

# İzmir’de Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler

## PREVALENCE AND AFFECTING FACTORS FOR CESAREAN SECTION DELIVERIES IN İZMİR

Serap KAYSER KONAKÇI\*, Bülent KILIÇ\*\*

\* Arş.Gör.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,

\*\*Yrd.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İZMİR

### Özet

**Amaç:** Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi’nde 2002 yılında meydana gelen sezaryen ile doğumların sıklığını ve doğumların sezaryen ile gerçekleştirilmesine yol açan etmenleri saptamaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Araştırma kesitsel tiptedir. Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi’nde (NEASB), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın eğitim ve araştırma bölgesidir. Bölgede Narlıdere, Güzelbahçe, Seferihisar ve Urla Sağlık Grup Başkanlıkları (SGB) ve onlara bağlı olarak çalışan toplam 17 sağlık ocağı (SO) ve 1 AÇSAP merkezi bulunmaktadır. NEASB’nin 2001 yıl ortası nüfusu 116.816 kişidir. Bu çalışmada bölgede 1 Ocak-31 Aralık 2002 tarihleri arasında doğum kayıtlarında yer alan tüm canlı doğumlara ait bilgiler analize alınarak, vaginal ve sezaryen doğumlar karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Bölgede 1 Ocak-31 Aralık 2002 süresinde 1251 canlı doğum gerçekleşmiştir. Sezaryen oranı %40.2’dir. Sezaryen ile doğum, annenin yaşının ileri olması, primipar veya daha önce tek canlı doğum yapılmış olması, gestasyonel yaşın 37 haftadan küçük olması ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmada saptanan sezaryen ile doğum sıklığı Türkiye rakamının çok üzerindedir. Sezaryen ile doğum için geçerli klinik endikasyonlar, tek başına sezaryen ile doğum hızındaki bu yüksek oranı açıklamakta yetersizdir. Demografik, sosyo-ekonomik faktörler ve sağlık hizmeti sunucularının (hekim, ebe vb) tutumu bu yüksek oranın diğer belirleyicileri olabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Sezaryen

T Klin Jineköl Obst 2004, 14:88-95

### Summary

**Objective:** The purpose of this study is to determine prevalence and affecting factors for cesarean section deliveries in The Narlıdere Training Research and Health District in year 2002.

**Material and Methods:** This study is of cross-sectional type. The Narlıdere Training and Research Health District (NTRHD) is an Education and Research District of Department of Public Health in Dokuz Eylül University School of Medicine. The district consists of Narlıdere, Güzelbahçe, Seferihisar and Urla Health District and associated 17 Health Centre and 1 Mother and Child Health / Family Planing Centre. The midyear population of NTRHD in 2001 was 116.816. Vaginal and cesarean section deliveries which the birth records of all live births delivered in January 1st-December 31st, 2002 in NTRHD were compared in the study.

**Results:** 1251 babies were delivered in January 1st– December 31st, 2002 in NTRHD. According to the findings cesarean section rate is 40.2% in the district. Older maternal age, primiparity or one preceeding live birth, younger gestational age ( $\leq 37$  week) were associated with high cesarean section rate.

**Conclusion:** Current clinical indications for deliveries via cesarean section are alone insufficient to explain the increase in cesarean section rate. Demographic, socioeconomic factors and attitudes of health service providers may be the other determinants of this increased rate.

**Key Words:** Cesarean rate

T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:88-95

Teknik olarak sezaryen ile doğum, 5000 gr ve daha ağır fetusun, uterus duvarından yapılan insizyon ile doğurtulması anlamına gelmektedir (1). Önceleri bu teknik ölmek üzere olan gebe kandan, yaşamakta olan fetusun canlı olarak alın-

bilmesi amacı ile kullanılmıştır. Sezaryen ile doğumun tarihçesine bakıldığında, antik çağa ait kayıtlarda bu teknik ile ilgili veriler bulunmasına karşın gerçekçiliği tartışmalıdır (2). Günümüzde cerrahi tekniklerin gelişimi, antibiyotiklerin bu-

lanması ve güvenli kan transfüzyonunun sağlanabilmesi ile çok daha geniş bir endikasyon yelpazesinde uygulanır olmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'lerde sezaryenin tüm doğumlar içindeki oranı %5.5 iken, 1993 verilerine göre bu oran %22.8'lere yükselmiştir. Brezilya, dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir ve 1996'da bu oran %36.4 olarak bildirilmiştir. Özellikle özel sektör hastanelerinde sezaryen ile doğum oranının yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, Arjantin'de özel hastanelerde gerçekleşen doğumların yarısı sezaryen ile olmaktadır. Japonya ve eski Çekoslovakya'da ise 1990 yılı öncesi verilerinde belirtildiğine göre bu oran %7 gibi düşük bir rakamdır (3,4).

