

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarının Fetal Perinatal ve Neonatal Prognoz Yönünden İrdelenmesi

Murat YAYLA - Cihat ŞEN

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - DİYARBAKIR
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı - İSTANBUL

Türkiye’de her yıl ortalama 1 380 000 doğum ve 400 000 düşük olmaktadır. Bu gebeliklerin fetus ve yenidoğan akıbeti yönünden incelenmesi ve antenatal bakım hizmetinin elde edilen sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International tarafından 1988 ve 1998 yılları arasında yapılmış olan Nüfus Sağlık Araştırmalarına ait veriler incelendi. Anket ve sorgulama verilerinin sonuçları toplum geneline ularlandığında aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

1. Türkiye’de gebeliklerin sadece %75’i canlı doğum ile sonlanmaktadır,
2. Canlı doğumla sonlanmayan gebeliklerin yarısından fazlası istemli düşüklere, kalan bölüm istemsiz düşüklere ve ölü doğumlardan oluşmaktadır,
3. İstemli düşüklere %10’u gebeliğin 10. haftasından sonra yapılmaktadır,
4. Yasal sınırın dışında yapılan bu gebelik sonlandırma-ları hakkında güvenilir kayıt sistemi yoktur,
5. Perinatal döneme ait resmi mortalite verileri güvenilir değildir,
6. Neonatal mortalite ile antenatal bakım hizmetleri arasında bir ilişki bulunması, bu hizmetin sorgulanması gerektiğini ortaya çıkarmıştır.

Sonuç olarak: doğum öncesi ve sonrası dönemde fetus, yenidoğan ve bebek mortalitesini azaltmak için antenatal bakım hizmetlerinin daha ileriye götürülmesi esastır. Düşüklerde ve gebeliğe bağlı bebek ölümlerinde güvenilir bir kayıt sistemi-ne geçilmesi gereklidir.

Bebek ve çocuk ölümlerinin düzeyi, genelde

bir toplumdaki sağlık hizmeti düzeyini ve genel yaşam koşullarını yansıtır. Bu hizmet ve koşullar doğum öncesi ve doğum sonrası olarak ikiye ayrıl-salar da bir bütünü oluşturan parçalardır. Doğum öncesi verilen hizmetin doğumdan sonrasını da etki-lemesi beklenen bir gözlemdir.

Ülkemizde bebek ve çocuk ölümü ile ilgili ve-riler her beş yılda bir yapılan "Nüfus ve Sağlık Araştırmaları"ndan elde edilmekle birlikte, son yıl-lara kadar ölü doğumlar, erken neonatal ve neona-tal ölümleri de içeren ve Türkiye’yi temsil eden bir araştırma sonucu yayınlanmamıştır (1). Sadece 1988-1993 yılları için ölü doğum hızı binde 20.6, perinatal ölüm hızı binde 41.1, doğum öncesi ile doğum sonrası ilk bir ayı içeren ölümler ise binde 48.7 olarak tahmin edilmiştir (1). Bu ölümlerin %42’si ölü doğum, %42’si erken neonatal ölüm, %16’sı ise geç neonatal ölümlerdir (1). Ayrıca, son 10 yılda bebek mortalitesi binde 43-52 aralığında seyretmiştir (2,3). Bu oranları rakamsal olarak ifa-de edersek, her yıl doğumlardan sonra yaklaşık 35 bin ile 40 bin bebeğin ilk bir ay içinde, 65 bin ile 70 bin bebeğin ise ilk bir yıl içinde kaybedilmiş ol-duğunu anlayabiliriz (2,3).

Diğer yandan, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştır-ması 1993 ve 1998 sonuçlarına göre, geçtiğimiz 20 yıl içinde Türkiye’de oluşan her dört gebelikten bi-rinin canlı doğum ile sonuçlanmadığı gösterilmiştir (2,3). Türkiye’de yılda 1 360 000 ile 1 380 000 ara-sında doğum olduğu tahmininden (Devlet Planla-ma Teşkilatı, 1993) yola çıkıldığında, yılda yaklaşık 450 bin gebeliğin düşük veya ölü doğum ile kay-bedildiği anlaşılmaktadır. Düşüklerin %60’ını oluşturan "isteyerek düşüklere" çıkartıldığında, gebelik-

Yazışma Adresi: Murat Yayla

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

lerin yaklaşık 180 bininin kayıp ile sonlandığını tahmin edebilmekteyiz (3,4). İstemli düşüklerin de %10'unun yasal sınırların dışında gerçekleştiğini hatırlarsak (2,3), her yıl yaşam şansı kazanabilecek 200 binden fazla fetusun dünyaya gelemediği ortaya çıkar.

