

Adölesan doğumlara yaklaşımda beş yıllık sonuçlarımız

Our five-year results in approach to adolescent deliveries

Fatma Eskicioğlu

Merkezefendi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Manisa

Özet

Amaç: Adölesan dönemi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 10-19 yaş arası gebelikler olarak tanımlanmaktadır. Adölesan dönemde gerçekleşen gebelikler halen tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Bu doğumlar anne ve bebek sağlığı üzerine kısa ve uzun dönemde olumsuz etkiler oluşturabilen riskler taşır. Bu çalışmada son 5 yıl içinde kliniğimizde adölesan doğumlara yaklaşımımızı değerlendirmek amaçladık.

Gereç ve yöntem: 2010-2014 yıllarına ait 10-19 yaş arası doğumların kayıtları taranarak, adölesan ve adölesan olmayan doğum sayıları, sezaryen doğum sayıları ve oranları araştırıldı. Sezaryen uygulanan adölesan olguların, sezaryen endikasyonları incelendi. İstatistiksel analiz için X² testi kullanıldı. p<0.05 değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular:2010-2014 yıllarında, toplam 1264 adölesan doğum belirlendi. 2010 yılında doğumların %6.94'ü, 2011 yılındaki doğumların %8.26'sı, 2012'de %7.55'i, 2013'de %7.95'i, 2014'de %5.28'i adölesan doğumlardan oluşmaktaydı. Yıllar içinde adölesan doğum oranlarında istatistiksel anlamlı azalma belirlendi (p=0.02). 2010 yılında adölesan gebeliklerin sezaryen/sezaryen + vaginal doğum oranı %31.20 iken, 2011 yılında %33.22, 2012'de bu oran % 22.63, 2013'de %22.04 ve 2014'de %23.03 idi. Adölesan olmayan doğumların sezaryen oranları ile kıyaslandığında, adölesan sezaryen oranları daha düşük belirlendi (p=0.04). Sezaryen endikasyonlarından en sık olanı baş-pelvis uygunsuzluğu (%36.44) idi.

Sonuç: Hem biyolojik hem de sosyal açıdan birçok sakıncalar taşıyan adölesan gebelerde sezaryen doğum oranları yetişkinlerden daha düşüktür.

Pam Tıp Derg 2015;8(3):199-203

Anahtar sözcükler: Adölesan gebelik, doğum, sezaryen.

Abstract

Purpose: Adolescent period is described as pregnancies between ages of 10 and 19 years by the World Health Organization. Pregnancies taking place in the adolescent period is still an important healthcare issue throughout the world. These deliveries pose short- and long-term risks that might cause negative effects on mother's and infant's health. This study aims to evaluate clinical approach towards adolescent deliveries in our clinic in the last 5 years.

Materials and methods: The number of adolescent and non-adolescent deliveries, and cesarean delivery rates were searched by screening the birth records of the women below 20 between 2010 and 2014. Cesarean indications of both adolescent and non-adolescents were reviewed. p<0.05 was accepted as significant.

Results: 1264 adolescent deliveries were detected between 2010 and 2014. 6.94% of deliveries in 2010, 8.26% of deliveries in 2011, 7.55% of deliveries in 2012, 7.95% of deliveries in 2013, and 5.28% of deliveries in 2014 were adolescent. Statistically significant difference was found between the rates of adolescent deliveries distributed according to years (p=0.02). While the cesarean/cesarean + vaginal delivery ratio of adolescent pregnancies was 31.20%, it was 33.22% in 2011, 22.63% in 2012, 22.04% in 2013 and 23.03% in 2014.

Conclusion: Cesarean delivery rate was detected lower in adolescents and cephalo-pelvic disproportion (36.44%) was the most frequent indication of cesarean delivery in adolescents.

Pam Med J 2015;8(3):199-203

Key words: Adolescent pregnancy, delivery, cesarean section.

Fatma Eskicioğlu

Yazışma Adresi: Merkezefendi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Manisa
e-mail: fatmaeskicioğlu@gmail.com

Gönderilme tarihi: 05.04.2015

Kabul tarihi: 29.04.2015

Giriş

Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişime uğrayarak çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olup, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 10-19 yaş arasındaki kızların gebeliği olarak tanımlanmaktadır [1]. Hem anne hem de bebek sağlığı için riskli olduğu kabul gören bu gebelikler dünya genelinde bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006-2011 yılları arasındaki adölesan fertilesini değerlendiren ve 2014'de yayınlanan raporuna göre, Orta Afrika'da 15-19 yaş aralığında her 1000 kızdan 229'u, Pakistan'da 16'sı, İsviçre'de 4'ü, İngiltere'de 25'i, Amerika Birleşik Devletleri'nde 34'ü, Türkiye'de ise 38'i gebe kalmaktadır. Bu oranlar, genç yaş grubu bireylerin büyük bir kısmının gelişmekte olan ülkelerde olmasına rağmen, adölesan gebeliğin gelişmiş ülkelerin de problemi olduğunu göstermektedir [2].