Ülkemizde sezaryen ile gerçekleşen doğumlar hakkında kesin bir veri bulunmamaktadır. 1998 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre genel ortalama %13.9'dur. Doğudan batıya gelindikçe, annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe sezaryen oranı artmaktadır (5). Yapılan hastane tabanlı bazı çalışmalar da 1998 TNSA sonuçları ile uyumlu oranlara işaret etmektedir (6-8).

Günümüzdeki uygulamalarda sezaryen endikasyonu olarak en sık bildirilen nedenlere bakıldığında: Gebenin geçmişinde sezaryen öyküsünün olması, distosi (fetal, maternal veya plental kaynaklı doğum güçlüğü, doğumun güçlük göstermesi), prezentasyon anomalileri (özellikle makat geliş), fetal distres, baş-pelvis uygunsuzluğu ve aşırı iri bebek ( $\geq 4536$  gr = 10 pound) gibi nedenlerin ilk sıraları paylaştığı görülmektedir (6,7,9-12).

Görüldüğü üzere bu endikasyonlar, tüm sezaryen olgularını açıklamakta yetersizdir ve pek çoğu günümüz koşullarında kesin endikasyon olarak değerlendirilmemektedir.

Bazı çalışmalara göre ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksekliği, annenin öğrenim düzeyi, anne yaşının ileri olması, kentsel bölgede olmak, özel sigortalı olmak, doğumun özel hastanede yapılıyor olması, sezaryen oranını arttırıcı yönde etkili olarak görülmüştür (3,7). Erkek fetuslarda sezaryen oranının yüksek olduğunu gösteren bir araştırma da söz konusudur (10). Günümüzde anne

adayları sezaryeni daha güvenli bir teknik olarak algılamaktadırlar. Elektif sezaryen girişimlerinde doğum eyleminin daha kontrol altına alınmış ve güvenli olarak lanse ediliyor olmasının bu konuda etkin olduğu düşünülebilir.

Doğumun yapıldığı hastane, hekimin cinsiyeti, gebelikte alınan antenatal bakım sayısının yüksek ( $\geq 4$ ) olması, antenatal izlemi yapan hekim ile doğumu yaptıran hekimin aynı kişi olması, hekimin tek başına çalışıyor olması, hekimin özel sektör çalışanı olması gibi etmenlerin yüksek sezaryen hızı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (3). Özel hekimler ile kamu sektöründe çalışan hekimler arasında fark vardır; ancak her iki sektördeki hekimlerin neye göre endikasyon belirledikleri çok açık değildir (4,11). Sezaryen ile doğumlar genellikle günün sosyal saatlerinde yoğunlaşmaktadır. Bu durum hekimin, ekonomik kazanç kadar zamanını iyi kullanabilme eğiliminde de olduğunu düşündürmektedir (3).

Fetal ve maternal morbidite ve mortalite, yüksek maliyet göz önüne alındığında sezaryen ile doğum, üzerinde dikkatle durulması gereken bir konuma yerleşmiştir. Bu yüzden tüm dünyada oranların aşağıya çekilmesine yönelik bir eğilim vardır (4,7) Doğum eylemi her üç evresinde de aktif olarak yönlendirilebildiğinde, bu doğumların büyük bir çoğunluğu vaginal doğum yöntemi ile doğumu yaptırılabilir olgulardır (9,11,13). Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konudaki önerisi sezaryen ile doğumların, tüm doğumlar içindeki oranının %10-15 ile sınırlı olması yolundadır (3,14).

Sezaryen ile doğum, her şeyden önce cerrahi bir girişimdir ve obstetrik ve jinekolojik operasyonlarda karşılaşılabilecek tüm riskleri taşır (15-21). Özellikle elektif sezaryen olgularında doğan bebekler için de artmış riskler söz konusudur (22-23).

