*. 2008.
30. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health.*; 2010. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf. Erişim tarihi Haziran 15, 2022.
31. Dawson P, Auvray B, Jaye C, Gauld R, Hay-Smith J. Social determinants and inequitable maternal and perinatal outcomes in Aotearoa New Zealand. *Women's Heal*. 2022;18:1-14. doi:10.1177/17455065221075913.
32. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. *The Worldwide Governance Indicators: A Summary of Methodology, Data and Analytical Issues*. C 5430; 2010.
33. Ruiz-Cantero MT , Guijarro-Garvi M, Bean DR, Martinez-Rierra JR, Farnandez-Saez J. Governance commitment to reduce maternal mortality. A political determinant beyond the wealth of the countries. *Heal Place*. 2019;57:13-320. doi:10.1016/j.healthplace.2019.05.012.
34. Ruger JP. Ethics and governance of global health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(11):998–1003. doi:10.1136/jech.2005.041947.
35. Hamal M, Dieleman M, De Brouwere V, Buning T de C. How do accountability problems lead to maternal health inequities. A review of qualitative literature from Indian public sector. *Public Health Rev*. 2018;39(1):1-27. doi:10.1186/s40985-018-0081-z.
36. Krueger PM., Dovel K, Denney JT. Democracy and self-rated health across 67 countries: A multilevel analysis. *SocSciMed*. 2015;143(5):137-44. doi:10.1016/j.socscimed.2015.08.047.
37. Pinzon-Rondon AM, Attaran A, Botero JC, Ruiz-Sternberg AM. Association of rule of law and health outcomes: An ecological study. *BMJ Open*. 2015;5(007004):1-9. doi:10.1136/bmjopen-2014-007004.
38. Gullo S, Galavotti C, Altman L. A review of CARE's Community Score Card experience and evidence. *Health Policy Plan*. 2016;31(10):1467-78. doi:10.1093/heapol/czw064.
39. Molyneux S, Atela M, Angwenyi V, Goodman C. Community accountability at peripheral health facilities: A review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy Plan*. 2012;27(7):541-54. doi:10.1093/heapol/czr083.
40. George A. Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed Service Delivery Constraints. *Reprod Health Matters*. 2007;15(30):91-102. doi:10.1016/S0968-8080(07)30318-2.
41. Kim MK, Lee SM, Bae SH, Kim HJ, Lim NG, Yoon SJ, et al. Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system. *Int J Equity Health*. 2018;17(2):1-8. doi:10.1186/s12939-017-0715-7.
42. Fawole OI, Adeoye IA. Women's status within the household as a determinant of maternal health care use in Nigeria. *Afr Health Sci*. 2015;15(1):217-25. doi:10.4314/ahs.v15i1.28.
43. Zere E, Oluwole D, Kirigia JM, Mwikisa CN, Mbeeli T. Inequities in skilled attendance at birth in Namibia: A decomposition analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(34):1-10. doi:10.1186/1471-2393-11-34.
44. Zere E, Tumusiime P, Walker O, Kirigia J, Mwikisa C, Mbeeli T. Inequities in utilization of maternal health interventions in Namibia: Implications for progress towards MDG 5 targets. *Int J Equity Health*. 2010;9(16):1-11. doi:10.1186/1475-9276-9-16.
45. Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria - Looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(43):1-13. doi:10.1186/1471-2393-9-43.
46. Ochako R, Fotso JC, Ikamari L, Khasakhala A. Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya demographic and health survey, 2003. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1):1-9. doi:10.1186/1471-2393-11-1.
47. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006;368(30):1189-200. doi:10.1016/S0140-6736(06)69380-X.
48. Nyfløt L, Sitras V. Strategies to reduce global maternal mortality. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(6):639-40. doi:10.1111/aogs.13356.
49. Smith LC, Ramakrishnan U, Ndiaye A, Haddad L, Martorell R. The importance of women's status for child nutrition in developing countries. International Food Policy Research Institute. doi:10.1177/156482650302400309.
50. Haile A, Enqueselassie F. Influence of women's autonomy on couple's contraception use in Jimma town, Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 2006;20(3):145-51.
51. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):e13. doi:10.1136/jech.2007.066159.
52. Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reprod Health*. 2005;2(1):1-8. doi:10.1186/1742-4755-2-3.
53. Hunt P, Mesquita BD. *Reducing maternal mortality, The contribution of the right to the highest attainable standard of health 2007*. United Nations Population Fund. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03109.x.
54. Jewkes RK, Levin JB, Penn-Kekana LA. Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: Findings of a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2003;56(1):125-34. doi:10.1016/S0277-9536(02)00012-6.
55. Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *DEÜ Tıp*

56. *Fakültesi Derg.* 2011;25(2):119-26.