Bu yazıda amacımız, yapılmış olan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları doğrultusunda, ülkemizde oluşan gebelikleri, fetus, yenidoğan ve bebek akıbeti yönünden incelemek, bazı olumlu ve olumsuz noktaları vurgulamaktır.

Türkiye'deki gebelikler ve bunların akıbetleri ile ilgili verilere ulaşmak için 1993 ve 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) kitapçıkları kullanılmıştır. Her iki araştırmada da yaklaşık 10 bin hane halkı görüşmesi sonunda, %5 hata payı ile, toplumun tamamına genelleme yapılabilecek veriler elde edilmiş ve sonraki araştırmalar ile bu sonuçlar doğrulanmıştır (1).

Düşükler

Türkiye'nin doğum sayısı 1360 000 - 1380 000 aralığındadır ve önümüzdeki 20 yıl içinde bu aralıkta sabit bir seyir izlemesi beklenmektedir. Bu sayı tüm gebeliklerin dörtte üçünü oluşturmaktadır. Oluşan gebeliklerin kısa dönem akıbeti Tablo 1 de verilmiştir. Dikkat edilirse gebeliklerde istemsiz kayıp oranı %10'dur. Evlenmiş tüm kadınlar (15-49 yaş) ele alındığında, son 5 yıllık verilere göre isteyerek düşük yapmış kadın oranı %27, kendiliğinden düşük yapmış olanların oranı %22, ölü doğum yapmış olanların oranı ise %5'tir.

Gebeliklerin, 1993 yılı verilerine göre %23.3'ü, 1998 yılı verilerine göre %24.7'si sonlandırılmaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere her yıl yaklaşık 400 binin üzerinde gebelik tahliyesi söz konusudur. İstemli olarak adlandırılan bu düşüklerin yapılmış oldukları gebelik aylarına göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. İstemli düşüklerde özel hekim yardımı %75 oranındadır. Burada ilginç olan nokta, yıllardır uygulanmaya çalışılan aile planlaması yöntemlerinin elde edilen sonuçlarının aslında tartışılabilir olduğudur. Her yıl yaklaşık 400 000 gebeliğin sonlandırılması genel doğum sayısı ile karşılaştırıldığında yüksek bir rakam olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 2'den de anlaşılacağı gibi, hem 1993 hem

Tablo 2. İstemli Düşüklerde Gebelik Ayları

TNSA*	1993	1998
1 ay	%44	%68
2 ay	%31	%23
3+ ay	%25	%9
4+ ay	%12	?

*TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

de 1998 yılı verilerine göre sorgulanan 10 yıllık dönemde, her yıl yaklaşık 30 bin ile 35 bin gebelik (%8-9) nüfus planlaması ile ilgili yasada (5) belirtilmiş olan sınırın dışındaki bir süre içinde sonlandırılmıştır. 1988-1993 yılları içindeki 4 ay ve üzerindeki sürede sonlandırılan gebeliklerin oranı dikkat çekicidir. Bu oranın ne kadarının yasal çerçeve içinde gerçekleştirildiği İstanbul iline ait resmi kayıtlardan elde edilememiştir (İstanbul Sağlık Müdürlüğü-AÇSAP Resmi Kayıtları)

Yasal sürenin dışında sonlandırılmış gebeliklerin özellikleri incelendiğinde, bunların büyük çoğunluğunun ya çok genç (15-24), ya da ygeç dönem fertil kadınlarda (40-49) gerçekleşmiş olduğu, eğitimsizlerde ve Doğu Anadolu'da daha fazla olduğu, kent veya kırsal bölgeleri arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Ölü Doğumlar

TNSA sonuçları son 20 yıl içinde ölü doğumların bölgelere göre % 1.4-1.7 arasında değiştiğini göstermektedir. Kent kırsal oranları birbirine çok yakındır (%1.4 - %1.6). Dikkat çekici noktalardan biri, 35 yaşından önceki doğumlarda bu oranın bölgelere göre %0.3-1.4 aralığında oynaması, 35 yaşından sonra ise 1.9-2.4 aralığına yükselmesidir. Eğitim görmüş olanlar ile eğitim görmemişler arasında belirli bir fark vardır (%1.2 - %1.9). Ancak resmi kayıtlar göz önüne alındığında bu konuda mevcut olan verilerin aslında gerçek düzeyi yansıtmadığı görülmektedir (6).