Sonuç olarak: Anne ve bebek için bazen hayat kurtarıcı olan bu yöntem günümüzde gerçek endikasyonları dışında kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar, klinik yararlarının öncelikli olmadığına işaret etmektedir.

Ülkemizde gerçek sezaryen ile doğum oranlarının ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi

amacı ile araştırmalara gereksinim söz konusudur. Ülkemizde sağlık kayıtlarının en ayrıntılı tutulduğu kurumlar sağlık ocaklarıdır ve hizmet verdikleri nüfusun tüm sağlık hareketleri bu kayıtlar ile belirlenebilir. Gebe izleminde temel amaç gebeliğin sağlıklı koşullarda sürmesi ve doğumun anne ve bebek için en uygun koşullarda gerçekleşmesinin sağlanmasıdır. Bu amaçla doğumun hangi yöntem ile gerçekleşebileceğine dair değerlendirme de yapılmaktadır. Bütün bu değerlendirmeler kayıtlara geçmektedir. Elimizde var olan kayıtların işlerliğinin ve güvenilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

**Amaç:** Bu araştırmada NEASB' de 2002 yılında meydana gelen sezaryen ile doğumların sıklığı ve sezaryen ile gerçekleşmesine yol açan etmenlerin saptanması amaçlanmıştır.

### Gereç ve Yöntemler

Bu araştırma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

NEASB, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı bir eğitim ve araştırma bölgesidir. NEASB'ye bağlı olarak bölgede Narlıdere, Güzelbahçe, Seferihisar ve Urla SGB'leri ve onlara bağlı olarak 17 SO ve 1 AÇSAP merkezi hizmet vermektedir. NEASB'nin 2001 yılı yıl ortası nüfusu 116 816 kişidir. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış, bölgede 1 Ocak-31 Aralık 2002 tarihleri arasındaki doğum kayıtlarında yer alan tüm canlı doğumlar analize dahil edilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce, aylık çalışma bildirimlerinde doğum cetveli işlenirken doğumun şeklinin yazılı olarak belirtilmesi tüm kurumlardan istenmiştir. Narlıdere SGB bölgesindeki doğumlara ait sağlık ocağı izlem rakamlarına, kurumlardaki Gebe-Lohusa İzlem Kartları'nda kayıtlı bulunan izlemler sayılarak ulaşılmıştır.

Elde edilen bilgiler ile vaginal ve sezaryen doğumlar, annelerin yaşı, yaşadıkları ilçe, toplam canlı doğum sayıları, toplam ölü doğum sayıları, toplam düşük sayıları, doğum öncesi sağlık ocağındaki izlem sayısı, doğum yapılan yer, doğumdaki gebelik haftası, doğum yapılan ay, bebeklerin

cinsiyeti ve doğum ağırlıkları açısından karşılaştırılmışlardır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 paket istatistik programı kullanılmıştır. Ortalamalar arası farkların karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, nonparametrik değişkenler için  $\chi^2$  ve eğitimde  $\chi^2$  analizi, Fisher'in kesin testi ve Kruskal Wallis Test kullanılmıştır. Son olarak da seçilen değişkenler ile sezaryen ile olan doğumlara ait risk faktörlerini belirlemek için Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır.

### Bulgular

NEASB'de, 1 Ocak – 31 Aralık 2002 tarihleri arasında 1251 adet canlı doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların %97.8'i hastanede, %1.1'i sağlık personeli yardımı ile evde, %1.1'i de sağlık personeli yardımı olmaksızın olmuştur.

Bölgede doğan bebeklerin %49.9'u erkek, %50.1 kadındır. Doğum şekline ait verilerine ulaşılabilen doğumlar, tüm doğumların %94.4'üdür (1181/1251). Bu doğumların %40.2'si sezaryen ile gerçekleşmiştir. Bebeklerin doğum ağırlıklarının ortalama  $3294 \pm 550.3$  gr olduğu, gebeliklerin ise ortalama  $39.3 \pm 1.9$  haftada sonlandığı tespit edilmiştir. Bölgede doğum yapan kadınların özelliklerine baktığımızda, yaş ortalamalarının  $26.6 \pm 5.6$ , ortalama canlı doğum sayılarının  $1.8 \pm 1.1$  olduğu ve kayıtlara göre ölü doğum ve düşük sayılarının oldukça az sayıda olduğu tespit edilmiştir.