Adölesan gebeliklerde doğum öncesi hizmet alınımında yetersizlik ve buna bağlı obstetrik komplikasyonlar yetişkin gebeliklerine göre daha fazla olabilmektedir [3]. Son yıllarda olası doğum komplikasyonlarından kaçma, mediko-legal problemlerden uzak durmanın da etkili olduğu birçok nedenden dolayı sezaryen ile doğum oranları artmıştır [4]. Farklı çalışmalarda adölesan doğumlarda sezaryen oranlarında veya doğum sırasında vakum uygulaması gibi müdahalelerde artış olduğu belirtilse de [5,6], düşük sezaryen oranları beyan eden çalışmalar da mevcuttur [7,8].

Bu çalışmada, ilimizin en yüksek doğum sayısına sahip olan Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde son 5 yıl içindeki adölesan doğumlara yaklaşımımızı irdeleyerek bu tartışmalı konuya ışık tutmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, Ocak 2010 ile Aralık 2014 tarihleri arasında, Merkezefendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gerçekleşen adölesan doğumların, retrospektif olarak taranmasıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, yıllık adölesan ve adölesan olmayan toplam doğum sayıları, sezaryen doğum oranları ve adölesan olguların sezaryen endikasyonları incelendi.

İstatistiksel analiz için "SPSS for Windows 16.0" programında X^2 testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

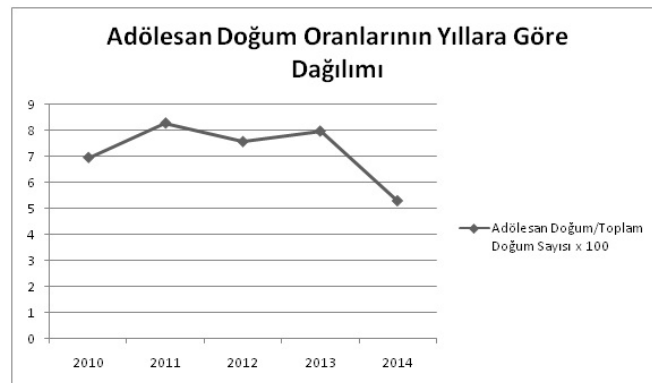
Bulgular

Belirtilen tarihler arasındaki adölesan doğum oranları Tablo 1'deki gibi dağılım gösteriyordu. 2010 yılında doğumların %6.94'ü, 2011 yılındaki doğumların %8.26'sı, 2012'de %7.55'i, 2013'de % 7.95'i, 2014'de %5.28'i adölesan doğumlardan oluşmaktaydı (Grafik 1). Yıllara göre adölesan doğum oranlarında ilk 4 yıl içinde (2010-2013) istatistiksel anlamlı farklılık yok iken ($p=0.19$), 2014 yılı dahil edildiğinde anlamlı azalma olduğu görüldü ($p=0.02$). 2010 yılında adölesan gebeliklerin sezaryen/(sezaryen + vajinal doğum

Tablo 1. Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde 2010-2014 yılları arasında adölesan doğumların yaşlara göre dağılımı

Yaş	13	14	15	16	17	18	19
Doğum sayısı	1	1	8	56	207	405	586
(%)	(%0.07)	(%0.07)	(%0.63)	(%4.43)	(%16.37)	(%32.04)	(%46.36)

%; Yaş grubundaki doğum sayısı /toplam adölesan doğum sayısı (1264) X 100



Grafik 1. Merkezefendi Devlet Hastanesinde 2010-2014 yılları arasında adölesan doğum oranlarının dağılımı

oranı) %31.20 iken, 2011 yılında %33.22, 2012'de bu oran % 22.63, 2013'de %22.04 ve 2014'de %23.03 idi. 2010-2014 yılları arasında adölesan olmayan doğumların sezaryen oranları ile kıyaslandığında istatistiksel anlamlı farklılık belirlendi. Adölesan doğumlarda sezaryen oranı daha düşüktü ($p=0.04$) (Tablo 2). Bu 5 yıl içinde doğumların sadece 11 tanesinde (% 0.8) vakum ekstraksiyonu uygulanmıştı (11/1264 x 100). Adölesan olmayan doğumlarda ise sayı 5 yıl içinde 135 idi ve adölesan doğumlar ile benzerlik gösteriyordu (135/16238 x 100= %0.8).