Neonatal Postneonatal Mortalite

TNSA 1988 ve 1993 raporlarında neonatal ve postneonatal mortalite oranları arasında aynı dönem için %1 oranında farklılık vardır. Yazarlar bu farkı metodoloji veya sorgulama problemi olarak yorumlamışlardır (7). Ancak yine de bu rakamlar bir fikir vermektedir (Tablo 3).

Bölgelere göre değerlendirildiğinde neonatal ölümlerin kuzey, postneonatal ölümlerin ise batı bölgelerinde daha az oldukları dikkati çekmektedir. En kötü oranlar sırasıyla doğu, orta ve güney bölgelerindedir.

TNSA 1993 sonuçlarına göre antenatal bakım ve doğum yardımı alma ile mortalite hızları karşılaştı-

Tablo 1. Gebelik Prognozu

Yıllar	1988-1993	1993-1998
İsteyerek düşük	%13.4	%14.5
İstemeden düşük	% 8.3	% 8.7
Ölü doğum	% 1.6	% 1.5
Canlı doğum	%76.7	%75.3

Tablo 3: Yıllara Göre Doğum Sonrası Mortalite Oranı Aralıkları

	Neonatal Mortalite	Posteonatal Mortalite	Bebek Mortalitesi*
1978-1982	37-42	54-58	92-100
1983-1988	35-45	37-47	70-81
1988-1993	29-30	23-24	53-54
1993-1998	26	17	43

*Mortalite hızları binde olarak verilmiştir.

rıldığına neonatal mortalite yönünden belirgin bir fark göze çarpmamakla birlikte, doğum öncesi veya doğumda bakım alanlarda postneonatal mortalite yaklaşık 3 kat daha düşüktür. Benzer durum eğitilmişler ile eğitimsizler arasında da görülmektedir (Tablo 4).

TNSA 1998 sonuçlarına göre, antenatal bakım ve doğum yardımı alma ile mortalite hızları karşılaştırıldığında neonatal mortalite yönünden bir fark göze çarpmaktadır. Bu durum postneonatal mortalitede daha da belirgindir. Önceki yıllara göre bakım alma oranları ve sonuçları yorumlandığında,

Tablo 4: Antenatal Bakım ve Doğum Yardımı ile Mortalite Hızlarının Karşılaştırılması (1993 TNSA)

	Neonatal Mortalite Hızı	Postneonatal Mortalite Hızı	Bebek Mortalite Hızı*
Antenatal-doğum bakımı yok	28	39	67
Antenatal-doğum bakımı var	30	14	44

*Mortalite hızları binde olarak verilmiştir.

Tablo 5: Antenatal ve Doğum Bakımı ile Mortalite Hızlarının Karşılaştırılması (1998 TNSA)

	Neonatal Mortalite Hızı	Postneonatal Mortalite Hızı	Bebek Mortalite Hızı*
Antenatal-doğum bakımı yok	37	58	95
Antenatal-doğum bakımı var	23	5	28

*Mortalite hızları binde olarak verilmiştir.

tam bakım alanlarda mortalitede belirgin azalma gözlenmiştir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ülkemizdeki doğum sayısının her yıl 1 400 000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 1999 yılında İstanbul ili genelinde 153 bin resmi doğum bildirilmiştir. Bebek ölüm hızı ise binde 25 olarak bildirilmiştir. Ancak, gece-konu semtlerinden elde edilen verilerin yetersiz

olduğu ayrıca vurgulanmıştır (6) Aynı şekilde, ev doğumları, evde bebek ölümleri ve ölümün olduğu zaman hakkında kesin veri olmadığı da resmi kayıtlarda bildirilmektedir.