SGB bölgelerinde doğum yapan kadınlar arasında yaş, toplam canlı doğum sayısı ve toplam ölü doğum sayısı açısından anlamlı bir farklılık yokken, düşük sayıları açısından aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p=0.002$ ) (Tablo 1).

Ayrıca doğum sayılarının dağılımı açısından anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). 125 doğum ile Temmuz ayı en yüksek, 62 doğum ile Aralık ayı en düşük doğum sayılarının tespit edildiği aylardır.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları'na göre Türkiye genelinde sezaryen ile doğum oranı %13.9, Türkiye'nin Batısında ise %21.9'dur. NEASB' de sezaryen ile doğum oranı, Türkiye verilerinden yüksektir (40.2'ye karşı 13.6).

**Tablo 1.** SGB bölgelerine göre 2002 yılında canlı doğum yapan kadınların doğurganlık özellikleri

	Narlidere SGB	Güzelbahçe SGB	Seferihisar SGB	Urla SGB	p
Yaş	26.7± 5.6	26.8 ± 5.23	26.6 ± 5.7	26.3 ± 5.7	0.776*
Canlı doğum sayısı	1.8 ± 1.2	1.8 ± 1.0	1.8 ± 1.2	1.8 ± 1.0	0.411**
Ölü doğum sayısı	0.04 ± 0.26	0.06 ± 0.26	0.7 ± 0.4	0.04 ± 0.2	0.189**
Düşük sayısı	0.38 ± 0.82	0.44 ± 0.89	0.2 ± 0.6	0.2 ± 0.56	0.002**

\* Tek yönlü varyans analizi \*\* Kruskal Wallis test

**Tablo 2.** SGB bölgelerinde doğumların şekline göre dağılımları

	Vajinal Doğum		Sezaryen ile Doğum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Narlidere SGB	286	57.9	208	42.1	494	100.0
Güzelbahçe SGB	66	60.0	44	40.0	110	100.0
Seferihisar SGB	151	62.9	89	37.1	240	100.0
Urla SGB	203	60.2	134	39.8	337	100.0
Toplam	706	59.8	475	40.2	1181	100.0

4 SGB içinde en yüksek sezaryen ile doğum oranı %42.1 ile Narlıdere SGB bölgesinde, en düşük sezaryen ile doğum oranı ise %37.1 ile Seferihisar SGB bölgesinde gerçekleşmiştir (Tablo 2).

SGB arasında, doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). SGB'lerin kendi bölgeleri içinde yapılan karşılaştırmalarda ise, Güzelbahçe ve Seferihisar SGB'ye bağlı olarak hizmet veren kurumlar arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamazken, Narlıdere ve Urla SGB'lerine bağlı SO'ları arasında, oldukça anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p=0.000$ ). Narlıdere SGB'de, sezaryen ile doğum, %56.6 ile en yüksek oranda Ilıca SO bölgesinde, en düşük oran %18.2 ile İnönü SO bölgesinde tespit edilmiştir. Bu SO'lar sosyoekonomik olarak oldukça farklı nüfuslara hizmet vermektedir. Urla SGB, 7 SO ve 1 AÇSAP merkezi ile en yüksek kurum sayısına sahip SGB' dir. Bölgedeki doğumların %39.8'i sezaryen doğum ile %60.2'si vaginal doğum ile gerçekleşmiştir. Bu SGB bölgesinde yer alan tüm kurumlarda Türkiye verilerinden daha yüksek oranda sezaryen ile doğum gerçekleştiği görülmektedir.

NEASB'de en yüksek canlı doğum sayısı, 20-34 yaş grubu kadınlara aittir (959/1181). SGB'lerin kendi içlerinde yapılan karşılaştırmalarda, Güzelbahçe, Seferihisar ve Urla SGB bölgelerinde annelerin yaş grupları arasında doğum şekilleri açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, Narlıdere SGB bölgesinde annelerin yaşları ilerledikçe sezaryen ile doğumların anlamlı olarak arttığı ve tüm doğumlar birlikte değerlendirildiğinde NEASB için farklılığın devam ettiği görülmektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 3).

