

KAHRAMANMARAŞ İL MERKEZİNDE 2004 VE 2006 YILLARINDAKİ DOĞUMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayhan COŞKUN*, Bülent KÖSTÜ*, Önder ERCAN*, Hakan KIRAN**, Melih Atahan GÜVEN***, Gürkan KIRAN*

* Ksü Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

** Prof. Dr. Turan Çetin Tüp Bebek Merkezi, Adana

*** Anatolia Tüp Bebek Merkezi Perinatoloji Bölümü, Ankara

ÖZET

Objektif: Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki toplam doğum sayılarını ve sezaryen hızlarını araştırmak.

Planlama: Doğum kayıtları retrospektif olarak gözden geçirildi.

Ortam: Kahramanmaraş il merkezindeki tüm hastaneler.

Hastalar: Doğum yapan gebeler.

Girişim: Yok.

Değerlendirme Parametreleri: Gebelerin demografik özellikleri, doğum şekilleri ve bebek doğum ağırlıkları.

SONUÇ: Sezaryen 2004 yılında 11611 doğumun 3994 (% 34.4)'ünde ve 2006 yılında 13684 doğumun 5573 (% 40.2)'ünde uygulandı.

Hem doğum sayılarında hem de sezaryen hızlarında 2006 yılında 2004 yılına göre artış mevcuttu. Riskli gebelik sayılan < 20 yaş ve > 35 yaş anne doğum oranları 2004 yılında sırasıyla % 10.3 ve % 8.8 iken, 2006 yılında % 17.7 ve % 12.9'a yükselmiştir. Yine prematüritenin göstergesi olan < 2500 g ve makrozomi bulgusu olan > 4000 g bebek doğum sayıları 2006 yılında 2004 yılına göre artmıştır. Yıllar içinde doğum sayılarında, riskli gebelik sayılarında ve sezaryen hızlarındaki bu artışların doğum komplikasyonlarını da arttıracacağı düşünülebilir.

YORUM: Geçirilmiş sezaryen operasyonu sezaryenin en sık endikasyonu olduğundan, bir gebeye ilk kez sezaryen endikasyonu koyarken daha titiz davranılmalıdır.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği DERGİSİ, 2007; Cilt: 4 Sayı: 3 Sayfa: 168- 72

Anahtar kelimeler: Kahramanmaraş, sezaryen doğum, vaginal doğum

SUMMARY

The Comparison of Deliveries in the Center of Kahramanmaraş in 2004 and 2006

Objective: To compare total delivery numbers and cesarean rates in Kahramanmaraş city center during 2004 and 2006.

Design: Delivery records have been reviewed retrospectively.

Setting: All hospitals in Kahramanmaraş city center.

Patients: Delivered pregnant.

Interventions: None.

Main Outcome Measures: Demographic characteristics, delivery routes of the pregnant and newborn birthweights.

RESULTS: Cesarean section was performed in 3994 out of the 11611 deliveries (34.4 %) in 2004 and 5573 out of the 13684 deliveries (40.2 %) in 2006. There was an increase in both delivery number and cesarean rates in 2006 when compared with 2004. Delivery rates were increased from 10.3 % and 8.8 % in 2004 to 17.7 % and 12.9 % in 2006 for high risk groups like under 20 and above 35 year-old pregnant, respectively. Also, premature neonates below 2500 and macrosomic babies above 4000 g were

Yazışma Adresi: Yard. Doç. Dr. Ayhan Coşkun, Yörük Selim mah. Hastane cad. no. 32, 46050 Kahramanmaraş

Tel.: (0532) 574 45 45

e-mail: acoskun@ksu.edu.tr

Alındığı tarih: 06.06.2007, revizyon sonrası alınma: 11.07.2007, kabul tarihi: 23.07.2007

increased in 2006 when compared with 2004. It may be thought that, an increase in delivery numbers, high risk pregnancies and cesarean rates could be inevitably cause a higher delivery complication ratios as years run.

CONCLUSIONS: Obstetrician should be careful before a cesarean decision because previous cesarean is leading cesarean indication.

Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society, 2007; Vol: 4 Issue: 3 Pages: 168- 72

Key words: cesarean delivery, Kahramanmaraş, vaginal delivery

GİRİŞ

Son yıllarda ülkemizde sezaryen ile doğum hızı gittikçe artmaktadır. Bazı merkezlerde 1983- 2001 yılları arasında % 6' dan % 30' a yükselmiştir⁽¹⁾.