57. MacDorman MF, Declercq Thoma ME. Trends in maternal mortality by sociodemographic characteristics and cause of death in 27 states and the District of Columbia. *Obstet Gynecol.* 2018;129(5):811-18. doi:10.1097/AOG.0000000000001968.
58. Begum N, Rahman M, Rahman MM, Nayan SK, Zinia SN, Khan SZ. Utilization of antenatal care services in a selected rural area in Bangladesh. *North Int Med Coll J.* 2015;6(1):25-8. doi:10.3329/nimcj.v6i1.23157.
59. Boerma T. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet.* 2008;371:1259-67. doi:10.1109/ASAP.2014.6868645.
60. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: Sector-wide approaches may be the key. *Br Med J.* 2001;322(7291):917-20. doi:10.1136/bmj.322.7291.917.
61. Richard F, Witter S, De Brouwere V. Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. *Am J Public Health.* 2010;100(10):1845-52. doi:10.2105/AJPH.2009.179689.
62. Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Heal Organ.* 2007;85(10):812-19. doi:10.2471/BLT.
63. Dubale T, Mariam DH. Determinants of conventional health service utilization among pastoralists in northeast Ethiopia. *Ethiop J Heal Dev.* 2007;21(2):142-48. doi:10.4314/ejhd.v21i2.10042.
64. Farguhar C, Kiarie JN, Richardson BA, Kabura MN, John FN, Nduati RW, et al. Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;37(5):1620-26.
65. Link CF. Spousal communication and contraceptive use in rural Nepal: An event history analysis. *Stud Fam Plann.* 2011;42(2):83-92. doi:10.1111/j.1728-4465.2011.00268.x.
66. Prata N, Bell S, Fraser A, Carvalho A, Neves I, Nieto-Andrade B. Partner support for family planning and modern contraceptive use in Luanda, Angola Partner support for family planning and modern contraceptive use in Luanda, Angola. *Afr J Reprod Health.* 2017;21(2):35-48.
67. Kamalifard M, Yavarikia P, Kheiroddin JB, Pourmehr HS, Iranagh RI. The effect of peers support on postpartum depression: a single-blind randomized clinical trial. *J caring Sci.* 2013;2(3):237-44. doi:10.5681/jcs.2013.029.
68. Chi PC, Bulage P, Urdal H, Sundby J. A qualitative study exploring the determinants of maternal health service uptake in post-conflict Burundi and Northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):1-14. doi:10.1186/s12884-015-0449-8.
69. King J. Maternal mortality in the United States- Why is it important and what are we doing about it? *Semin Perinatol.* 2012;36(1):14-8. doi:10.1053/j.semperi.2011.09.004.
70. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet.* 2006;368(9543):1284-99. doi:10.1016/S0140-6736(06)69381-1.
71. Department for International Development (DFID). *How to reduce maternal deaths: rights and responsibilities*, 2005. https://www2.ohchr.org/english/issues/development/docs/rights_maternal_health.pdf Erişim tarihi Haziran 15, 2022.
72. Nyamtema AS, Urassa DP, van Roosmalen J. Maternal health interventions in resource limited countries: A systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(30):1-12. doi:10.1186/1471-2393-11-30.
73. Spicer N, Aleshkina J, Biesma R, Brugha R, Caceres C, Chilundo B, et al. National and subnational HIV/AIDS coordination: Are global health initiatives closing the gap between intent and practice? *Global Health.* 2010;6(3):1-16. doi:10.1186/1744-8603-6-3.
74. Gable L, Gostin LO, Hodge JG. HIV/AIDS, reproductive and sexual health, and the law. *Am J Public Health.* 2008;98(10):1779-86. doi:10.2105/AJPH.2008.138669.
75. Rani M, Lule E. Exploring the socioeconomic dimension of adolescent reproductive health: A multicountry analysis. *Int Fam Plan Perspect.* 2004;30(3):110-17. doi:10.1363/3011004.
76. Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Saffron. *BMC Public Health.* 2011;11(606):1-10. doi:10.1001/jama.1986.03370010059025.
77. Kruk ME, Prescott MR, Galea S. Equity of skilled birth attendant utilization in developing countries: Financing and policy determinants. *Am J Public Health.* 2008;98(1):142-47. doi:10.2105/AJPH.2006.104265.
78. Rasschaert F, Philips M, Van Leemput L, Assefa Y, Schouten E, Van Damme W. Tackling health workforce shortages during antiretroviral treatment scale-up-experiences from ethiopia and Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;57(2):109-12. doi:10.1097/QAI.0b013e31821f9b69.
79. Bozkurt G, Erdim L. Assessing the Situation of Mother and Child Health in Turkey. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg.* 2019;6(3):575-82. doi:10.5152/hsp.2019.446330.