Annelerin %82.6'sı, toplam 1-2 canlı doğum sınıfında yer almaktadır. Bölgede az canlı doğum sayısına sahip anneler, diğer annelerden daha yüksek oranda sezaryen ile doğum yapmaktadır. Bu farklılık, Narlıdere, Urla SGB bölgeleri içinde yapılan değerlendirme için de geçerlidir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4). Tüm doğumlar içinde 614 annenin ilk doğumunun bu bebekler olduğu ve bu annelerden 252 tanesinin (%41.0) bebeğini sezaryen ile doğurduğu tespit edilmiştir.

Sezaryen ile doğum yapan kadınların %81.3'ü (386/475) 20-34 yaş grubunda yer almaktadır ve

**Tablo 3.** SGB bölgelerinde doğum yapan kadınların yaş gruplarına göre doğum şekillerinin dağılımı

SGB	Yaş grupları	Vajinal doğum		Sezaryen doğum		Toplam	p**
		Sayı	%	Sayı	%		
Narlidere SGB	19 yaş ve ↓	33	86.8	5	13.2	38	0.000
	20 – 34 yaş	232	57.0	175	43.0	407	
	35 yaş ve ↑	21	42.9	28	57.1	49	
Güzelbahçe SGB	19 yaş ve ↓	7	87.5	1	12.5	8	0.173
	20 – 34 yaş	54	59.3	37	40.7	91	
	35 yaş ve ↑	5	45.5	6	54.5	11	
Seferihisar SGB	19 yaş ve ↓	16	69.6	7	30.4	23	0.451
	20 – 34 yaş	123	63.4	71	36.6	194	
	35 yaş ve ↑	12	52.2	11	47.8	23	
Urla SGB	19 yaş ve ↓	23	67.6	11	32.4	34	0.096
	20 – 34 yaş	164	61.4	103	38.6	267	
	35 yaş ve ↑	16	44.4	20	55.6	36	
Toplam *	19 yaş ve ↓	79	76.7	24	23.3	103	0.000
	20 – 34 yaş	573	59.7	386	40.3	959	
	35 yaş ve ↑	54	45.4	65	54.6	119	

\* 1181 canlı doğum üzerinden değerlendirme yapılmıştır, \*\* eğimde  $\chi^2$ .

**Tablo 4.** Kadınların toplam canlı doğum sayılarına göre son doğumlarının şekli

SGB	Canlı doğumlar	Vajinal doğum		Sezaryen doğum		Toplam	p
		Sayı	%	Sayı	%		
Narlidere SGB	1 – 2	216	52.7	194	47.3	410	0.000
	3 – 4	55	80.9	13	19.1	68	
	5 ve ↑	15	93.8	1	6.3	16	
Güzelbahçe SGB	1 – 2	53	56.4	41	43.6	94	0.131
	3 – 4	10	76.9	3	23.1	13	
	5 ve ↑	3	100.0	0	0.0	3	
Seferihisar SGB	1 – 2	117	62.9	69	37.1	186	0.119
	3 – 4	23	71.9	9	28.1	32	
	5 ve ↑	6	100.0	0	0.0	6	
Urla SGB	1 – 2	156	58.4	111	41.6	267	0.030
	3 – 4	39	69.6	17	30.4	56	
	5 ve ↑	7	100.0	0	0.0	7	
Toplam *	1 – 2	542	56.6	415	43.4	957	0.000
	3 – 4	127	75.1	42	24.9	169	
	5 ve ↑	31	96.9	1	3.1	32	

\* 1158 canlı doğum üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

bu kadınların %92.2'si (344/373) toplam 1-2 canlı doğum sayısına sahiptir.

Narlidere ve Güzelbahçe SGB bölgelerinde doğum anındaki gestasyonel yaşın doğum şekli üzerinde etkisi saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Seferihisar ve Urla SGB bölgelerinde ve NEASB için yapılan karşıla-

tırmada miadından küçük bebeklerin (36 hf ve daha küçük), miaddaki bebeklere (37 hf ve daha büyük) oranla anlamlı olarak daha fazla sezaryen ile doğmuş yaptıkları tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 5).