ABD' de düşük risk grubundaki gebeliklerde sezaryen hızları % 4- 16.7 arasındadır⁽²⁾. Batılı ülkelerde birçok merkezde sezaryen hızları % 15' ten daha düşük olarak rapor edilmektedir⁽³⁾. Dünya Sağlık Örgütü de sezaryen ile doğum hızlarının % 15' ten az olması gerektiğini bildirmektedir⁽⁴⁾.

Biz, bu çalışmamızda Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarına ait toplam doğum sayılarını, sezaryen hızlarını ve endikasyonlarını belirlemek ve 2 yıla ait doğumların demografik özelliklerini araştırmak ve karşılaştırmak istedik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarına ait SSK Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve KSÜ Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği' ndeki tüm doğum bilgileri retrospektif olarak incelendi.

Her iki yıla ait toplam doğum sayısı, sezaryen sayısı, sezaryen endikasyonları, anne yaşı ve bebek doğum kiloları ayrı ayrı kaydedildi.

Doğum yapan anneler 20 yaş altı, 20- 35 yaş arası ve 35 yaş üzeri; yenidoğan bebekler 2500 g altı, 2500-4000 g. arası ve 4000 g. üzeri olarak üçer gruba ayrıldı. 2004 ve 2006 yıllarına ait anne ve yenidoğan verileri karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

Kahramanmaraş il merkezinde 2004 yılında toplam 11611 doğumun 3994 (% 34.4)'ü sezaryen ile; 2006

yılında toplam 13684 doğumun 5573 (% 40.2)'ü sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. Toplam doğum sayıları, şekilleri ve hızları Tablo I' de gösterilmiştir. Sezaryen endikasyonları Tablo II' de ve doğumların demografik dağılımı Tablo III' de gösterilmiştir.

Tablo I: 2004 ve 2006 yılına ait doğum şekli ve hızları.

Doğum şekli	2004 yılı	2006 yılı
Vajinal	7617 (% 63.6)	8111 (% 59.8)
Sezaryen	3994 (% 34.4)	5573 (% 40.2)
Toplam	11611 (% 100)	13684 (% 100)

Tablo II: 2004 ve 2006 yılına ait sezaryen endikasyonları.

Sezaryen endikasyonları	2004 yılı	2006 yılı
Geçirilmiş sezaryen	1261 (% 31.5)	2620 (% 47.0)
Baş-pelvis uygunsuzuğu	677 (% 16.9)	811 (% 14.3)
Fetal distress	507 (% 12.6)	743 (% 13.8)
Gün aşımı	210 (% 5.2)	330 (% 5.9)
Makat prezentasyon	208 (% 5.2)	159 (% 2.9)

Tablo III: 2004 ve 2006 yılına ait doğumların demografik dağılımı.

Demografik özellikler	2004 yılı	2006 yılı	
Anne yaşı	• < 20	1197 (% 10.3)	2430 (% 17.7)
	• 20- 35	9393 (% 80.9)	9483 (% 69.2)
	• > 35	1021 (% 8.8)	1771 (% 12.9)
Bebek kilosu	• < 2500	325 (% 2.8)	825 (% 6.0)
	• 2500- 4000	10612 (% 91.4)	12045 (% 88.0)
	• > 4000	674 (% 5.8)	814 (% 5.9)
Bebek cinsiyeti	• Erkek	5806 (% 50.1)	6760 (% 49.4)
	• Kız	5805 (% 49.9)	6924 (% 50.6)

TARTIŞMA

Sezaryen ile doğum vaginal doğuma göre maternal mortaliteyi dört kat arttırmaktadır. Ayrıca operasyonun hemoraji, sepsis, pulmoner embolizm, endometrit,

pnömoni ve transfüzyon komplikasyonları gibi erken; ve sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreata gibi geç dönem komplikasyonlarına yol açabileceği gösterilmiştir^(5,6). Bu nedenle sezaryen operasyonu, sadece bebeğin sağlığı dikkate alınarak yapılan rutin bir cerrahi girişim olmamalıdır, aynı zamanda operasyonun annenin sağlığı yönünden kısa ve uzun dönemde çeşitli riskler taşıyan bir girişim olduğu göz önünde tutulmalıdır⁽⁵⁾.