İsteyerek düşük hızı Türkiye’de binde 87 olarak bulunmuş ve yüksek olmadığına karar verilmiştir (4). İstanbul ili için resmi gebelik sonlandırma sayısı 1999 yılı için 3440 olarak saptanmıştır. Bu da beklenen rakamın çok gerisindedir. Aynı şekilde gebeliğin 10. haftasından sonra gerçekleşen gebelik sonlandırmaları ve düşükler resmi kayıtlardan elde edilememektedir. Yapılmış olan sağlık etüdülerinde bu oranın %10’un üzerinde olduğu tahmin edilebilmektedir. Sadece bazı hastane tabanlı çalışmalarda 500 veya 1000g üzerinde doğmuş bebeklerdeki mortalite (binde 17-111), perinatal mortalite verileri içinde yerini almaktadır (8-10).

Doğum öncesinde ve veya doğum sırasında yardım alma, bebeklerle ilgili ölüm hızlarının düşüş çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Ülkemizdeki veriler de olumlu yönde gelişmekle birlikte istenilen seviyenin gerisindedir. Örneğin gelişmiş ülkelerde 1950-1990 yılları arasında perinatal mortalite %65-80 oranında azalmıştır (11). ABD’de fetal mortalite hızı binde 8, neonatal mortalite hızı ise binde 6 civarındadır (12). Türkiye’de ise bu hızların 2-4 kat daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, genel hızlar hesaplanırken ülkeler arasında, kayıtların tutulmasından ileri gelen %20’lik, tanımlamadan ileri gelen %50’lik farkların olabileceği de ileri sürülmüştür (13).

Hastane şartlarında antenatal ölümlerin %65’i, erken neonatal ölümlerin ise %78’i önlenilebileceği vurgulanmaktadır (10). Nitekim Türkiye’de postneonatal mortalite için elde edilen gerileme görülür bir hızdadır. Ancak neonatal mortalite için aynı şeyleri söylemek zordur. Neonatal mortalite hızının antenatal bakım ve doğum yardımı ile fazla değişmemesinin iki açıklaması olabilir: ya mortalite daha fazla indirilemeyecek bir seviyeye gelmiştir, veya verilen hizmet yetersizdir. Ülkemiz insanı için yine ilginç gözlemlerden biri ise bir yabancı kaynaktan elde edilebilmiştir: Hollanda’da yaşayan Türk vatandaşlarında bebek ve çocuk mortalitesi, malformasyon, kaza, enfeksiyon ve geçici yer değiştirmeler nedeni ile, Hollanda nüfusundan 2-3 kat fazla bulunmuştur (13). Görüldüğü gibi sağlık şartlarının daha iyi olduğu bir ülkede yaşamak bile bazı sosyo-kültürel olumsuzlukları önlemede her zaman yeterli olamamaktadır.

Yenidoğan mortalitesinin nedenlerinin yaklaşık üçte biri konjenital malformasyonlara bağlı olarak gelişmektedir (11). Ülkemizde yine bu konuda sağlıklı veri bulunmadığı için, fetal ve neonatal mortalitede konjenital malformasyonların rolü tam olarak tespit edilememektedir. Ancak neonatal mortalitenin bir kısmının önlenilebilmesi için, major mal-

formasyonların erken tanınması ve bu gebeliklerin yasal ve etik sınırlar içinde erken sonlandırılması ile mümkün olabilecektir. Diğer bir deyişle, antenatal bakım hizmetinin tam olarak verilmesi durumunda hem morbidite azaltılabilecek, hem de mortaliteden kaçınılamayacak durumlar erken dönemlerde saptanabilecektir.

TNSA 1998 sonuçlarına göre anne yaşının ileri olması (40+), kırsal bölgede doğum, eğitimsizlik, kısa doğum aralığı, yüksek parite ve düşük ağırlıklı bebek doğumu, mortalite hızlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunlardan yola çıkarak hangi grupların daha fazla risk altında oldukları belirlenebilir ve gebelik öncesi taramalar ile hizmet önceliği bu gruplara yönlendirilebilir. İdeal olanı, her gebeye hakettiği ve gereksinimi olan hizmeti verebilmektir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan, doğum ve yenidoğan yönlerinden risk grubuna girenlerin zamanında tesbiti ve sağlık kurumlarına zamanında yönlendirilmeleri önemlidir.