Araştırmacılar tarafından Narlıdere SGB bölgesinde gerçekleşen 494 canlı doğuma ait gebe kartla-

**Tablo 5.** SGB bölgelerinde 2002 yılında gerçekleşen canlı doğumlarda gestasyonel yaşa göre bebeklerin doğum şekillerinin dağılımı

Sağlık Grup Başkanlıkları	Gestasyonel yaş	Vajinal doğum		Sezaryen ile doğum		Toplam	p**
		Sayı	%	Sayı	%		
Narlidere SGB	36 hft. ve ↓	10	43.5	13	56.5	23	0.223
	37 hft. ve ↑	276	58.6	195	41.4		
Güzelbahçe SGB	36 hft. ve ↓	27	55.1	22	44.9	49	0.457
	37 hft. ve ↑	39	63.9	22	36.1		
Seferihisar SGB	36 hft. ve ↓	2	22.2	7	77.8	9	0.026
	37 hft. ve ↑	149	64.5	82	35.3		
Urla SGB	36 hft. ve ↓	6	30.0	14	70.0	20	0.009
	37 hft. ve ↑	197	62.1	120	37.9		
Toplam*	36 hft. ve ↓	45	44.6	56	55.4	101	0.002
	37 hft. ve ↑	661	61.2	419	38.8		

\* 1181 canlı doğum üzerinden değerlendirme yapılmıştır, \*\* Yates Düzeltmesi ile  $\chi^2$

**Tablo 6.** Sezaryen doğumların lojistik regresyon sonuçları

Değişkenler	B	p	OR	%95 GA*
37hft ve ↑	-	referans	1.0	-
36 hft ve ↓	0.659	0.003	1.93	1.25 – 3.00
3 ve ↑ doğum	-	referans	1.0	-
1 – 2 canlı doğum	1.572	0.000	4.82	3.22 – 7.21
Anne yaşı 19 yaş ve ↓	-	referans	1.0	-
Anne yaşı 20 – 34 yaş	0.775	0.002	2.17	1.35 – 3.50
Anne yaşı 35 yaş ve ↑	1.365	0.000	3.92	2.18 – 7.04
Doğum ağırlığı	0.000	0.50	0.420	1.00 – 1.00

\* %95 Güven Aralığı

rından 271 tanesine ulaşılarak, SO'dan alınan izlem sayısı bulunmuştur. SO'lardan 4 ve daha fazla izlem alan kadınların 3 ve daha az izlem alan kadınlara göre anlamlı olarak daha az sezaryen ile doğum yaptıkları görülmektedir (p= 0.000).

Bebeklerin cinsiyetlerinin, doğum ağırlıklarının ve annenin daha önce ölü doğum yapmış olmasının doğum şekli üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05).

Doğumların miadda olup olması, annenin canlı doğum sayısı, annenin yaşı ve doğan bebeğin ağırlığı dikkate alınarak doğumun sezaryen ile olup olmaması Lojistik Regresyon ile değerlendirildiğinde:

36 hafta ve daha küçük bebeklerin sezaryen ile doğma olasılığı 37 hafta ve daha büyük bebeklere

oranla 1.9 kat daha fazladır. 2 ve daha az doğum yapmış olan kadınların bebeklerinin sezaryen ile doğma olasılığı diğerlerine göre 4.8 kat daha fazladır. Anne yaşı ilerledikçe bebeklerin sezaryen ile doğma riski artmaktadır. 20-34 yaş grubu kadınlarda sezaryen ile doğum riski 2.17 kat fazla iken, 35 yaş ve ↑ grubunda ise 3.92 kat fazla risk vardır. Bebeklerin doğum ağırlığındaki artış doğumun sezaryen ile olma riski üzerinde etkili değildir (OR= 1.00) (Tablo 6).

### Tartışma ve Sonuç

NEASB'de 1 Ocak-31 Aralık 2002 tarihleri arasında gerçekleşen canlı doğumlarda, sezaryen ile doğum sıklığı %40.2 ile Türkiye ve Ege Bölgesi'ne ait hızlardan (%13.9 ve %21.9) oldukça yük-