En sık sezaryen nedeni baş-pelvis uygunsuzluğu (%36.44) iken, bunu sırasıyla fetal sıkıntı (%17.20), ve geçirilmiş uterus cerrahisi (%15.16) izliyordu (Tablo 3). Adölesan doğumların % 17 si multipardı; 190 hastanın ikinci doğumu (%15.03), 21 hastanın 3. (%1.66) ve 4 hastanın da 4. doğumu (%0.31) idi.

Tablo 2. Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde 2010-2014 yılları arasında adölesan ve adölesan olmayan doğumların sezaryen oranlarının karşılaştırılması.

Yıllar	Sezaryen D. / (Sezaryen D. + Vajinal D.) Sayıları (%)				İstatistik Sonuçları	
	Adölesanlar	%	Adölesan Olmayanlar	%	p-değeri	X ² test
2010	93/298	31.20	1877/3995	46.98	0.0009	11.00
2011	101/304	33.22	1527/3373	45.27	0.0106	6.53
2012	55/243	22.63	1003/2972	33.74	0.0109	6.47
2013	56/254	22.04	1058/2939	35.99	0.0014	10.17
2014	38/165	23.03	1143/2959	38.62	0.0056	7.67

* Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulandı. $p<0.05$ istatistiksel anlamlıdır.

Tablo 3. Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde 2010-2014 yılları arasında adölesan doğumların sezaryen endikasyon dağılımı

Sezaryen endikasyonları	
Baş-pelvis uygunsuzluğu	125 (%36.44)
Fetal sıkıntı	59 (%17.20)
Geçirilmiş uterus cerrahisi	52 (%15.16)
Uzamış eylem	44 (%12.82)
Prezentasyon anomalileri	22 (%6.41)
Çoğul gebelik	7 (%2.04)
Kordon sarkması	4 (%1.16)
İri bebek	3 (%0.87)
Preeklampsi	2 (%0.58)
Plasenta anomalileri	1 (%0.29)
Diğer nedenler	24 (%6.99)

%: Endikasyon /toplam sezaryen sayısı (343) x 100

Tartışma

Bizim çalışmamızda son 4 yıl içinde adölesan doğum oranlarında istatistiksel anlamlı farklılık saptamazken, 2010-2014 yılları arasındaki adölesan doğum oranlarını %7.19 saptadık. Ancak yıllara göre değerlendirdiğimizde 2014 yılında belirgin bir düşme belirlendi. Coğrafi olarak Manisa ilimiz ile benzer özellikleri paylaşan Denizli ilinde yapılan prospektif bir

çalışmada Karabulut ve ark. [9], adölesan gebelik oranlarını %5 olarak saptamışlardı. Bizim çalışmamızda oranları daha yüksek saptamamıza rağmen yıllara göre dağılıma baktığımızda 2014 yılında düşme saptadık. Çalışmalar arasındaki farklılığın seçilen yıllarla ilgili olabileceğini düşünmekteyiz.

Verilerimizde, 15 yaş ve altında doğuran adölesan sayısı az iken, 17 yaş ve sonrasında

belirgin artış izlenmektedir. On dokuz yaş, %46 ile en büyük yaş grubunu oluşturmaktadır. Türkiye’de resmi evlenme yaşının 18 olmasının bunda en önemli etken olduğunu düşünmekteyiz [10]. Ancak, adölesan doğum yapanların %17’sinin multipar olması, aslında bu yaş dağılımının erken adölesan (10-15 yaş arası) döneme doğru kayabileceğini göstermektedir.

Her yıl dünyada 14-15 milyon adölesan doğum yapmakta ve bunlar doğumların % 10’unu oluşturmaktadır [11]. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye’de 10-19 yaş grubu kızların %4.6’sı doğurmaya başlamıştır. Bunların yaklaşık % 3’ü canlı doğum yapmış, %1’i de araştırma sırasında ilk çocuğuna gebe dir. 1993’de %10.2 olan adölesan gebe oranı, 2003’de %7.5’a, 2008’de %5.9’a ve 2013’de %4.6’a düşmüştür. Yine TNSA 2013 verilerine göre 17 yaş altında doğum sayıları düşüken 18 yaşından sonra bu keskin bir şekilde artmakta ve 19 yaşındaki adölesanların %16’sı anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe dir. Kırsal alanlardaki adölesanlarda çocuk sahibi olma oranı, kentsel alanlara göre daha yüksektir (sırasıyla,%6 ve %4). Bölgesel farklılıklarda bu oranları etkilemekte Batı’da %3 olan bu oran, Güney, Orta ve Doğu Anadolu’da %6’ya yükselmektedir [10].