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin dağılımına baktığımızda, ilerleyen yıllarla birlikte sağlık personeli yardımının arttığı, ev doğumlarının kısmen azaldığı gözlenmektedir (2,3). Gebe nüfusun yaklaşık üçte biri hiç bakım hizmeti alamazken, diğer bir üçte birlik bir bölümü ideal denebilecek antenatal bakım hizmeti alabilmiştir. Bu hizmet kentlerde ve batı bölgesinde daha dikkat çekici oranlardadır. Doğumda sağlık kuruluşlarının tercih edilme nedenleri ise ilginç sonuçlar vermiştir: örneğin, ülkemiz şartlarında ulaşım sorununun ön planda çıkması beklenirken, sağlık kurum ve personeline güvensizlik 1. sırada, gelenekler ise 2. sırada yer almıştır (4).

Doğum öncesi bakımda temel yaklaşım prensipleri şu şekilde sıralanmaktadır (4) :

- 1-Komplikasyonlara neden olabilecek hastalıkların erken dönemde tanı ve tedavisi,
- 2-Riskli gebeliklerin belirlenmesi,
- 3-Fetusun gelişiminin izlenmesi,
- 4-Annenin tetanoza karşı aşılması,
- 5-Doğumun nerede ve kimin tarafından yaptırılacağına karar verilmesi,
- 6-Annenin beslenme, gebelik hijyeni, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitilmesi.

Hastalıkların ve riskli gebeliklerin erken tanınabilmesi için, doğru tanı ve doğru kayıt sisteminin bu listeye eklenmesi gereklidir.

Sonuç olarak, ülkemiz ile ilgili sağlık verilerine ulaşmaya çalışırken iki nokta dikkatimizi çekmiştir.

Bunlardan birincisi ülkemizde fetus ve yenidoğan ile ilgili sağlıklı kayıt sisteminin bulunmadığı, ikincisi ise her yıl doğumdan önce veya yenidoğan döneminde kaybedilen yaklaşık 300 bin bebeğin asıl sorumluluğunu taşıyan antenatal bakım hizmetlerinin ülke genelindeki kalitesinin yetersiz olduğudur. Bu sorunların çözümü, yine kayıt sistemlerine verilecek önem ve antenatal bakım hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinden geçmektedir.

KAYNAKLAR

1. Enünlü T. Türkiye'de ölü doğumlar ve perinatal ölümler. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları.1997
2. Ministry of health (Turkey), Hacettepe Institute of Population Studies, and Macro Int Inc 1994. Turkish Demographic and Health Survey 1993. Ankara, Turkey
3. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ve Macro Int Inc 1999. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, Türkiye
4. Akın A, Bertan M. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Calverton, Maryland: Sağlık Bakanlığı (Türkiye) ve Macro Int.Inc 1996
5. Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük-1983. Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları. Sağlık Mevzuatı. Hacettepe Yayın Birliği 1984; s: 548-55
6. Nuhoglu A, Çalışkan M. İstanbul'da Çocuk Sağlığı 2000. İstanbul İl Sağ Müd Yay. S:56, 2000
7. Hancıoğlu A. Bebek ve çocuk ölümlülüğü. Sağlık Bakanlığı (Türkiye) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro Int Inc 1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye
8. Ecevit A, Arsan S, Koç A, Ertogan F: Perinatal Mortality in Turkey: a hospital based study. Prenat Neonat Med 1998; 3(Suppl): 152
9. Yalınkaya A, Yayla M, Erden AC. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi 1993-1996 Yılları Obstetrik Kliniği Verileri. II Ulusal Kadın Doğum Günleri. 1-4 Mayıs 1997 Diyarbakır Özet Kit: 31
- 10- Erdem G, Önderoğlu L, Yurdakök M, Tekinalp G, Oran O, ve ark: Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde 1994 yılı perinatal mortalite ve morbiditesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 1996, 39: 703-13
11. Kalter H. Five-decade international trends in the relation of perinatal mortality and congenital malformations: stillbirth and neonatal death compared. Int J Epidemiol, 1991; 20: 173-9
12. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, et al. (Eds) Williams Obstetrics. 20th Ed. Appleton&Lange, Connecticut. 1997, p:5
13. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove Vanhorick SP, Mackenbach JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. Med Care. 1998; 36: 54-66
14. Schulpen TW. Migration and child health: the Dutch experience. Eur J Pediatr. 1996; 155: 351-6