sektir (5). Ayrıca dünyadaki pek çok ülkeden de yüksek oranlarda seyretmektedir (3,4). Narlıdere SGB bölgesi, araştırmanın yapıldığı bölgede en yüksek sezaryen ile doğum oranına sahiptir. Bu SGB bölgesinde hizmet veren SO'larının verilerine bakıldığında, gecekondü tipi yerleşim birimine hizmet veren İnönü SO bölgesinde sezaryen ile doğum oranının diğer iki SO bölgesine göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, sezaryen ile doğumlarda gerçek tıbbi endikasyonlardan daha çok başka etkenlerin rol oynadığına işaret ediyor olabilir (3). Ailelerin sosyo-ekonomik durumları hakkında elimizde net verimiz olmamasına rağmen doğum şeklinin bu koşuldan etkilendiğini söyleyebiliriz. Sezaryen ile doğumların en yüksek olarak görüldüğü Narlıdere SGB'de Gebe-Lohusa İzlem Kartı incelemelerinde SO'lardan az sayıda izlem alan kadınların daha fazla sezaryen ile doğum yapıyor olması yine doğum şeklini etkileyen sosyo-ekonomik faktörlere işaret etmektedir. Bu SGB bölgesinde hizmet veren SO'larda, saha hizmeti verilmesinde bir takım sosyal engeller ile karşılaşmaktadır. Görece olarak ekonomik durumu iyi olan ailelerin SO hizmetlerinden yararlanmak istememeleri, uzun süredir bölgede hizmet veren sağlık personelinin yakındığı bir nokta olmuştur. Alınan antenatal bakım sayısı yüksek olan gebelerde sezaryen ile doğum oranının yüksek olduğunu belirten çalışmaya zıt olarak bizim araştırmamızda sağlık ocağından yüksek sayıda izlem alan gebelerde sezaryen ile doğum oranı daha düşüktür (3). Bu durum antenatal bakımın kim tarafından verildiğinin önemine dikkat çekmektedir. Özellikle kadın doğum uzmanı tarafından izlenen ve SO'dan hizmet almak istemeyen ya da az sayıda izlemi olan kadınlar, kadın doğum uzmanlarınca da sezaryen ile doğuma yönlendiriliyor olabilir.

Annelerin yaşları arttıkça sezaryen ile doğum artmaktadır. Bu kadınlar zaten az sayıda doğum yapan kadınlardır. Anne yaşının artışı ile sezaryen doğuma yönelmede artış başka çalışmalarda da gösterilmiştir (3,7).

Sezaryen ile doğum, halk arasında rahat, konforlu ve güvenli olarak tanımlanan bir doğum şeklidir. Ülkemiz kültüründe, erkek bebeklere daha

fazla değer verildiği bilinmektedir. Bu nedenle erkek bebeklerin daha fazla sezaryen ile doğmasını beklediğimiz bu çalışmanın sonuçları bunu kanıtlamamıştır. Sezaryen ile doğumda düşünülen kişi öncelikli olarak anneler olabilir.

Bölgedeki %40.2'lik sezaryen ile doğum oranını açıklamada tıbbi nedenlerin yetersiz kaldığı oldukça açıktır. Özellikle sezaryen ile doğan bebeklerin, gestasyonel yaşlarının vaginal yolla doğanlara göre daha genç olması planlanmış sezaryen olgularının oldukça fazla olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir.

Bu araştırma ile doğum cetvellerinde doğumun şekline ait verinin de aktarımı sağlanmıştır. Toplu olarak bu rakamların görülmesi verilecek olan sağlık hizmetinin niteliğinin belirlenmesinde oldukça önemlidir. SO'larının sahada verdiği en önemli hizmetlerden biri gebe izlemidir. Hizmet verilen toplumun yapısı ve buna bağlı olarak da doğurganlık ve doğum şekline ait tercihleri giderek değişmektedir. Sağlık personeli bu konuda hizmet içi eğitim ile bilgilendirilmeli ve toplumun sağlık eğitiminin buna göre yapılandırılması sağlanmalıdır. Sezaryen ile doğum, ücretini ödeyebilenlere değil, gerçekten vaginal yolla doğumu riskli olanlara uygulanması gereken bir doğum şeklidir. Sezaryen ile doğumlar beraberinde pek çok tıbbi ve ekonomik külfeti açığa çıkarmaktadır. Bu konuda hekimlerin de eğitime ve davranış değişikliğine gereksinmesi olduğu açıktır.

Doğum şeklinin belirlenmesinde sosyal ve ekonomik faktörlerin rolü küçümsenmeyecek boyutlarda olabilir. Sosyo-ekonomik faktörlerin zaman içindeki değişimi toplumun bir parçası olarak hem ailelerin hem de sağlık hizmeti sunucularının davranış değişikliklerinden sorumlu olabilir. Bu araştırmada annelerin öğrenim düzeyleri, ailenin gelir düzeyi, annelerin sezaryen ile doğumu tercih nedenleri, antenatal bakım kaynakları ve hekimlere ait faktörler sorgulanamamıştır. Ayrıca sezaryen ile doğumların tartışma konusu olmasında rol oynayan getirdiği ekonomik yük de değerlendirilememiştir. Ülkemizde sezaryen ile gerçekleşen doğumları irdeleyecek başka çalışmalara gereksinim vardır.