Tüm dünyada sezaryen ile doğum oranlarında artış izlenmektedir. Birçok sosyal etmen ve doğum öncesi bakım hizmetinin adölesanlar tarafından daha az alınmasının doğumda müdahale ve istenmeyen maternal sonuçlara neden olabileceği düşünülmekte ve bunun sezaryen oranlarını adölesanlarda arttırdığı iddia edilmektedir [6]. Ancak, bunun aksine Trivedi ve ark. [8], adölesan gebeliklerde sezaryen ile doğum oranlarını yetişkin doğumlara göre daha az bulmuşlardır. Ancak vakum gibi enstrüman kullanımı gereken vaginal doğum oranlarının arttığını savunmuşlardır. Anne yaşının küçük olduğu ilk doğumlarda özellikle baş-pelvis uygunsuzluğundan kaynaklanan vakum ekstraksiyonu gibi müdahaleler gerekebilmektedir. Bu girişimler fistül gibi maternal komplikasyonlara yol açabilmektedir [5].

Bizim kliniğimizde son 5 yıl içinde hem adölesan hem de yetişkin sezaryen oranlarında azalma izlendi. Ancak, bu iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardı. Adölesanlarda sezaryenin daha az tercih edildiği görüldü. Benzer şekilde Karabulut ve ark. [9] da, adölesan grupta sezaryen oranlarını düşük saptamışlardır. Adölesan gebeliklerinde bebek

doğum ağırlıklarının, yetişkin bebek doğum ağırlığına göre belirgin düşük olmasının en önemli etken olduğunu düşünüyoruz [7,9]. Yıllara göre dağılımı incelediğimizde saptamış olduğumuz sezaryen oranlarındaki düşüşte, son yıllarda sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik alınan tedbirlerin bir yansıması olabileceğini düşünmekteyiz [12].

Vakum ekstraksiyonu adölesan doğumlarda yetişkin doğumlarla aynı oranda iken (%0.8), sezaryen endikasyonları içinde en sık neden baş-pelvis uygunsuzluğu idi. Tüm sezaryen endikasyonlarını incelediğimiz yetişkin ve adölesanların da dahil edildiği daha önceki bir çalışmamızda baş-pelvis uygunsuzluğu, fetal distres ve prezentasyon anomalileri yine en sık sezaryen endikasyonlarını oluşturmaktaydı [12]. Adölesanlarda geçirilmiş uterus cerrahisine bağlı sezaryenlerin 3. sıklıkta olması dikkat çekiciydi. Bu, adölesanların multipar olan %17’lik kısmının çoğunluğunun önceden sezaryen ile doğurduğunu göstermektedir.

Çalışmamız retrospektif olduğu için adölesan doğum oranlarında yıllar içinde oluşan değişimlerin nedenlerini anlamaya yönelik yeterli sosyo-demografik veri elde edemedik. Ayrıca seçilen doğum yöntemlerinin maternal-fetal komplikasyonlarla ilişkisini de irdeleyemedik. Adölesan doğumları arttıran nedenlerin ve doğum şeklinin erken dönem maternal-fetal etkisinin incelenmesi için prospektif çalışmalar gerekmektedir.

Sonuç olarak, hem biyolojik hem de sosyal açıdan birçok sakıncalar taşıyan adölesan gebeliklerde sezaryen doğum oranları daha düşük olmakta, ancak müdahaleli doğum oranları yetişkinler ile benzerlik göstermektedir. Sezaryen, yetişkin doğumlarında olduğu gibi adölesanlar için de endikasyon halinde tercih edilmelidir.

Çıkar İlişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. WHO World Health Organization (1998). The second decade: improving adolescent health and development. Programme brochure. Geneva:WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development.
2. WHO 2014 report http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf
3. Ünal P, Apaydın Kaya Ç, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. Türkiye Klinikler J Med Sci 2007;27:567-576.
4. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Biosci Trends 2011;5:139-150.

5. Miller S, Lester F, Webster M, Cowan B. Obstetric fistula: a preventable tragedy. *J Midwifery Womens Health* 2005;50:286-294.
6. Ebeigbe PN, Gharoro EP. Obstetric complications, intervention rates and maternofetal outcome in teenage nullipara in Benin City, Nigeria. *Trop Doct* 2007;37:79-83.
7. Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:604-607.
8. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. *Trop Doct* 2007;37:85-88.
9. Karabulut A, Ozkan S, Bozkurt AI, Karahan T, Kayan S. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *J Obstet Gynaecol* 2013;333:346-350.
10. TNSA 2013 raporu http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
11. McIntyre P. Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006;4-7.
12. Eskicioğlu F, Hasdemir PS, Çelik H, Koyuncu FM. Sağlık politikalarının, hekimlerin sezeryan kararı almalarında etkisi: ikinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. *Pam Tıp Derg* 2014;7:119-123.