Araştırmamızda Kahramanmaraş il merkezinde hastanelerde kayıtlı doğum sayısı 2004'te 11611 iken 2006' da % 17.8'lik bir artışla 13684'e yükselmiştir (Tablo I). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2000 yılında Türkiye'de toplam doğum sayısı 1.363.000 ve 2004 yılında 1.360.000 olarak belirtilmiş ve bu dönemde doğum sayılarında artış olmadığı bildirilmiştir⁽⁷⁾. Çalışmamızda doğum sayılarında saptadığımız artış nedeniyle, bulgularımızın ülkemizin genel doğum istatistiğine uymadığı söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizi sosyo-ekonomik düzeye göre 6 bölgeye ayırdığı sınıflamada Kahramanmaraş kötü sosyoekonomik koşulları nedeniyle 5. bölgede yer almaktadır. Çalışmamızda 2006 yılında artmış olarak bulunan doğum hızını Kahramanmaraş'ın düşük sosyoekonomik düzeyine bağlamaktayız. Benzer şekilde, ülkemizin diğer düşük sosyo-ekonomik düzeyi olan bölgelerinde de doğum hızının yüksek olduğu bilinmektedir. Çünkü eğitim ve kültür seviyesi düşük, ekonomik olarak az gelişmiş bölge insanların çok sayıda çocuk sahibi olma isteğinin yanı sıra, bu bölgelerdeki çiftlerin kontrasepsiyon yöntemlerine ulaşma, kabullenme ve kullanma oranları daha düşüktür. Türkiye'de yapılan değişik çalışmalarda, çeşitli kliniklerin sezaryen hızları bulunmakla birlikte, bir bölge veya merkezin tümüne ait toplam doğum sayısı ve sezaryen hızlarını belirten bir çalışmaya rastlamadık. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada sezaryen hızları 2002'de % 27, 2003'te % 21, 2004'te % 28 ve üç yılın ortalaması % 25 olarak belirtilmiştir⁽⁸⁾. Düzce Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 2001- 2005 yılları arasına ait tüm doğumlarda sezaryen hızları % 47.2 olarak bulunmuştur⁽⁹⁾. Süleyman Demirel Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada 1998- 2002 yıllarına ait doğumlarda sezaryen hızı % 53 olarak saptanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü çalışmalarına göre 1998 yılı Türkiye genelinde sezaryen hızı % 26,1 olarak belirtilmiştir⁽¹⁰⁾.

Ülkemizde yapılan bu çalışmalarda sezaryen hızlarının son yıllarda artarak % 40- 50' ye kadar yükseldiği görülmektedir. Çalışmamızda Kahramanmaraş il merkezinde doğum hızları gibi sezaryen hızları da artarak 2004 yılında % 34.4'ten 2006 yılında % 40.2' ye yükselmiştir (Tablo I). Bu hızlar Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sezaryen hızından (% 15) belirgin yüksektir.

Sezaryen hızlarındaki bu artışta nonmedikal endikasyonların etkisi büyüktür. Gonen ve arkadaşları Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları arasında yaptıkları bir çalışmada, hasta isteğine bağlı sezaryeni doktorların % 59' unun onayladığını göstermişlerdir⁽¹¹⁾. Olatunbosum ve ark.'ları, 290 gebe üzerinde yaptıkları retrospektif bir çalışmada sezaryenlerin % 23'ünü önlenbilir bulmuşlardır. Bu olguların % 62' sinde hastaların; % 38'inde doktorların isteğine bağlı sezaryen uygulanmıştır. Bunlarda en sık iki endikasyonu % 53 ile distosi ve % 23 ile makat prezentasyonu oluşturmaktadır⁽¹²⁾. Brown ve arkadaşları hafta içi sezaryen hızlarının değişmediğini, ancak hafta sonu azalmış olduğunu saptamışlar ve bu durumu doktorların hafta sonu dinlenme isteğine bağlamışlardır⁽¹³⁾. Dickert-Conlin ve arkadaşları, Ocak ayı ilk haftasına göre Aralık ayı son haftasındaki yapılacak doğumun vergi avantajından dolayı ailelerin Aralık ayı son haftasında sezaryen ile doğumu tercih ettiklerini göstermişlerdir⁽¹⁴⁾.