**KAYNAKLAR**

1. Scott JR, DiSaia PJ, Hammont CB, Spellacy NW. Danforth's Obstetrics and Gynecology six edition.
2. Churchill H. Cesarean Birth-Experience, Practice and History first edition, 1997, Books for Midwives Press, England.
3. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in South Brazil: Acomparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994, International Journal of Epidemiology, 1999; vol 28: 687-94.
4. Peipert JF, Hogan JW, Gifford D, Chase E, Randall R. Strength of indication for cesarean delivery: Comparison of private physician versus resident service labor management, American Journal of Obstetric and Gynecology 1999; vol 181-number 2: 435-9.
5. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1998, 1999, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü ve Measure DHS+ / Makro International Inc.
6. Gül A, Şimşek Y. Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 1996-1998 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları, Perinatoloji Dergisi, 1998; vol 6: 10-2.
7. Seven M, Özyurt ON, Karacaoğlu MÜ, Çelikkelen B, Savan K, Yıldırım B. Sezaryen oranları, endikasyonları ve perinatal morbidite-mortalite, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 1997; vol 11: 112-5.
8. Çiçek N, Çelik Ç, Köşüş N Görkemli H, Acar A, Akyürek C. Sezaryen oranlarımız nereye gidiyor, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 17: 117-22.
9. Koyuncu FM, Önoğlu AS, Balık E, Demir N. Sezaryen sonrası vaginal doğum ve yineleyen sezaryenlerin maternal-neonatal risklerinin karşılaştırılması, Perinatoloji Dergisi, 1995; vol 3: 64-6.
10. Lieberman E, Lang JM, Cohen AP, Frigoletto F, Acker D, Rao R. The association of fetal sex with the rate of cesarean section 1997; volum 176-number 3: 667-71.
11. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: How to reduce the rate, American Journal of Obstetric and Gynecology 1995; vol 172-number 6: 1903-8.
12. Sandmire HF, DeMott RK. The Green Bay cesarean section study: IV. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates for the large fetus, American Journal of Obstetric and Gynecology 1996; vol 174-number 5: 1557-64.
13. Peaceman AM, Socol ML, Active management of labor, American Journal of Obstetric and Gynecology 1996; vol 175 number 2: 363-8.
14. Bulletin of The World Health Organization 2001; 79 (12): 1173.
15. Schwartz MA, Wang CC, Eckert LO, Critchlow CW. Risk factors for urinary tract infection in the postpartum period, American Journal of Obstetric and Gynecology 1999; vol 181-number 3: 547-53.
16. Önvural A, Saygılı U, Altınyurt S, Jinekoloji ve obstetrikte postoperatif enfeksiyonlar, İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 1997; number 1: 68-74.
17. Çetin M, Çetin A, Leylek ÖA. Sezaryen sonrası endometrit: Değişik placentaya ayrılma yöntemlerinin etkisi, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 1998; number 12: 163-5.
18. Lasley SD, Eblen A, Yancey MK, Duff P. The effect of placental removal method on the incidence of postcesarean infection, American Journal of Obstetric and Gynecology 1997; vol 176-number 6: 1250-4.
19. Chapman SJ, Crispens M, Owen J, Savage K, Complications of midtrimester pregnancy termination: The effect of prior cesarean delivery, American Journal of Obstetric and Gynecology 1996; vol 175-number 4: 889-92.
20. Morgan GE, Mikhail Jr. MS. Clinical Anesthesiology/ Second edition, 1996, Appleton & Lange.
21. Miller RD, Anesthesia/Fift edition-volume 2, 2000; Churchill Livingstone.
22. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section, British Journal of Obstetric and Gynaecology 1995; vol 102-number 2: 101-6.
23. Heasman L, Spencer JAD, Symonds ME. Plasma prolactin concentrations after cesarean section or vaginal delivery, Archive Disease of Child Fetal Neonatal Ed 1997; number 77: 237-8.

**Geliş Tarihi:** 21.07.2003

**Yazışma Adresi:** Dr.Serap KAYSER KONAKÇI  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı AD, İZMİR