Nonmedikal sezaryen tercihinde, doktorun veya hastanın vaginal doğumun pelvik tabanda zarara yol açtığı ve doktorun sezaryen ile doğumun vaginal doğuma göre fetal ve maternal morbiditede azalma sağladığı gibi düşünceleri etkili olabilmektedir. Bunlardan daha dramatik olarak, malpraktis kabul edilebilecek şekilde, ekonomik kaygılar, normal doğumun sezaryene göre daha fazla zaman alması, doğum seyri sırasında oluşabilecek komplikasyonlardan doktorun sezaryen yaparak kendini koruyabilme düşüncesi gibi nedenlerle nonmedikal sezaryen uygulanabilmektedir.

Literatürde en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş sezaryen olup, bunu pelvik distosi, fetal distress ve makat prezentasyonu takip etmektedir⁽³⁾. Nonmedikal endikasyonlarla yapılan sezaryen uygulamalarından sonra "bir defa sezaryen, her zaman sezaryen" yaklaşımı nedeniyle sonraki yıllarda artan sayıda sezaryen uygulaması da yapılmaktadır. Sezaryen endikasyonlarında ilk sırada bulunan geçirilmiş sezaryen hızı 2004

yılında % 31.5 iken 2006 yılında ciddi bir artışla % 47'ye yükselmiştir (Tablo II). 2006 yılında yapılan sezaryenlerin hemen hemen yarısı geçirilmiş sezaryen endikasyonu ile yapılmıştır. Bu nedenle hastalara ilk kez sezaryen endikasyonu konulurken dikkatli olunmalıdır.

Adelösan gebeliklerde maternal ve perinatal mortalite ve morbidite erişkin gebeliklere göre daha yüksektir. Gebeliğin indüklediği hipertansiyon, gebelikte yetersiz kilo alımı, anemi, plasenta previa, ablasyo plasenta, operatif vaginal doğum, sezaryen ile doğum, abortus, preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı fetüs bu gebeliklerde daha siktir^(15,16). Düzce ilinde 2001-2005 yılları arasında yapılan bir çalışmada < 20 yaş gebelik oranı % 7.9, > 35 yaş gebelik oranı % 11 olarak belirtilmiştir⁽⁹⁾. Araştırmamızda 2004 yılında < 20 yaş ve > 35 yaş gebelik oranları sırasıyla % 10.3 ve % 8.8 iken 2006 yılında bu oranlar % 17.7 ve % 12.9'a yükselmiştir (Tablo III). Yüksek riskli olarak değerlendirilen bu yaş grubu gebeliklerin çalışmamızda yüksek oranda bulunması, bölgemizde perinatal ve maternal komplikasyon oranlarını arttırabilir. Özellikle < 20 yaş gebeliklerin diğer bölgelere göre bariz yüksek bulunması sosyokültürel yapı farklılığı nedeniyle ilimizde erken yaşta yapılan evliliklere; > 35 yaş gebeliklerin fazla bulunması da bölgemizde ailelerin çok sayıda çocuk sahibi olma isteğine ve kontrasepsiyon yöntemlerinin yaygın olarak kullanılmamasına bağlanabilir.

Yine prematüritenin göstergesi olan < 2500 g doğan bebek sayısı ve makrozomi bulgusu olan > 4000 g doğan bebek sayılarında 2004 yılına göre 2006 yılında artış vardır. Bu artışlar < 20 yaş ve > 35 yaş gebeliklerin yüksek oranda olmasına bağlıdır (Tablo III). Ayrıca diyabet ve gestasyonel diyabet olgularına bölgemizde diğer bölgelere göre daha yüksek oranda rastlanması da bunda etkili olabilir. Bunun doğal bir sonucu olarak > 4000 g bebek doğumları artmıştır.

Bu çalışmadaki 2004 yılına ait verileri 2005 yılı Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Kongresi'nde poster olarak sunmuştuğuk. Burada sezaryen hızlarının yüksek olduğunu ve bu yüksek hızların Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği %15 oranına çekilmesi gerektiğini vurgulamıştık. Ancak gebelik sonuçlarını kötü etkileyen parametrelerde (doğum sayısı, sezaryen sayısı, < 20 yaş ve >35 yaş gebelik sayıları, <2500g ve >4000g bebek doğum sayıları gibi) ve son 2 yılda üremeye yardımcı tedavi (IVF) ücretlerinin bazı kamu kuruluş-

larınca karşılanması sonucunda IVF gebeliklerindeki artış; son 3 yıldır Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans sistemi uygulanması ve ilimiz sağlık kuruluşlarında fetal iyilik hali izleminin artan kalitesiyle yüksek riskli gebeliklerin daha kolay ayırt edilebilmesi sonucunda sezaryen hızı 2006 yılında % 40'ı aşmıştır. Ülkemizin birçok bölgesinde sezaryen hızlarının benzer şekilde yüksek olduğu açıktır. Bu hız Batı ve ABD verilerine göre çok yüksektir. Bu yüksek hız; obstetrisyenlerimiz, kadınlarımız ve ülkemiz için ciddi bir sağlık problemi boyutuna ulaşmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın Kahramanmaraş gibi doğurganlık hızının yüksek olduğu sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde aile planlaması ve kontrasepsiyon hizmetlerine öncelik verdiğini biliyoruz. Fakat bu oranların hala istenen düzeylerden uzak olması, Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki çalışmalarının yetersiz olduğunun bir göstergesidir. Dolayısıyla bu bölgelerde aile planlaması hizmetlerinin yoğunlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca bakanlık önderliğinde; sigorta şirketleri, üniversiteler, tabip odaları ve diğer kamu kuruluşları birlikte çalışarak sezaryen hızını azaltıp vaginal doğumu arttırmak için gerekli yasal düzenlemeleri yapmalı ve doktorların gerçek tıbbi endikasyonlarla sezaryen uygulamaları konusunda gerekli tedbirleri almalıdır. Obstetrisyenler bu konuda daha sorumlu davranmalı ve paramedikal endikasyonlardan kaçınmalı, gerçek tıbbi endikasyonlarla sezaryen yaparak daha etik çalışmalıdırlar. Ayrıca gebeler ve aileler, her iki doğum şeklinin avantajları ve dezavantajları konusunda daha fazla bilgilendirilmeli, anne adayları vaginal doğum konusunda cesaretlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. I. Koc Increased cesarean section rates in Turkey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003; 8: 1- 10.
2. Healty people 2000. National health promotion and disease prevention objectives: full report, with commentary. (DHSS publication no. (PHS) 91-50212, Washington DC: Government printing Office; 1990. p. 378.
3. Mutryn CS. Psychosocial impact of caesarean section on the family: a literature review. Soc Sci Med 1999; 37: 1271- 81.
- 4- World Healt Organazation. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 24: 436- 7.
5. Zelop C. The downside of cesarean delivery: short- and long-

- term complications. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47: 386- 93.
6. Vangen S. Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79: 553- 8.
 7. Surveyans Sistemi Mevcut Durumu ve Uluslar arası Kuruluşların Talep Ettiği Sağlık Göstergeleri İle Uyumu, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Çalışma ve Değerlendirme Raporu, <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/surveyans/calismaraporu.pdf>
 8. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği' nde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Dr. Firdevs Şule Kara, İstanbul, 2004.
 9. Mayda AS, Acehan T, Altın S, Arıcan M, Uzunoğlu MY. Bir üniversite hastanesinde yaptırılan doğumların incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006 May; 5: 408- 15.
 10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Ankara; Ekim 2004. Sayfa 46- 52.
 11. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2002; 99: 577- 80.
 12. Olatunbosun A, Ravichander A, Turnell RW, Edouard L. The influence of patient preferences and physician practices on cesarean delivery. Clin Exp Obstet Gynecol. 2002; 29: 19 - 21.
 13. Brown HS 3rd. Physician demand for leisure: implications for cesarean section rates. J Health Econ. 1996; 15: 233- 42.
 14. Dickert-Conlin S, Chandra A. Taxes and the timing of birth. J Polit Economy. 1999; 107: 161- 77.
 15. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH: Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analyses. J Adolesc Health 1994; 15: 444.
 16. Hediger ML, Scholl TO, Schall JI, et al: Young maternal age and preterm labor. Ann Epidemiol 1997; 7: 400.